

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	7
MATERIAIS E MÉTODOS	11
I. REVISÃO DA LITERATURA	12
Capítulo I – Perspetiva epidemiológica e características do abuso sexual de menores	12
Capítulo II – Exame médico-legal	15
História clínica	17
Indicadores psicossociais e comportamentais de abuso sexual de menores	22
Exame físico	26
Colheita de vestígios forenses	39
Avaliação e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's)	42
Avaliação e prevenção da gravidez	49
Capítulo III: O crime de abuso sexual de menores e algumas implicações legais da intervenção do perito médico	50
II. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	61
LISTA DE ABREVIATURAS	63

RESUMO

A presente dissertação pretende abordar a problemática mundial do abuso sexual de menores, perspetivando-se a intervenção pericial do médico nestas situações, as normas para a realização da perícia médico-legal e o significado dos seus resultados, bem como as implicações legais subjacentes a este procedimento.

Neste sentido realizou-se uma revisão da literatura publicada sobre a incidência e a prevalência deste crime, nomeadamente em Portugal, bem como das características do abuso sexual intrafamiliar e extrafamiliar, traçando-se o perfil do abusador, da vítima e das circunstâncias do abuso.

Procedeu-se também a uma análise dos principais indicadores psicossociais e comportamentais da vítima susceptíveis de, durante a recolha de informação pelo médico, indiciar o abuso, e a uma análise das normas e procedimentos técnicos aplicados à perícia médico-legal no que diz respeito à entrevista da vítima, ao exame da superfície corporal e da região ano-genital, à recolha de vestígios forenses, ao diagnóstico e à profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis e da gravidez nas menores adolescentes.

Revelou-se importante a especial atenção do médico à história clínica que pode ser a única prova disponível, dada a elevada probabilidade de não existirem sinais ao exame objetivo ou vestígios de práticas sexuais. A não existência de sequelas físicas ou de provas forenses não significa que o crime não aconteceu. Deste modo, o testemunho do menor merece uma avaliação pela psicologia forense no intuito de valorar a sua veracidade.

Em Portugal, a reforma penal de 2007 permitiu tornar o crime de abuso sexual de menores em crime público, implicando dever de denúncia a todo o cidadão que tome conhecimento do mesmo. Este procedimento visa uma adequada triagem e notificação do

crime ao Ministério Público que tomará as devidas providências para investigação dos factos e para a preservação da prova.

Em sede de processo-crime, o artigo 163.º do Código do Processo Penal Português atribui valor probatório à perícia médico-legal, estando, à partida, subtraído à livre apreciação do juiz. Assim, cabe ao médico a realização de uma perícia objetiva, coerente e imparcial.

Palavras-chave: Abuso sexual, menores, perícia médico-legal, achados médicos, vestígios forenses, implicações legais.

ABSTRACT

This thesis aims to address the global problem of sexual abuse of minors, as the role of medical intervention in these cases, the rules for conducting the forensic expertise, the significance of their results, and the underlying legal implications to this procedure.

To achieve this goal, we held a review of the literature on the incidence and prevalence of the crime, particularly in Portugal, as well as the characteristics of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse, the profile of the sexual abuser as well as of the victim, and the circumstances of the sexual abuse.

We also proceeded to an analysis of the major psychosocial and behavioral indicators that may indicate abuse, during the collection of information by the physician, and an analysis of technical standards and procedures applied to medical-legal expertise with regard to the victim's interview, the examination of the body surface and the ano-genital region, collecting forensic traces, as well as diagnosis and prevention of sexually transmitted infections and teenage pregnancy.

Special attention should be paid to clinical medical history, which can be the only evidence available, given the high probability that no signs are found by the objective examination or traces of sexual practices. The absence of physical injury or forensic evidence does not mean the crime did not happen. Thus, the testimony of the child deserves a review by forensic psychology with the aim of evaluating their veracity.

In Portugal, the 2007 penal reform allowed the classification of the crime of sexual abuse of minors as a public crime, implying to all citizens that take cognizance of it a duty to report. This action allows an adequate screening and reporting of the crime to the prosecutor who will set the investigation of the facts and the procedures to preserve evidence.

In criminal proceedings, Article 163.º of the Portuguese Procedure Code grants probative value for the forensic expertise, standing subtracted to the discretion of the judge. Thus, the physician must accomplish an objective, consistent and impartial expertise.

Keywords: Sexual abuse, children, medical-legal expertise, medical findings, forensic traces, legal implications.

INTRODUÇÃO

O abuso sexual de menores constitui uma problemática mundial trágica e cruel, bem como uma séria violação dos direitos humanos e dos direitos da criança à proteção e à saúde, tal como estabelecido na “Declaração Universal dos Direitos da Criança”¹ (1) e na “Convenção sobre os Direitos da Criança”² (2).

Outrora, num período ainda recente da história, o conhecimento de situações de abuso sexual de menores era escasso, acreditando-se que seria um fenómeno associado às classes sociais mais pobres, com poucos recursos e analfabetismo. Hoje, é incontestável ser este fenómeno, para além de mundial, transversal a todos os grupos socioeconómicos.

A mudança de mentalidades, a consciencialização, a interiorização da gravidade das condutas e dos factos associados ao crime, a facilitação de acesso à informação e aos meios de comunicação e internet, a mediatização de alguns casos de abuso sexual de menores, são fatores que, entre outros, terão contribuído para uma maior denúncia desta tipologia de crime contra a autodeterminação sexual. Pode dizer-se até que em Portugal o caso “Casa Pia” contribuiu de forma decisiva para uma maior sensibilização destas situações.

Apesar deste avanço, os casos notificados constituem apenas a ponta do iceberg, pelo que o abuso sexual de menores é ainda vastamente não notificado.

Embora se trate de números gerais e que não dizem respeito apenas a casos de abuso sexual de menores, a *World Health Organization* (WHO) (3) estima que globalmente

¹ Aprovada por unanimidade em 20 de Novembro de 1959, pela Assembleia Geral da ONU. O cumprimento desta declaração é integralmente fiscalizado pela UNICEF.

² Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas, em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

cerca de 40 milhões de crianças, com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, sofrem de alguma forma de abuso e de negligência.

Mas o que é, afinal, o abuso sexual de menores?

De acordo com a Direção Geral da Saúde (4), *“o abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento: não tem capacidade para compreender que delas é vítima; percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; e não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.”*

Assim, todas as situações em que crianças ou adolescentes são manietados por alguém para praticar ato sexual de relevo, para obter prazer sexual, através de violência, sedução ou chantagem, constituem situações de abuso, bem como as práticas de carácter exibicionista perante o outro, a obscenidade escrita ou oral, a obrigatoriedade de assistir a espetáculos pornográficos, o uso de objetos pornográficos, ou ainda se o menor é usado para fins fotográficos ou em filmes de índole pornográfica.

Os crimes sexuais contra menores são abordados no Código Penal Português (5) de forma autónoma – *Crimes contra a autodeterminação sexual* – e de forma mais objetiva, considerando-se o abuso como relativo a determinada faixa etária e expressando-se a necessidade de uma particular tutela e proteção sobre pessoas que, por se encontrarem numa fase precoce do seu desenvolvimento, não têm capacidade para se exprimirem com liberdade e autenticidade, no respeitante à atividade sexual.

Estas previsões legais representam uma reação criminal à violação de bens jurídicos concretos (liberdade e autodeterminação sexual de menores), bens estes que necessitam de proteção jurídica, e atendem aos objetivos das penas vigentes, isto é, a retribuição, e às exigências de prevenção (geral e especial) (6).

A noção de ato sexual de relevo assume neste capítulo dos crimes contra a autodeterminação sexual uma importância fundamental, mas os Tribunais têm considerado que o “ato sexual de relevo” constitui um conceito indeterminado tal qual foi formulado na Lei Penal.

Não pode assim traçar-se uma linha de demarcação inequívoca que nos possa orientar no trabalho de escolher entre o que é e o que não é um ato sexual de relevo.

Sabemos, contudo, que o ato sexual de relevo não consiste apenas em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos.

Na nossa modesta opinião, ato sexual de relevo será qualquer ato praticado que incida sobre órgão sexual e todo o comportamento que se destine a libertar, ou satisfazer impulsos sexuais (mesmo que não envolva os órgãos genitais), ou lascívia, objetivamente conotados com a sexualidade e que contendam, ofendam, o livre desenvolvimento da personalidade do menor na esfera sexual.

O ato sexual de relevo, para um dos mais reputados penalistas portugueses, Professor Figueiredo Dias, é *“todo aquele (comportamento ativo...) que, de um ponto de vista predominantemente objetivo, assume uma natureza, um conteúdo ou um significado diretamente relacionados com a esfera da sexualidade e, por aqui, com a liberdade de autodeterminação sexual de quem a sofre ou pratica”* (7) .

As consequências, isto é, os danos associados ao abuso sexual de menores são, inexoravelmente negativos, alarmantes, e não se limitam a atingir a vítima. Causam frequentemente a disrupção familiar, o sofrimento e a perpetuação do trauma individual, a perda da qualidade de vida e de saúde – já que a saúde é mais do que a ausência de doença – e justificam – ou até mais, reclamam – uma intervenção ativa de todos os cidadãos, e dos responsáveis pelo reconhecimento/tratamento destes casos, incluindo os profissionais do sistema de saúde.

Segundo a WHO (3), os custos financeiros não carecem da menor preocupação. Além dos gastos óbvios no tratamento das vítimas a curto e a longo prazo, prevêem-se custos a nível social estonteantes. O processo envolve, também, custos nos cuidados médicos prestados à família da vítima, ou, em alguns casos ao abusador, custos legais – incluindo as despesas no sistema de justiça criminal –, contribuições monetárias às organizações sociais que acolhem as vítimas, custos no sistema educacional por baixa no rendimento escolar, e gastos a longo-prazo decorrentes da diminuição da qualidade de vida, incapacidade e, eventualmente, morte das vítimas/familiares.

Pretende-se, com o presente trabalho, dar um (modesto) contributo para a análise da problemática do abuso sexual de menores na perspetiva das ciências médicas e das implicações legais da intervenção do médico na recolha de informação, exame físico, colheita de vestígios em menores (crianças e jovens) vítimas de abuso sexual, posterior utilização em sede de processo-crime, bem como no diagnóstico e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e da gravidez em jovens vítimas do sexo feminino.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho procedeu-se à pesquisa de artigos na base de dados da PubMed, através de requisição na Biblioteca do Centro de Cirurgia Cardiorácica, no Centro Hospital e Universitário de Coimbra. A pesquisa incidiu sobre artigos publicados nos últimos 20 anos, que abordassem temas relacionados com o abuso sexual de menores, o exame médico-legal e implicações legais deste na tramitação do processo-crime. Selecionaram-se os artigos técnico-científicos melhor identificados no item “Referências” presente no final deste trabalho. Para além disso, foram consultados diversos diplomas legais, também identificados nesse item.

Este trabalho consiste na revisão e análise crítica de literatura técnico-científica.

I. REVISÃO DA LITERATURA

Capítulo I – Perspetiva epidemiológica e características do abuso sexual de menores

Em Portugal, segundo dados do “Relatório Anual de Segurança Interna”, publicado em Março de 2013 (8), só no ano de 2012 foram detidos 186 indivíduos por práticas de crimes sexuais, dos quais a 124 foram imputados crimes de: abuso sexual de crianças (N=83), pornografia de menores (N=34), atos sexuais com adolescentes (N=5) e abuso sexual de menores dependentes (N=2).

Acreditam os autores do relatório que existirá uma tendência de estabilização no número de crimes por abuso sexual de crianças e de atos sexuais com adolescentes. Adiantando que tais crimes representam – analisando o número de processos e extraindo, por referência, os crimes de abuso sexual de crianças e de atos sexuais com adolescentes – 46% e 14%, respetivamente, dos inquéritos-crime de 2012. Observam ainda que no período relativo aos últimos dois anos, parece existir um crescimento do crime de pornografia de menores. Consideram, no entanto, que se deve ter em conta a alteração do enquadramento legal que ditou que algumas ocorrências, anteriormente classificadas como abuso sexual de crianças, possam ser agora enquadradas como crime de pornografia de menores.

Relativamente à caracterização do arguido releva-se a preponderância do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 31 e os 51 anos. Já no respeitante às vítimas, mantém-se a incidência elevada no sexo feminino e o facto de, na sua grande maioria, terem idades compreendidas entre os 8 aos 13 anos de idade, sucedendo-se, em termos de incidência, os intervalos entre os 14 e os 15 anos, e entre os 4 e os 7 anos.

Da análise dos inquiridos participados em 2012, é de ressaltar ainda a prevalência elevada do crime praticado no âmbito familiar, que ocupa uma grande fatia dos dados estatísticos, comparativamente com o abuso sexual de menores extrafamiliar – praticado por pessoa do conhecimento da criança ou, em menor número de casos, por desconhecido ou pessoa que presta assistência ou formação.

O teor do relatório que acabámos de referir e que reproduz, pelo menos do ponto de vista dos crimes conhecidos e denunciados – pois, como se referiu anteriormente, nem todos os crimes são de facto descobertos, reportados, sinalizados – alguns dados e números que suportam as posições avançadas em artigos técnicos e outra literatura já publicada sobre o fenómeno do Abuso Sexual de Menores, vitimologia, características do abuso e tipos de agressores.

De facto, a literatura aponta-nos para uma diferença de características entre o abuso sexual intrafamiliar (IF) e o abuso sexual extrafamiliar (EF), embora alguma subjetividade exista. Um estudo retrospectivo canadiano (9) em 1037 crianças vitimizadas, revelou que o abuso IF ocorre em vítimas mais novas, durante um período de tempo maior e com maior número de abusos, condicionando lesões físicas e emocionais em maior número às vítimas. Apurou-se também um menor uso de força física ou de aliciamento e um maior uso de ameaça verbal, nenhuma preferência no abuso IF relativamente ao sexo da vítima, e um maior número de condenações e de penas mais pesadas aos abusadores.

Em Portugal, o mesmo tipo de estudo foi também realizado (10), tendo-se incidido em 764 menores vítimas de abuso (idade inferior a 18 anos), fatia correspondente a 67% dos crimes sexuais observados. Desta amostra, 34,9% dos abusos foram IF. Houve sobreposição dos achados, com ressalva para menor evidência física e biológica (muitas vezes nenhuma) do abuso IF, em consequência de práticas sexuais menos intrusivas com menor violência física, e

maior violência emocional. Esta, juntamente com a menor idade da vítima e a maior proximidade ao agressor, resultam em fatores que agravam as consequências do abuso IF, pois contribuem para a menor visibilidade dos casos e um atraso na revelação e no diagnóstico.

Nos dois estudos (9; 10), as vítimas são majoritariamente do sexo feminino, sendo as do sexo masculino geralmente mais novas, embora nos resultados de Fischer essa comparação só se verifique num subgrupo etário mais velho (dos 8 aos 17 anos). No estudo português, a idade média dos abusos foi de 11.0 anos (média para os IF de 9.59 anos e para os EF de 11.7 anos).

Relativamente ao abusador, este é mais comumente do sexo masculino. A nível relacional (10), nos casos IF o pai ou o padrasto encontram-se entre os perpetradores mais frequentes, e nos casos EF a maior parte corresponde a pessoa do conhecimento da criança (amigo ou vizinho). No que se refere a comportamentos desviantes por parte do abusador (alcoolismo, toxicodependência, delinquência ou abusos sexuais prévios) encontrou-se, em Portugal, diferença estatisticamente significativa no respeitante a antecedentes de perpetração de abusos sexuais, que são muito superiores nos casos IF.

Num outro estudo comparativo (11), o abuso sexual de menores IF está associado a maior disfunção relacional dentro das famílias, com pior relação conjugal entre os pais, maior deterioração dos elos parentais, antecedentes de maus tratos no progenitor enquanto criança e de agressividade enquanto adulto, e maior desaprovação maternal da criança.

Relativamente às circunstâncias do abuso, entende Fisher (9) que tanto os perpetradores IF como EF usam violência física e verbal com vítimas mais velhas (dos 8 aos 17 anos). Os abusadores EF tendem a escolher vítimas com uma idade mais avançada e, por isso, recorrem, mais frequentemente, ao uso da força, enquanto que os abusadores IF atuam, geralmente,

sobre vítimas mais novas, havendo maior recurso a ameaças verbais para impedir a revelação do abuso, e menor agressividade física para evitar a visibilidade do caso (10). Quando não há uso de força, tanto na perspectiva IF como EF, a percentagem de recurso a aliciamento (por exemplo com doces ou dinheiro) e/ou consentimento da vítima é superior nos casos extrafamiliares (10).

As práticas sexuais mais intrusivas podem incluir a manipulação genital, a tentativa de penetração vaginal ou anal, ou a penetração propriamente dita. No estudo realizado por Fischer, tanto o abuso sexual IF como o abuso sexual EF eram igualmente intrusivos. Já Taveira et al. demonstraram uma menor incidência destas práticas nos casos IF, que contrastava com uma maior incidência nos casos EF.

Capítulo II – Exame médico-legal

Vários são os mitos acerca da perícia médico-legal no abuso sexual de menores. Convicções correntes erradas – tais como acreditar que a maioria das vítimas de abuso sexual apresentam sinais físicos de trauma, que o diâmetro do introito vaginal é um bom indicador da ocorrência de penetração, que o ADN do abusador ou outro tipo de prova estão presentes no corpo do menor vários dias após o abuso, ou que ao não existirem provas físicas do abuso é coerente presumir-se pela não consumação do ato – são assumidas por uma parte não negligenciável de pessoas, incluindo profissionais médicos com menos experiência nestes assuntos médico-legais. Assim, importa a toda a equipa interinstitucional que lida com esta tipologia de maus tratos, e não só à equipa médica, conhecer em detalhe os conceitos médicos e práticas, para eliminar certas linhas de viés do pensamento.

A intervenção num caso de abuso sexual exige uma atuação multidisciplinar, para que haja uma triagem e sinalização oportuna, em tempo útil, da suspeita do crime, cumprindo-se a necessidade da instauração do inquérito penal e da consequente averiguação dos factos. A perícia médico-legal corresponde a um dos trunfos disponíveis para a recolha de prova, devendo para isso garantir-se de forma acérrima as boas práticas médicas e forenses. Entre os intervenientes obrigatórios estão, segundo a lei portuguesa (12), os profissionais com formação técnico-científica nas ciências médico-legais, pertencentes ao Instituto Nacional de Medicina Legal (INML). As próprias denúncias do crime público podem, por eventualidade, ocorrer nas delegações e nos gabinetes médico-legais do instituto, sendo que os responsáveis devem encaminhá-las para o Ministério Público, e sempre que necessário tomar as providências cautelares e urgentes para a realização da perícia/exame médico-legal, sem prejuízo das competências legais investigadoras.

A urgência no exame médico-legal deverá ter em consideração que para a maioria dos menores vítimas de abuso sexual, a avaliação, se não feita de maneira cuidadosa e tendo sempre em conta o melhor interesse daqueles, pode ser percebida como nova agressão à integridade. Assim, poderá existir indicação para diferir o exame se o estado emocional do menor não o permitir ou se não está disponível naquele momento um perito médico-legal. O exame imediato – isto é, logo após a denúncia – também não é geralmente necessário caso o menor confesse um abuso não recente, pela baixa probabilidade de se encontrarem lesões físicas ou outras provas forenses que comprovem o abuso sexual (13).

Existem circunstâncias em que estas contra-indicações ao exame imediato após a revelação do abuso sexual não se aplicam, e que estão relacionadas com a urgência legal: se existe ordem judicial que determine o suprimento do consentimento do menor à realização do exame, este terá de ser realizado. Além disso, em Portugal, a lei estipula a desejável existência

de um perito em serviço de escala, em cada delegação e gabinete médico-legal, para a realização de perícias médico-legais consideradas urgentes (12).

Mais se adianta: se os factos ocorreram num período de 72 horas – momento chave, segundo a *American Academy of Pediatrics* (AAP), para a obtenção de prova forense positiva (14) – o exame médico, mesmo sem ordem judicial, terá toda a urgência pela finalidade última de recolha de vestígios e de identificação do dano físico.

A celeridade no exame permite ainda a promoção de um tratamento adequado, incluindo a prevenção e a profilaxia da gravidez (em adolescentes do sexo feminino) e de DST's, a redução da ansiedade da família e do menor, bem como a proteção mais precoce da vítima e/ou de outras vítimas (fornecendo-se suporte legal para investigar se elas existem) (13).

Deste modo, a decisão do momento ideal para a realização do exame deve ponderar: a urgência na recolha de provas forenses por um perito qualificado, a disponibilidade desse perito, a necessidade de cuidados médicos e de proteção da vítima, bem como o impacto psicológico e emocional do exame no menor.

História clínica

A recolha de informação junto da vítima assume importância vital/central na avaliação do abuso sexual de menores (15; 16), constituindo o ponto de partida para o processo seguinte – o de exame físico à vítima e de recolha de prova – e desempenha, por assim dizer, um importante papel em todo o procedimento diagnóstico e terapêutico. Esta avaliação implica necessária experiência e formação nesta área.

Abuso sexual de menores e abuso sexual não são sinónimos. Como vimos anteriormente na análise epidemiológica, a maior parte dos menores que são submetidos a atividades sexuais impróprias, sobretudo quando se trata do abuso sexual IF, são subjugados sem o uso de força. Para evitar a visibilidade do abuso, o abusador geralmente é relutante em utilizar força ou outros meios físicos de coação, que juntamente com a probabilidade baixa da criança/jovem confessar o abuso naquele momento – pelo medo de repressões, pelo sentimento de vergonha ou de culpa –, fazem com que poucos menores apresentem sequelas físicas. Portanto, a história clínica tem valor inestimável para a avaliação médica e muitas das vezes para a investigação legal do crime.

No início da história clínica, torna-se necessário garantir ao menor, e à pessoa acompanhante (caso exista), direito a: 1) respeito; 2) confidencialidade; e 3) consentimento informado (16).

O médico deve explicar claramente, de maneira compreensível e adequada (de modo a que o leigo compreenda) quais os objetivos do exame, e quais as possíveis vantagens/desvantagens do mesmo. As decisões do menor e/ou da pessoa acompanhante devem ser respeitadas, sendo que o menor nunca deve ser forçado a um exame (exceto se existir ordem judicial fundamentada).

A confidencialidade deve ser garantida explicando-se em que condições ela pode ser quebrada já que o exame forense é parte de uma investigação, podendo ser utilizado mais tarde nas instâncias judiciais. É essencial que o menor (dependendo da sua idade e da sua capacidade de compreensão) e a pessoa que o acompanha percebam o uso que pode ser dado à informação colhida pelo médico. O consentimento informado é válido se a informação é prestada adequadamente e se há aprovação sem coação, fraude ou ameaça.

Quanto à obtenção do consentimento deve o médico ter em conta não só o que determina a Lei nº 45/2004 de 19/08 mas, também, o disposto nos artigos 44 a 49º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (12) (17).

Existindo necessidade de um intérprete, este idealmente deve ser alguém com conhecimento de causa – informado da dificuldade e da importância deste exame. Além disso, o médico também tem de estar atento ao facto de que o intérprete e a vítima podem ter diferentes atitudes/posições relativamente à sexualidade e ao abuso sexual de menores (16).

A recolha de informação deve atender a vários aspetos: história por parte do(a) acompanhante do menor de idade; história por parte da criança/jovem sem a presença de quem a acompanha (se possível); e preparação do menor para o exame físico. A entrevista ao menor deve ser individual para evitar a contaminação do relato e a vitimização secundária (18) mas, cada situação deverá ser refletida isoladamente.

Na entrevista à pessoa acompanhante importa focar algumas perguntas chave:

- Qual o fundamento da suspeita de abuso sexual?
- A revelação foi feita pelo menor? O que disse concretamente?
- Circunstâncias do abuso: Trata-se de um ou de mais episódios? Data, hora e local?
- Existem testemunhas oculares?
- Quem vive em casa com o menor e quem é o cuidador?
- O suspeito abusador é conhecido do menor ou é alguém pertencente à sua família?
- Que tipo de práticas de carácter sexual ocorreu? Houve outro tipo de maus tratos, nomeadamente físico e/ou emocional?

- Se criança pequena, interrogar a nomenclatura utilizada pela mesma para identificar os seus genitais;
- Houve lavagem ou mudança de roupa, ingestão de bebidas ou de alimentos, ou outro comportamento que possa ter contribuído para a eliminação dos vestígios?
- Perguntar sobre antecedentes pessoais conhecidos do abusador e da vítima (presença de DST, consumo de estupefacientes ou de comportamentos desviantes...)
- Se se tratar de menor adolescente do sexo feminino questionar sobre os antecedentes ginecológicos e obstétricos: Qual a idade da menarca? Quando foi a última menstruação? Quando foi a última relação sexual consentida? Que método de contraceção é utilizado? Houve alguma gestação, parto ou abortamento?
- Algum sintoma relevante?
- Houve alteração do comportamento emocional do menor? Notou alteração do rendimento escolar?

Junto do menor, o esclarecimento dos dados referidos acima deve adequar-se às suas competências cognitivas e linguísticas. Sempre que possível, documentar o relato *ipsis litteris* (i.e. palavra a palavra), pela eventualidade da sua análise por mais do que um profissional e da sua utilização em contingências judiciais.

Obter do menor uma história completa e objetiva dos factos coloca algumas dificuldades. Independentemente da natureza do ato, as vítimas estão fragilizadas e podem exhibir sentimentos de vergonha/estigma, de medo de futuras represálias e, não raramente,

sentimentos de culpa, que no seu conjunto dificultam a revelação de pormenores importantes. Mesmo situações de menor contato físico (coação a observar atos sexuais entre adultos/entre pares, exposição à pornografia, obscenidade escrita ou oral, entre outros) podem decretar sequelas psicológicas significativas.

Desta forma, a informação deve ser recolhida num ambiente calmo, que providencie segurança e privacidade ao menor. Sempre que possível, tentar oferecer opções à criança/jovem, como por exemplo, permitir que pessoa de confiança esteja presente se for essa a sua vontade ou a escolha do sítio onde se sentar. As opções permitem restaurar alguma sensação de controlo e de confiança que pode ter sido abalada pela vitimização.

Iniciar a conversa com temas menos ameaçadores, tais como, trivialidades do dia-a-dia, e o que a criança/jovem gosta ou não gosta. A focalização imediata no propósito da entrevista pode comprometer todo o relato pois as crianças/jovens tendem a evitar assuntos que lhes causam desconforto. Evitar tom moralista ou paternal, e dar tempo à criança para se exprimir. É também recomendado o realizar de questões de forma aberta (quem, o quê, onde, quando e como) permitindo ao menor a interação de forma expansiva, até não ter mais nada a acrescentar.

Não optar por perguntas com “porquê/por que razão...?”, uma vez que podem incutir conotações de culpa/censura. Procurar não realizar testes de escolhas múltiplas, pois podem obrigar a criança/jovem a escolher uma das opções quando nenhuma delas se aplica. Evitar colocar questões na negativa bem como questões que sugestionem/induzam resposta, como por exemplo: “Foste com ele, não foste?”.

De uma forma geral, frases e perguntas simples são a melhor forma de interagir com as vítimas. Desde o primeiro ano de vida até aos seis anos de idade, as crianças adquirem cerca de 5 a 8 palavras por dia, sem, contudo, compreenderem o seu verdadeiro significado.

Adicionalmente, questões múltiplas simultâneas podem confundir a criança, perturbando-lhe a capacidade de memorização e de resposta objetiva às mesmas. Além da simplicidade do discurso, deve optar-se por linguagem compreensível e não técnica (19).

Pode, na criança mais pequena, mostrar-se um diagrama com a anatomia corporal (cabelo, olhos, nariz, boca, vulva, ânus...) para inferir a sua terminologia e para facilitar a comunicação. A nomenclatura pode auxiliar-nos, por exemplo, a deduzir o carácter das práticas sexuais. Muitas vítimas pré-púberes não têm noção do ato sexual podendo confundir uma tentativa de penetração com penetração. Mesmo adolescentes sexualmente ativos (as) podem não estar seguros (as) de que ela ocorreu. Ainda que o contato genital-genital seja inapropriado, é relevante do ponto de vista legal determinar o tipo de contato e/ou de penetração e se houve ou não ejaculação.

Além das dificuldades linguísticas ou de desenvolvimento, o médico deve ter em consideração outras causas de interferência na descrição factual pelo menor, tais como, a sugestionabilidade e o efeito de entrevistas múltiplas, ou a presença de trauma psicológico. Deste modo, deve ser providenciado uma avaliação pela psicologia forense, para valorização do depoimento da vítima e valoração da veracidade do testemunho (18).

A utilidade das perícias psicológicas forenses na avaliação da credibilidade do relato do menor não deve ser minimizada, pois permite ao perito descodificar o discurso produzido pela criança/jovem, ajudar a conhecê-la (o) e a esclarecer os acontecimentos, bem como facilitar a formação da convicção do tribunal do julgamento.

Indicadores psicossociais e comportamentais de abuso sexual de menores

O abuso sexual de menores pode produzir sequelas psicológicas/psiquiátricas ou psicossociais severas tanto no período do abuso, como cronicamente ou até diferidas no tempo. Apesar da panóplia de doenças ou de transtornos, a que o médico deve estar atento, o impacto psiquiátrico aquando da denúncia do abuso pelo menor pode ser miniatural, particularmente quando se tratam de crianças mais pequenas, e quando o abusador é familiar ou conhecido (16). Ao longo do seu desenvolvimento, a criança pode adquirir o discernimento suficiente para a integração dos factos, e desenvolver distúrbios psiquiátricos graves, podendo os transtornos puros apenas surgir na vida adulta. Deste modo, torna-se compreensível que o médico apenas se aperceba de algum *stress* emocional em algumas crianças/jovens aquando da entrevista clínica.

Não obstante, a identificação precoce de comportamentos psicossociais alterados ou de transtornos, pode constituir uma mais-valia no que concerne à rápida prevenção, referenciação psiquiátrica e tratamento atempado das vítimas.

Como exemplo do efeito negativo psicológico a curto/médio prazo do abuso sexual nos menores de idade, inclui-se o desenvolvimento de comportamento sexualizado – com conduta imprópria para a idade e utilização de palavras de conteúdo sexual – que, aliás, pode ter sido o motivo inicial da suspeita do abuso (15). Podem colocar-nos de sobreaviso queixas referentes a menores que apresentam uma compreensão sofisticada de atividades sexuais incoerente com a fase de desenvolvimento, que utilizam temas sexuais nos trabalhos escolares, jogos, desenhos ou outros meios de expressão, que recorrem à masturbação compulsiva, ao exibicionismo ou à promiscuidade, ou ainda menores que, pelo contrário, demonstram um medo excessivo relativamente ao sexo ou a assuntos com ele relacionados.

Outros sinais de alerta podem ainda estar presentes: alterações do humor ou distúrbios do sono; comportamento agressivo ou antissocial; desenvolvimento de medo de um indivíduo

ou de um lugar; voltar a urinar na cama; ausência ou excesso de hábitos de higiene, sobretudo em relação ao banho; alteração do apetite e desenvolvimento de anorexia ou bulimia; baixo rendimento escolar; automutilações; fobias ou distúrbios de personalidade.

Um dos transtornos psiquiátricos genuínos que mais frequentemente se manifesta nas vítimas menores de abuso sexual é o distúrbio/transtorno de *stress* pós-traumático.

O distúrbio de *stress* pós-traumático é uma síndrome clínica caracterizada (15; 20) por reexperiência traumática, fuga e distanciamento emocional, bem como hiperexcitabilidade psíquica. Esta síndrome pode ou não desenvolver-se numa pessoa que tenha sido exposta a um acontecimento traumático, dependendo das características que a tornam mais vulnerável ou mais resiliente e da natureza do evento traumático.

A reexperiência traumática pode evidenciar-se sobre a forma de pesadelos e/ou lembranças espontâneas, involuntárias e recorrentes (*flashbacks*). Ocorre esquivas a qualquer estímulo que possa desencadear o ciclo de lembranças traumáticas e hiper-reatividade com reações de fuga exageradas, episódios de pânico, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, irritabilidade e hipervigilância.

Muitos estudos identificaram o distúrbio de *stress* pós-traumático como uma manifestação nuclear nos menores vítimas de abuso sexual, dada a elevada frequência em que os sinais e os sintomas que o definem aparecem nestas vítimas.

Um estudo publicado pela *National Institutes of Health* (NIH) (21) analisou as vulnerabilidades pré-traumáticas, as características do trauma, e as reações emocionais durante a revelação do abuso como indicadores do risco de desenvolvimento de transtorno de *stress* pós-traumático. O modelo prospetivo utilizou 156 crianças com idades entre os 8 e os 13 anos (média de idades de 10,7 anos), sendo que 129 eram do sexo feminino e 27 eram do

sexo masculino. Foram utilizadas variáveis pré-trauma, variáveis de trauma e registo das reações, sinais e sintomas dessas crianças em dois momentos diferentes: na primeira entrevista forense e no follow-up (7 a 36 meses após a revelação).

Do estudo, chegou-se à conclusão que existem três vias diferentes que podem estar presentes no momento da revelação e que colocam as crianças em risco de desenvolver distúrbio de *stress* pós-traumático: comportamentos dissociativos, ansiedade/hiper-reatividade e fracas estratégias de *coping*. A evicção destas estratégias, por meio da negação ou minimização dos problemas, está associada a um fraco ajustamento psicológico e psicossocial na idade adulta assim como a múltiplos problemas funcionais. Já os comportamentos dissociativos podem envolver perda de habilidades táteis, e/ou psíquicas e/ou neurais (como a memória, capacidades motoras e até personalidade), manifestando-se por exemplo sob a forma de fuga psicogénica, de amnésia dissociativa, de anestesia dissociativa, e de distúrbio de personalidade, entre outros. No modelo em estudo, a dissociação revelou ser o fator de risco mais preditivo de distúrbio de stress-pós traumático, tendo sido teorizado que esse tipo de comportamento impede a expressão de emoções e de cognições relativas ao trauma, com insuficiente processamento do mesmo e com desenvolvimento de mais sintomas de reexperiência. Adicionalmente, chegou-se à conclusão que a idade precoce e o sexo masculino estão associados a um maior risco de esquemas mal-adaptativos. É de notar ainda que a presença de elevados níveis de *stress* emocional predizem positivamente o desenvolvimento de ansiedade e de hiper-reatividade.

Desta análise sobressai a importância clínica de reconhecer a presença de ansiedade, de sintomas e de sinais dissociativos, e de ausência de boas estratégias de *coping*, no sentido em que a identificação das crianças/jovens em maior risco de desenvolverem transtorno de

stress pós-traumático pode contribuir para a prevenção do mesmo pela orientação e tratamento psiquiátrico adequado.

Outra patologia que, pela sua gravidade, deve ser perscrutada, é o humor depressivo com revelação da intenção de suicídio ou de gestos que o possam fazer prever. Está documentada uma associação entre o risco aumentado de suicídio e os antecedentes pessoais de abuso sexual (20). Existe também uma correlação comprovada entre a presença de patologia dissociativa ou de esquemas mal adaptativos e o suicídio – note-se que estes fatores de risco também eram sugeridos para o distúrbio de *stress* pós-traumático pelo estudo publicado na NIH – que fazem supor uma necessidade aumentada no reconhecimento destes fatores perante vítimas menores de abuso sexual.

Exame físico

Da literatura publicada sobre o abuso sexual de menores, presume-se que múltiplas condicionantes limitam a identificação de sequelas físicas e a presença de vestígios forenses (sêmen, sangue, células epiteliais do abusador, etc.) que comprovem a existência dessas atividades sexuais impróprias e a identidade do abusador. Entre elas, destaca-se a dilatação entre o crime e a denúncia do mesmo, condicionando que a prova, a existir, desapareça nesse período de tempo, dada a rápida cura das lesões da superfície corporal e/ou das lesões anogenitais. Além disso, a probabilidade de presença de material biológico do abusador no menor é também geralmente mínima, principalmente quando as vítimas são crianças mais pequenas (13).

Um estudo retrospectivo realizado em 273 vítimas pré-púberes (com idade inferior a 10 anos) corrobora estas deduções. Nesta amostra, menos de 25% das crianças apresentaram evidências forenses significativas do abuso sexual, positividade essa que foi encontrada em

todas as menores apresentadas ao exame forense no período de tempo máximo de 44 horas após o abuso, 90% das quais foram examinadas nas primeiras 24 horas (22).

A grande percentagem de vestígios com significado foi recolhida não do corpo da criança, mas sim das roupas pessoais ou de outros objetos pertencentes à cena do crime. Apenas foi encontrado esperma/sémen no corpo das crianças que se apresentaram ao exame forense no intervalo de tempo máximo de 9 horas após o abuso, e a presença de sangue relativo ao abusador foi positiva em vítimas com apresentação de até 13 horas após o ato. Estes achados, sugeriram aos investigadores que a colheita de provas forenses relativas às cavidades corporais pode estar limitada caso a criança se apresente após 24 horas do episódio de abuso. No que concerne a lesões genitais, estas estavam presentes em apenas 23% dessas crianças, sendo que uma grande parte não apresentava amostras biológicas positivas para sémen.

É de ressaltar, que o estudo apenas foi aplicado a vítimas pré-púberes, de modo que, no respeitante às menores adolescentes, os investigadores conjecturaram que a probabilidade de se encontrarem provas forenses positivas – nomeadamente no que se refere às lesões genitais e à identificação de esperma no canal vaginal (pelo maior tempo de persistência deste nas cavidades corporais das vítimas pós-púberes) – talvez seja maior, uma vez que mais facilmente as circunstâncias do crime se aproximam com as do abuso sexual em adultos. A própria *American Academy of Pediatrics* recomenda um período de colheita de provas superior a 24 horas – cerca de 72 horas após o abuso sexual no menor – sendo que essas recomendações são baseadas nas *guidelines* para avaliação de vítimas de violação e, em parte, nos dados relativos à deteção de espermatozóides na vagina após a relação sexual (consensual ou não), nesse período de 72 horas (13; 14).

Uma outra conclusão válida e assente em toda a literatura, é que mesmo que o exame físico e a presença de vestígios sejam negativos, não se pode presumir pela não existência do crime (13; 15; 16; 19; 23). Além disso, a probabilidade baixa da sua positividade não deve fazer descurar a sua pesquisa, pois ao existirem provas, estas têm extrema utilidade para corroborar o crime e, em sede de direito penal, fundamentar a convicção suprema do juiz.

Passando ao momento em que se inicia o exame físico, vários autores afirmam – e é também comumente assentido – que o exame médico é uma fonte de ansiedade para os menores pelo incômodo ambiente tecnicista, que não se adequa à sua necessidade de proteção/ intimidade, pelo escrutinar da natureza, para eles, embaraçosa do abuso sexual, bem como pelo receio de procedimentos que possam causar mais sofrimento, medo ou vergonha, particularmente no que se refere ao exame ano-genital (19).

De maneira a objetivar e a confirmar, ou não, estas asserções, foi elaborado um estudo, publicado no *Child Abuse & Neglect* (23), que estimou a ansiedade causada pelo exame físico em vítimas de abuso sexual. Para atender a este propósito, utilizou-se o score MASC-10 (*Multidimensional Anxiety Score for Children*) que foi realizado tanto no momento de pré como de pós-exame. Procedeu-se também à apreciação do *stress* emocional do menor durante o exame ano-genital pela escala GEDS (*Genital Examination Distress Scale*). Participaram no exame 1075 crianças, predominantemente do sexo feminino (77%), caucasianas (66%) e cuja pessoa acompanhante era a mãe em 90% dos casos.

Um subgrupo de crianças apresentou níveis clínicos significativos de ansiedade na pré-avaliação (17,1%) e após o exame físico (15,4%). Apesar destes resultados neste subgrupo, as restantes crianças, que correspondiam a uma considerável parte da amostra, expressaram baixos níveis de *stress* emocional tanto no período de pré-avaliação como de

pós-exame. Além disso, observou-se que os níveis de ansiedade diminuíram após a realização da avaliação médica.

Em suma, deste estudo pode inferir-se que os menores vítimas de abuso sexual podem apresentar todo um espectro de manifestações ansiosas, mas na generalidade dos casos, não há ansiedade severa desencadeada pela iminência do exame médico-legal ou durante o seu decurso.

Ainda assim, e no respeitante às boas práticas clínicas (19), tal como se antevia no capítulo referente à história clínica, devem unir-se esforços para diminuir a ansiedade do menor, contribuindo para a familiarização da vítima com o profissional e optando sempre por uma forma de comunicação amigável e ajustada ao nível de cognição daquela – o médico deve perguntar à pessoa acompanhante se o menor expressou alguma inquietação específica, antecipar os assuntos fonte de ansiedade de acordo com a idade, e abordá-los com o menor antes do início do exame. Em termos leigos, a criança ou o(a) jovem necessita ser esclarecida(o) pelo médico que a função deste é perceber o que ela/ele experienciou e ter a certeza que está tudo bem com o seu corpo.

Segundo as *Recomendações Gerais para a Realização de Exame em Casos de Suspeita de Violência Doméstica, Maus Tratos ou Crimes Sexuais contra Crianças e Jovens de Menor Idade* (18), existem alguns princípios médico-legais a ponderar antes de iniciar o exame físico, a recolha de vestígios e a fotodocumentação:

- Obter a concordância do menor para o mesmo, desde que tenha aptidão cognitiva para entender o que lhe é explicado;
- Perguntar se o menor deseja alguém de confiança na sala e deixar que essa pessoa participe, desde que não impeça o normal curso do exame, fazendo constar tal presença em documento próprio;

- Obter consentimento escrito para a realização do exame ano-genital e da fotodocumentação em adolescentes com idade superior a 16 anos;
- No exame ano-genital, procurar ajuda de outro profissional de saúde – sendo que este, ou o próprio médico-legista que pede a colaboração, deve ser do mesmo sexo do menor, para lhe conferir alguma comodidade;
- Diferir o exame caso a vítima o recuse (apenas há obrigação da realização do mesmo por ordem fundamentada de um juiz – suprimento do consentimento);
- Considerar a sedação do menor se se prevê demasiada dor/sofrimento, nomeadamente no exame sexual: por sangramento ou suspeita de existência de objetos estranhos intra-genitais ou anais;
- Registrar todas as lesões que se revelem significantes de forma metódica/rigorosa e negatizar em suporte escrito lesões cuja sua ausência se demonstre importante;
- Fotodocumentar todas as lesões/vestígios, identificando as fotografias com o número do processo;

No respeitante às lesões encontradas, particularmente no exame da superfície corporal, constituem suspeita clínica da possibilidade de abuso (físico e/ou sexual) todas as lesões em que: existe incoerência quanto ao mecanismo e/ou à data de produção das lesões; quando estas apresentam características de terem sido produzidas em vários momentos e/ou quando aparecem em localizações diferentes ou em localizações bizarras (lesões em locais atípicos que não se coadunam com a explicação de acidente traumático) e se existir um interregno entre lesões com considerável tempo de evolução e a procura de cuidados médicos.

Exame da superfície corporal

O exame da superfície corporal deve ser completo e minucioso. Pode começar-se por realizar uma avaliação geral da aparência, da higiene e do estado nutricional. Estes elementos objetiváveis e a sua degradação podem pôr-nos na pista, juntamente com os indicadores psicossociais, da presença de maus tratos por abuso sexual.

De seguida passa-se à procura de lesões e/ou sequelas corporais efetuada da cabeça até aos pés e à sua fotodocumentação. Se o exame for apenas direcionado para a região genital, corre-se o risco de negligenciar lesões graves fundamentais ao diagnóstico e à prova forense. Existe um espectro de lesões, desde feridas contusas, perfurantes, incisivas, mistas ou queimaduras bem como lesões em processo de cura ou cicatrizadas, que podem ser evidência clínica de abuso sexual principalmente quando obedecem aos princípios clínicos de suspeita supracitados, e se no contexto de denúncia do crime.

O uso de força física como meio de coação por abusadores mais agressivos pode ser suficiente para deixar marcas nos membros ou de estrangulamento no pescoço. Em algumas situações podem ser identificáveis marcas de mordedura que, se adequadamente registadas, permitem a correspondência com os dentes do abusador, e a sua identificação. Deve ainda procurar-se qualquer evidência de trauma sobre os seios, o interior das coxas ou nas regiões paragenitais (15).

Apesar deste elenco de lesões fundamentais, não será de exceção o que se disse anteriormente: a presença de nenhuma lesão não exclui a real existência do abuso sexual, apenas o corroborava se existisse.

Os exames complementares de diagnóstico devem ser pedidos sempre que suscitem a possibilidade de melhor esclarecimento da situação. Para além dos métodos laboratoriais, estão também os exames imagiológicos – a realizar sempre que as lesões reveladas ao exame

físico não se coadunem com a história clínica e: a criança seja muito pequena (idade inferior a 2 anos) com impossibilidade de apresentar justificação ou contraprova à informação dada pela pessoa acompanhante; ou se suspeite de lesões invulgares para a idade do menor ou para o mecanismo de trauma apresentado: lesões osteoarticulares (edema, hipomobilidade articular ou deformidade com suspeita de fraturas), presença de neuropatologia ou de lesões vastas dos tecidos moles (18).

Exame ano-genital

A identificação de lesões ano- genitais é uma importante prova no abuso sexual de menores. Contudo, já se adiantou que essas lesões são apenas encontradas numa minoria dos sujeitos ao exame médico-legal. Além da já referida delonga entre o ato e a denúncia (perdendo-se o tempo ótimo de observação de lesões agudas), os abusadores são geralmente cuidadosos na tentativa de passar despercebidos. No contato genital-genital ou genital-anal pode nem existir penetração ou ejaculação. Mesmo na presença de penetração, a ausência de ejaculação dentro das cavidades corporais (vagina, ânus ou boca) determina menos uma possível evidência passível de ser recolhida. Mais se acrescenta: na penetração, se ela for de caráter vaginal, a elasticidade do hímen pode permitir a conjunção carnal sem que haja o rompimento – condição de hímen complacente; já se de caráter anal, o relaxamento do esfíncter anal e a lubrificação suficiente, permite a passagem do pénis ou outro objeto sem daí resultar alguma lesão (15).

Num estudo prospetivo, Heger (24) encontrou numa larga amostra de crianças, examinadas no máximo até 7 dias após o último episódio de abuso sexual, lesões genitais em apenas 5% das crianças, mesmo com história de penetração anal ou vaginal. Adams (25) realizou uma revisão dos achados médicos no exame de 236 crianças vitimizadas com confirmação legal do crime, onde somente 23% destas apresentavam lesões genitais suspeitas.

A presença ou a ausência de achados anormais nas vítimas do sexo feminino estavam profundamente correlacionadas com o tempo decorrido entre o crime e a realização do exame médico-legal, certificando, mais uma vez, as orientações da AAP – as menores examinadas no período de tempo de 72 horas após o abuso tinham maior incidência de lesões genitais do que as examinadas após um mês da ocorrência. A explicação para este facto sobrevém de que o trauma sobre a mucosa genital se resolve rapidamente, em poucos dias, fazendo com que a identificação das lesões seja incomum após 72 horas – mesmo lesões pequenas do hímen curam após alguns dias. Enquanto lesões mais profundas genitais cicatrizam deixando evidências permanentes, esta é geralmente a exceção à regra no que concerne ao exame ano-genital após o abuso sexual de menores. Já nas vítimas do sexo masculino, a identificação de lesões é ainda menor comparativamente com as do sexo feminino, sendo também de esperar que as lesões curem rapidamente (24; 25). Contudo, existe pouca publicação acerca da cura das lesões ano-genitais nos rapazes.

Mais uma vez se conclui: apesar de estatisticamente a probabilidade de o exame físico não resultar em provas significativas, a urgência médico-legal do mesmo mantém-se, principalmente em menores em fase precoce de apresentação.

No que respeita a procedimentos, para a inspeção ano-genital a posição é importante para a qualidade da observação. No caso de crianças pré-púberes, pode ser mais confortável serem observadas no colo da mãe ou de pessoa de confiança. Caso não seja necessário, o exame na mesa pode ser feito em posição de rã para a avaliação genital e em decúbito lateral esquerdo para o exame anal. Nas crianças pós-púberes, o exame anal pode ser feito tanto em decúbito lateral esquerdo como geno-peitoral, e o exame genital também em posição geno-peitoral ou ginecológica no sexo feminino, e em posição ortostática ou sentada para o sexo masculino (15; 16; 18).

Exame da região anal

Para a inspeção desta região deve executar-se suave afastamento da região nadegueira com pressão excêntrica sobre o orifício anal. Optar pela não realização do toque retal (exceto se há suspeita de corpos estranhos no canal anal). A tração deve ser mantida durante 30 segundos para identificação do reflexo anal de dilatação.

Pretende-se pesquisar (15):

- Eritema e/ou tumefação perianal (sinal agudo que pode refletir edema traumático).
- Hematomas e/ou escoriações perianais – sugerem abuso pois a probabilidade de se tratarem de lesões acidentais é baixa, dada a localização incomum;
- Pele rosa, lisa e brilhante – alteração fenotípica do padrão normal da pele, refletindo sucessão de lesões sobre a mesma e, portanto, cronicidade do abuso;
- Fissuras anais – soluções de continuidade no epitélio escamoso do ânus, múltiplas, grandes, irregulares, e que podem estar localizadas fora da linha média (na ausência de abuso geralmente são únicas e pequenas, localizadas na linha média anterior e podem ser causadas por determinadas condições médicas que devem ser excluídas – obstipação severa, Doença de Crohn, quimioterapia ou cirurgia prévias). As fissuras curam com cicatriz/marca. Contudo, tanto a fissura como a cicatriz podem ser únicas e localizadas na linha média – este facto não exclui o abuso sexual, desde que a patologia médica referida seja excluída (26).
- Lacerações anais – fissuras com mais de 1cm de comprimento, que se podem estender da margem anal ao canal anal ou ao períneo; tal como as fissuras provocam dor à defecação, dor à pressão excêntrica e espasmo anal. A cura ocorre com cicatriz que também pode ser um sinal a identificar.

- Reflexo anal de dilatação – relaxamento do esfíncter interno e externo com abertura do canal anal em resposta à mínima tração sobre as nádegas, verificando-se variação no diâmetro (o ânus está inicialmente encerrado, dilata e depois encerra novamente após alguns segundos – é um sinal dinâmico). Pode corroborar a suspeita de abuso se existir história do mesmo (excluir obstipação crônica, colite hemorrágica ou tratamentos médicos invasivos por via ano-rectal). Foi em tempos um sinal creditado pelos médicos britânicos no escândalo de Cleveland, mas é a prova de que a descrição de casos em série pode não ser suficiente para provar a relação causa-efeito (27);
- Laxidão e diminuição do tónus anal – ao contrário do reflexo anal de dilatação, o ânus dilata à tração excêntrica, mas permanece dilatado sem alterações do seu diâmetro. Pode ser causado por outras patologias, que importa diferenciar no diagnóstico, tais como as neuropatias.
- Ingurgitação venosa – a sua presença, juntamente com outros sinais, suporta a suspeita de abuso, especialmente se ocorre nos primeiros segundos do exame (26).

Exame da região genital feminina

Este deve partir do geral para o particular, inspecionando-se a região nadegueira, as coxas (na procura de hematomas ou equimoses), e o monte púbico, incluindo os pelos púbicos (pentear com pente descartável ou cortar caso estejam aglomerados por substância espessa (sémen/esperma), e colocar em envelope de papel para enviar para análise).

Traciona-se lateral e anteriormente os grandes lábios para permitir a observação do hímen ou dos remanescentes himenais. Pode proceder-se também a leve estiramento da comissura posterior na pesquisa de escoriações que estejam encobertas pelas pregas da mucosa.

O exame com espéculo e/ou toque vaginal deverão apenas ser considerados quando existe sangramento ou história de penetração, com o intuito de analisar a parede vaginal. Recorrer à colposcopia para evitar equívocos do exame somente macroscópico e para fotodocumentar as lesões (18; 19).

Dentro dos sinais, que podem argumentar a existência de abuso sexual numa menor, encontram-se (15):

- Eritema ou inflamação vulvar;
- Aderência ou coalescência dos pequenos lábios, sendo visível uma fina membrana de aderência posteriormente, a nível dos bordos internos dos mesmos. Contudo, é uma situação clínica frequente na população pediátrica, sobretudo dos 3 meses até à puberdade, por inflamação vulvovaginal e hipostrogenismo. Não é um sinal inequívoco de abuso sexual – ocorrendo apenas em até 3% destes casos – o que não impede a inclusão desta causa no diagnóstico diferencial (28);
- Erupções, úlceras genitais ou secreções vaginais de consistência, cor ou odor incomum – perante a suspeita de infecção, realizar exame a fresco (*Trichomonas vaginalis*, clue cells, *Candida albicans*), cultura e exame bacteriológico (ver: Avaliação e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis);
- Fissuras ou lacerações da mucosa genital (por exemplo, da comissura posterior ou da fossa navicularis (14)), ou cicatrizes resultantes da sua cura. Estas lesões são geralmente decursivas da violência da penetração, ou da desproporção de tamanho entre o pênis, a vulva ou a vagina (sobretudo nas crianças), e podem constituir indícios da conjunção carnal e do ato libidinoso.

- Rotura incompleta ou completa do hímen. A disrupção incompleta não se estende até à base de implantação do hímen na vagina, podendo na rotura recente apresentar-se como laceração, ou na rotura não recente como entalhes profundos no rebordo himenal. Uma disrupção completa atinge a base himenal, apresentando-se como laceração se recente, ou como transeção se de rotura antiga se tratar. Nas crianças pré-púberes, deve suspeitar-se de abuso sexual perante laceração ou transeção a nível da linha posterior de implantação do hímen.

O exame himenal apresenta dificuldades periciais. Nas crianças, devem excluir-se variantes do normal, tais como a presença de hímen crescêntico, anular, ou redundante, bem como de agenesia ou de hímen complacente. Nas menores sexualmente ativas, são frequentemente observados remanescentes himenais.

O diâmetro do orifício himenal não é um sinal confiável da existência de abuso sexual nas crianças (16), muito embora alguns autores defendam que um diâmetro transversal superior a 4 mm possa ser sugestivo (15).

A análise destes sinais não deve ser linear. São aspetos a ter em conta: o tempo decorrido desde o abuso até à apresentação, a concordância das lesões com o tempo e com a história fornecida, e o padrão de cura das lesões. A não observância de sinais, apenas significa que não houve qualquer sequela anatómica do contacto. Vários estudos demonstram que o processo de cura das lesões ano-genitais é muito rápido (24; 29; 30), principalmente se são superficiais – a presença de células epiteliais lábeis permite a rápida regeneração dos tecidos. Pelo contrário, lesões mais profundas, lesões que se tornem infetadas ou que resultem de disrupção contínua epitelial podem curar por cicatrização permanente.

No diagnóstico diferencial das lesões ano-genitais provocadas pelo alegado abusador, deve prever-se primariamente a exclusão de: lesões acidentais por queda ou por empalamento, presença de simulação ou de lesões autoinfligidas, sequelas pós-operatórias ou iatrogênicas, entre outras. Nesta diferenciação podemos socorrer-nos de uma adequada análise do padrão e das características das lesões, da história eventual de testemunhas oculares, e da história pessoal do menor.

Nas crianças pré-púberes, as lesões genitais agudas por abuso sexual mais frequentes são as abrasões superficiais dos pequenos lábios, da área peri-uretral e da comissura posterior (19). A penetração por qualquer objeto no orifício himenal pode ocasionar uma interrupção da integridade do seu rebordo. Esta interrupção ou laceração pode estender-se até à base de implantação himenal, até à porção posterior da vagina ou através da fossa navicularis ou do períneo, traduzindo uma penetração demasiado violenta. Já fora do período agudo do trauma genital, nenhum defeito congénito mimetiza a transeção posterior do hímen, pelo que deve considerar-se a etiologia desta lesão por vitimização sexual.

O exame em adolescentes apresenta outros desafios (19). Estas vítimas podem apresentar-se com uma história de abuso sexual recente ou não recente, único ou reiterado. Se a apresentação é não aguda, é menos provável que se encontrem achados que atestem a presença de lesões genitais, devido à rápida cura das lesões e ao efeito estrogénico sobre o hímen que lhe confere substancial elasticidade/distensibilidade e, portanto, baixa probabilidade de existência de uma rotura himenal cicatrizada. Por outro lado, nos atos reiterados com desfloramento da menor não recente, ou nas menores que possuem relações sexuais consentidas, será difícil encontrar alterações himenais devidas ao abuso, apenas se atestando a presença de remanescentes himenais. Assim, no caso de abuso sexual não recente

e/ou reiterado, e no que diz respeito à presença de lesões genitais que corroborem o abuso, apenas nos podemos socorrer da eventual presença das que tenham cicatrizado.

Exame da região genital masculina

O exame segue a mesma lógica: fazer inspeção das coxas, do pénis, do escroto e do períneo. As lesões genitais são infrequentes neste sexo – o pénis e o escroto estão bem protegidos pela sua localização exterior, e pela sua mobilidade. Nestas vítimas torna-se mais frequente encontrar lesões perianais e/ou evidências de ejaculação e/ou de infeções sexualmente transmissíveis.

Ainda assim, no abuso sexual recente, são exemplos de lesões genitais que podem ser descobertas pelo exame desta região: secreções uretrais ou abrasões superficiais, eritema, petéquias ou contusões, que resolvem sem cicatrização ou necessidade de tratamento médico (30).

Outras condições mais graves, embora encontradas em menor frequência, tais como mordeduras, queimaduras ou a linfangite traumática por estimulação crónica, necessitam de terapêutica.

Colheita de vestígios forenses

Esta colheita pode constituir prova fundamental para a identificação e para a constituição do abusador como arguido. Os vestígios devem ser recolhidos de maneira protocolar tendo em conta a especificidade do estudo a que se destinam: estudos genéticos, microbiológicos, ou toxicológicos. Os estudos genéticos e de biologia forense visam a identificação do ADN do perpetrador, os estudos microbiológicos, a pesquisa de IST's que possam ter sido transmitidas durante o abuso sexual, e os estudos de toxicologia, devem ser

realizados sempre que se suspeita de administração de drogas à vítima. Pode, se de vítima púbere se tratar, haver necessidade da realização de um teste imunológico de gravidez.

De acordo com a AAP, os procedimentos forenses devem aplicar-se em todos os abusos sexuais de menores ocorridos no período de tempo de 72 horas e quando a história aponte para: contato com os genitais, e/ou com sémen, sangue ou saliva do abusador; ocorrência de violência física que possa deixar vestígios de sangue ou de pele do abusador no corpo da vítima; sempre que a roupa ou o corpo do menor possam conter material biológico daquele, ou sempre que exista suspeita da utilização de drogas ilícitas para manietar a vítima (14).

No âmbito destas indicações, diversos estudos revelaram que a probabilidade de produzir prova forense é baixa se a colheita de material biológico no corpo de criança pré-púbere, e sublinhe-se apenas neste subgrupo, for feita após 24 horas do ato ilícito (22; 31). Não obstante, a AAP vem cientificamente demonstrar que este é um mal menor, pois a não realização da colheita neste subgrupo pode ocasionar uma perda de oportunidade de, ainda assim, se produzir prova (14).

A AAP avança ainda que, na realidade, a realização da colheita de provas no período de 24 horas, significa apenas uma maior probabilidade de obtenção de resultados forenses positivos. Essa probabilidade é também maior caso se verifiquem outros fatores: história de ejaculação por parte do perpetrador e/ou de contato genital-genital ou genital-anal entre este e o menor, a não realização de atividades que possam eliminar os vestígios (como o banho ou a lavagem das vestes), a presença de achados relevantes no exame sexual, e a idade do abusador superior a 18 anos de idade. Igualmente, a ausência destes fatores não deve condicionar a colheita dos vestígios.

A coleta dos vestígios para pesquisa de material celular ou de sémen do abusador (de onde se poderá extrair o ADN), deve ter em conta que a persistência desse material biológico no corpo da criança é limitado no tempo, sendo de apenas 48 horas na pele, no cabelo ou na boca da vítima, de cerca de 72 horas no canal anal ou na vagina das vítimas pré-púberes (pela ausência de muco cervical), e de até 7 dias na vagina das menores adolescentes (16). É por isso natural que a maioria destas provas seja recolhida das roupas pessoais ou de cama, em detrimento da baixa frequência das mesmas no corpo do menor (22; 31).

Uma vez que a probabilidade de se obter resultados forenses positivos num período de tempo superior a 72 horas é baixa, quando a apresentação ao médico-perito se faz nestas condições, a atenção deste passa a focar a história clínica providenciada pelo menor, a correta avaliação e valoração do seu testemunho pela psicologia forense e a pesquisa de provas físicas (19).

Na colheita das amostras o médico deve utilizar bata, luvas – que devem ser substituídas sempre que se manipulam materiais biológicos de etiologia diferente –, máscara e outros materiais descartáveis, tendo como objetivo a sua proteção e a evicção da contaminação do material recolhido. Deve ainda atender à especificidade de conservação de cada tipo de amostra, procedendo ao seu correto acondicionamento e envio ao laboratório de análise (18).

Algumas circunstâncias podem impedir a colheita de amostras e/ou o envio das mesmas para análise laboratorial, de onde se destacam: a presença de uma denúncia/alegação sem suporte médico-legal, a confissão do abusador perdendo-se a necessidade da sua identificação, a ordem judicial de suprimento da investigação, e o não consentimento ou abjuração por parte da vítima ou do representante legal (14).

Avaliação e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's)

A detecção de uma DST num menor pode resultar de um contacto sexual inapropriado com secreções genitais infetadas, o que não implica que haja contato genital-genital direto (basta que hajam carícias sexuais ao menor com objetos infetados com essas secreções). O *screening* destas infeções não está indicado para todos os menores vítimas de abuso sexual. Tal como indicado em artigo publicado no *Journal of Child Sexual Abuse* (13), a idade da vítima, a história e o exame físico sugestivos do abuso, o momento da realização do exame, bem como, as características do abusador, influenciam esta escolha. Existem, assim, vários fatores (18) que podem determinar essa necessidade de avaliação conforme se indica na Tabela 1.

Indicações para pesquisa de DST's
Contato, penetração ou ejaculação de carácter genital-oral, genital-genital ou genital-anal
Sinais ou sintomas de DST's (por exemplo, secreções vaginais e/ou odor incharacterístico, dor/ardor genital, sintomas urinários, erupções ou úlceras genitais) ou infeção genital comprovada passível de ter sido contraída sexualmente
Vítima adolescente e/ou que já tenha iniciado vida sexual ativa
Descrição de múltiplos perpetradores do abuso sexual
Identidade(s) do(s) abusador(es) desconhecida(s)
DST conhecida ou suspeita no perpetrador
Abusador homossexual, toxicodpendente ou com múltiplos parceiros sexuais
DST presente ou suspeita em membro do agregado familiar
DST prevalente na comunidade
Requisição por parte do cuidador ou da vítima

Tabela 1. Indicações para pesquisa de DST's

De acordo com o *Centers for Disease Control* (CDC) (32), sempre que existir indicação, deve pesquisar-se:

- ✓ Gonorreia;
- ✓ Sífilis;
- ✓ Infecção por *Chlamydia trachomatis*;
- ✓ Infecção por *Trichomonas Vaginalis*;
- ✓ Infecção por Herpes genital;
- ✓ Infecção por HPV (papiloma vírus humano), incluindo a presença de condilomas ano-rectais (sinal clínico);
- ✓ Hepatite B e C ;
- ✓ Infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH);

Os testes de *screening* servem o objetivo de detetar uma infecção prévia ou uma infecção transmitida no momento do crime. A presença de infecção prévia pode estar relacionada com atividade sexual preexistente (consensual ou não) ou, no caso de crianças pequenas, pode ser devido a colonização pré-natal.

A identificação de uma IST em crianças após o período neonatal sugere abuso sexual, dependendo a significância deste achado do microrganismo encontrado. Gonorreia ou sífilis adquirida no período pós-natal, infecção por VIH adquirida de forma não transfusional e não perinatal, bem como a presença de herpes genital, constituem suspeita de abuso sexual no menor.

Contudo, a regra geral de que DST detetada no período pós-natal constitui evidência de abuso sexual tem exceções: a infecção genital ou rectal por *C. Trachomatis* em crianças pequenas pode ter sido adquirida no pós-parto e persistir, em alguns casos, por 2 a 3 anos; os

condilomas genitais podem estar presentes em crianças sem nenhuma outra evidência de abuso sexual; igualmente, a infecção por VHB pode estar presente em crianças que contactam com portadores crônicos, por exemplo, pertencentes ao núcleo familiar, sem qualquer prova de abuso ser encontrada. Assim, a hipótese de abuso sexual na presença de uma DST coloca-se se a transmissão não sexual não é verosímil (32).

Torna-se importante conhecer a epidemiologia e o período de incubação dos agentes infecciosos, de modo a comparar a presença de infecção com o tempo do exame. O período de incubação pode variar de dias (e.g. *N. gonorrhoeae*) até meses (e.g. HPV). Se, por exemplo, o episódio de abuso sexual tivesse ocorrido há 5 dias atrás, a detecção de *N. gonorrhoeae* é compatível com transmissão durante esse ato. Já a visualização de condilomas ano-rectais durante o exame, indica-nos que houve infecção prévia a esse evento específico (13).

A transmissão recente de infecção por via sexual pode não ser detetada aquando do exame – os agentes infecciosos podem não estar em concentração suficiente de modo a resultar na positividade do teste. Por este motivo, pode estar indicado follow-up, com novo teste de pesquisa às 2 e às 12 semanas após o contacto sexual com o abusador, permitindo assim tempo suficiente para a formação de anticorpos no soro. Por esta ordem de ideias, quando um longo período dista desde do último episódio de abuso sexual ao exame médico, apenas uma avaliação com testes de pesquisa será necessária.

Para que não haja interferência com o diagnóstico, e antes de iniciar qualquer tratamento, devem pesquisar-se outras DST's comuns que possam ter uma clínica superposta à da infecção/doença suspeitada. Tendo em consideração as consequências deletérias de um falso-positivo, sobretudo de foro psicossocial e legal, apenas testes com elevada especificidade devem ser utilizados.

Nos (as) adolescentes, o exame ano-genital e a pesquisa de DST's após o crime deve ser feita assim que possível (32), pois adolescentes sexualmente ativos (as) ou vítimas de abuso reiterado, podem já ter adquirido uma infecção previamente, resultando a celeridade da investigação numa possibilidade de tratamento mais precoce. Descartada a hipótese de existir infecção pré-abuso, o resultado dos testes pode ser negativo pelo motivo acima enunciado, podendo neste caso repetir-se o exame passado uma semana, desde que o tratamento empírico não seja dado, mas sim adiado. Contudo, pesará a decisão de adiar o tratamento para positivar o microrganismo laboratorialmente, a baixa *compliance* das vítimas no *follow-up*, resultando na perda de oportunidade de tratamento. Deste modo, segundo o CDC deve fazer-se sempre que possível tratamento preventivo da DST suspeitada para evitar as consequências da doença não tratada. Se o tratamento profilático for recusado, o exame de follow-up deve ser realizado passado uma semana.

Outra particularidade no diagnóstico de DST's é a tipologia do teste utilizado. Por exemplo, no que diz respeito à infecção por VIH, o teste serológico de ELISA não deteta a infecção nas primeiras 6 semanas após a sua transmissão. Da mesma forma, no *screening* da sífilis, tanto os testes não-treponémicos (e.g. RPR e VDRL) como treponémicos (e.g. ELISA) não detetam a infecção no período-janela correspondente aos primeiros 90 dias de incubação. Deste modo, se se suspeita de falso-negativo no resultado da pesquisa referente a sífilis, hepatite B ou infecção por VIH recomenda-se reavaliação às 6 semanas, aos 3 e aos 6 meses após a última exposição sexual, para que haja tempo para a formação de anticorpos no soro. A presença do antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (AgHBs) indica infecção por VHB, mas, no caso concreto do abuso sexual, devemos interpretar cuidadosamente esta positividade, pois a infecção pode ser transmitida por via não sexual (32).

Em Portugal, a sífilis precoce, as infeções gonocócicas ou a hepatite aguda B ou C constituem doenças de declaração obrigatória (DDO) que obrigam o médico à notificação imediata das mesmas, ao abrigo da portaria n.º 1071/98 de 31 de Dezembro (que aprova a tabela das doenças de declaração obrigatória, ordenada de acordo com o código da 10.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID)) (33). A infeção por VIH é também uma DDO, integrada nesta lista desde 2005 pela portaria n.º 258/2005, publicada em Diário da República (34). A obrigatoriedade da declaração pretende que o plano de controlo epidemiológico destas doenças seja eficaz, quer a nível imediato – cabe ao médico declarar, isolar o doente infetado e realizar vigilância clínica dos contactos – quer “*à posteriori*” com tratamento estatístico, vigilância e investigação epidemiológica.

Profilaxia das DST's em menores adolescentes

Segundo o CDC (32), a terapia preventiva de rotina, deve ser iniciada assim que possível, e pode englobar de acordo com a infeção: a) vacinação pós-exposição a VHB, devendo a vacina ser administrada durante o exame médico e desde que o indivíduo não tenha sido vacinado previamente (as doses de manutenção devem ser administradas 1-2 e 4-6 meses após a primeira dose); b) antimicrobianos com espectro de ação sobre Chlamydia, Gonococos e Trichomonas [e.g. ceftriaxone (ou cefixima), metronidazol e azitromicina (ou doxiciclina)]. Até o tratamento profilático estar concluído, as relações sexuais devem ser evitadas.

Profilaxia das DST's em crianças

Não está recomendado, pelo CDC, o tratamento profilático de DST's em crianças em que se suspeita de abuso sexual (32), pois a incidência da maioria das infeções neste grupo etário é baixa, o risco de infeção genital por via ascendente é também menor nas vítimas pré-púberes, e o follow-up regular com hipótese de intervenção é geralmente possível.

Não obstante, a terapia preventiva pode estar indicada no caso de ansiedade/apreensão por parte da criança ou do(a) cuidador(a), devendo ser iniciada após a colheita de amostras para pesquisa dos microrganismos.

Recomendações especiais - infecção por VIH

A seroconversão na infecção pelo VIH pode ocorrer em vítimas de abuso sexual, mas a sua frequência é presumivelmente baixa – mesmo em relações sexuais com consento, o risco de transmissão de VIH por via vaginal é de 0,1- 0,2%, por via ano-rectal de 0,5 – 3% e por via oral é ainda mais baixo (32). Contudo, durante o abuso com penetração (vaginal, anal ou oral) as lacerações da mucosa com hemorragia podem aumentar esse risco, bem como a carga viral elevada no ejaculado. Nas crianças, a probabilidade de transmissão pode também ser ligeiramente superior, quando subjugadas a múltiplos episódios de abuso.

A profilaxia pós-exposição pode ser feita com zidovudina (13; 32). Esta substância foi inicialmente utilizada em exposições ocupacionais – sobretudo profissionais de saúde que se contaminavam por via percutânea com sangue infetado – resultando numa diminuição do risco de aquisição da infecção. Como os resultados com zidovudina na terapêutica imediata pós-exposição produziram um certo benefício potencial, alargaram-se os grupos de risco para a sua utilização profilática, incluindo-se as vítimas de abuso sexual, devendo ser feita de preferência até 72 horas após o episódio de abuso. Quanto mais cedo se iniciar a terapêutica, maior a probabilidade de se prevenir a transmissão, caso a exposição tenha ocorrido.

O benefício-risco da terapêutica com zidovudina deve ser explanado após a avaliação pelo médico da possibilidade de infecção, considerando-se: a) a probabilidade do abusador estar infetado por VIH; b) as condições de exposição que possam aumentar o risco de transmissão da infecção; c) o tempo decorrido após a exposição.

No ponto a) é útil averiguar se o perpetrador pertence a grupos de risco de infecção por VIH (e.g. homossexuais, utilizadores de drogas injetáveis, abusador promíscuo) bem como analisar a epidemiologia da infecção, pois pode o abusador pertencer a uma comunidade com altas taxas de VIH/SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida).

No ponto b) a história clínica e o exame físico têm uma importância considerável na determinação de fatores de risco para a infecção (e.g. ocorrência de penetração e/ou de ejaculação vaginal/anal/oral, de traumatismo/laceração da mucosa destas estruturas, ou ato praticado por mais do que um abusador, entre outros).

Na discussão benefício-risco com o menor e/ou com o(a) cuidador(a), todas “as cartas devem ser colocadas na mesa” para que a *compliance* seja máxima, cumprindo as funções do consentimento informado. É essencial informar que: os benefícios da terapêutica profilática não estão provados, os efeitos adversos graves dos antirretrovirais são raros – com boa tolerância pelo doente –, o *follow-up* apertado e a adesão à terapêutica são cruciais, e que é urgente iniciar o tratamento para otimizar os potenciais benefícios. Caso se opte pela terapêutica antiretroviral, esta deve ser iniciada imediatamente, providenciando-se uma reavaliação em 3-7 dias, e a pesquisa de anticorpos anti-VIH no momento da primeira avaliação, às 6 semanas, aos 3 e aos 6 meses.

Avaliação e prevenção da gravidez

Após o abuso sexual de uma adolescente em que se conjecture a possibilidade de gravidez, deve prover-se informação sobre os métodos para a sua prevenção, e a realização de um teste de gravidez na urina.

A anamnese criteriosa com ênfase aos aspetos ginecológicos relativos à regularidade e à data da última menstruação permite-nos ter uma ideia, embora pouco rigorosa, do risco de gravidez, considerando o momento do abuso relativamente ao ciclo menstrual da adolescente – o risco máximo de gravidez é de cerca de 5% (13).

A menor vítima de abuso sexual recente, requer uma avaliação médica urgente para poder usufruir da contraceção de emergência para prevenção da gravidez, que deve ser realizada até 72 horas após o ato sexual. Além do teste de gravidez pré-contraceção, deve ser feito, caso se opte pela terapêutica, follow-up com novo teste em 2 a 3 semanas.

Dentro das opções de contraceção de emergência encontram-se as pílulas de progestagénios – levonorgestrel em altas doses – ou o método YUZPE, que corresponde a toma oral de comprimidos de etinil-estradiol e de levonorgestrel em doses mais baixas. Estas terapêuticas hormonais previnem a gravidez em 55 a 85% dos casos se tomados nas primeiras 72 horas pós-coitais, podendo ser parcialmente eficazes até 5 dias pós-coitais. Contudo, estes métodos não previnem gravidezes em curso – nesta situação pode ser oferecida interrupção voluntária da gravidez à menor, se o tempo de gestação for inferior a 16 semanas e de acordo com o estipulado no artigo 142º do Código Penal (35).

Capítulo III: O crime de abuso sexual de menores e algumas implicações legais da intervenção do perito médico

Com a reforma penal de 2007, o crime de abuso sexual de crianças, ou de menores, passou a ser público, significando isto que o Ministério Público, após tomar conhecimento da notícia do crime, independentemente da apresentação de queixa, tem legitimidade oficiosa para iniciar a fase do inquérito (fase inicial do processo penal), devendo investigar os factos.

A natureza pública dos crimes de abuso sexual de menores implica um inequívoco dever de denúncia por quem tome conhecimento dos factos. Sendo que, o dever de denúncia pelo médico decorre, ainda, da norma do artigo 53.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (17).

A denúncia anónima só pode determinar a abertura de inquérito se dela se retirarem indícios da prática de crime ou constituir crime.

Em sede de processo crime, a perícia médico-legal prevista no artigo 159.º do Código do Processo Penal (36), é considerada um meio de prova que visa a avaliação de vestígios da prática do crime, com base em especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos.

O artigo 163.º do Código do Processo Penal fixa o valor probatório da perícia determinando, por um lado, no n.º 1, que o juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial, se presume subtraído à livre apreciação do julgador, por outro lado, no n.º 2, determinando que sempre que a convicção do julgador divergir do juízo contido no parecer dos peritos, deve aquele fundamentar a divergência.

Para Germano Marques da Silva (37) *“a presunção a que o art.163.º, nº1, consagra não é uma verdadeira presunção, no sentido de ilação, o que a lei tira de um facto conhecido para afirmar um facto desconhecido; o que a lei verdadeiramente dispõe é que salvo com fundamento numa crítica material da mesma natureza, isto é, científica, técnica ou artística, o relatório pericial se impõe ao julgador. Não é necessário uma contraprova, basta a valoração diversa dos argumentos invocados pelos peritos e que são fundamento do juízo pericial”*.

Assim, porque o legislador considerou que ao juízo técnico e científico inerente à prova pericial é atribuído um valor probatório tão reforçado ao ponto de entender que está desde logo subtraído à livre apreciação do julgador (ainda que excepcionando que se dele divergir ao julgador, é exigível um acrescido dever de fundamentação), é que se considera que a realização da perícia e a elaboração do relatório pericial devem obedecer a um rigor primoroso.

A perícia é uma atividade técnica efetuada em sede de um processo judicial e constitui, antes de mais, um ato médico ao qual se aplicam as regras da *legis artis* e ainda a necessária atitude de escuta, compreensão, afinidade com o menor e sua família, de modo a que o perito médico-legal consiga tomar perceção do que realmente se está a passar e a criar a desejada relação médico/doente.

A boa perícia é completamente objetiva, rigorosa, coerente, com qualidade técnica e isenta de parcialidade.

Ao desempenhar as suas funções e sempre que seja notificado pelo tribunal para prestar esclarecimento (s), o perito médico deve seguir a mesma linha de objetividade, rigor, coerência, imparcialidade e agir de acordo com a ética e deontologia estabelecidas para a profissão, nomeadamente no que ao dever de guardar segredo médico – pedra-de-

toque da profissão – diz respeito (conforme as normas dos arts. 88.º a 93.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (17)).

Sendo que, se o médico seja nessa qualidade intimado como testemunha, ou perito, deverá comparecer no tribunal, mas não poderá prestar declarações ou produzir depoimento sobre matéria de segredo médico, a não ser com o consentimento do doente, do seu representante legal se houver incapacidade para consentir, ou do Presidente da Ordem. Quando um médico alegue segredo médico para não prestar esclarecimentos pedidos por entidade pública, deve solicitar à Ordem declaração que ateste a natureza inviolável do segredo no pedido em causa (*vide* norma do artigo 91.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (17)).

Determina, no entanto o artigo 88.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (17)) algumas exclusões do dever de segredo médico.

II. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto a Declaração Universal dos Direitos da Criança como a Convenção sobre os Direitos da Criança constituem documentos notáveis, representam um forte e positivo reflexo da influência que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 1948, tinha e tem no Mundo. A Convenção antes citada corporiza o compromisso solene dos Estados Membros e a reconhecida necessidade de proteger, desenvolver esforços e criar mecanismos de proteção das crianças.

Pena é que a nossa Lei Fundamental não regule um catálogo de direitos fundamentais das crianças tão brilhante e se limite a proibir a discriminação entre filhos nascidos na constância do matrimónio e fora do mesmo, uma proibição de separação dos pais — salvo quando estes não cumpram os seus deveres fundamentais para com os filhos — e a estabelecer um direito à educação (por contraposição ao dever dos pais de a proporcionar aos filhos), *vide* artigo 36.º da Constituição da República Portuguesa (38).

De facto, a dignidade desses direitos reclamava, e reclama, que os mesmos integrassem o Capítulo dos Direitos, Liberdades e Garantias pessoais, com a necessária e inerente força jurídica — aplicação direta e vinculativa das entidades públicas e privadas — que decorre do Artigo 18.º da Constituição da República Portuguesa (39).

Os diplomas antes citados estão na génese dos diversos mecanismos criados para a proteção dos direitos das crianças e o Código Penal é, de facto, um deles, ainda que essa proteção se concretize ao nível da aplicação da justiça através da incriminação das condutas violadoras dos direitos das crianças.

Não podemos, obviamente abordar, neste trabalho, todos os mecanismos de proteção dos direitos das crianças, mas acredita-se que todos os dias, nas mais variadas situações e

campos de intervenção, os médicos prestam um precioso e válido contributo nesse sentido.

O abuso sexual de menores é, de facto, uma problemática mundial, com consequências severas na esfera biopsicossocial das vítimas e da sua família, condicionando uma perda significativa da qualidade de vida e de saúde das mesmas, bem como custos avultados à sociedade, pelo que se reivindica uma intervenção ativa de todos os cidadãos, e dos responsáveis pelo reconhecimento e tratamento destes casos – médicos incluídos. Não é alheio a esta necessidade de controlo, não só do número de crimes como também das consequências deletérias do mesmo, que a reforma penal de 2007 venha tornar pública a natureza do crime de abuso sexual de menores, implicando, a toda e qualquer pessoa que tome conhecimento do delito, um dever de denúncia.

Assim, o médico assume um papel de relevo, tanto como cidadão comum no seu dever legal de denúncia do crime caso tome conhecimento do mesmo, como enquanto profissional de saúde estando esse dever também previsto pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Acrescendo ainda um papel adicional quando exímio na realização da perícia médico-legal, no âmbito das ciências médico-legais e detentor das competências médico-científicas exigidas. Pode ainda o médico constituir um dos elementos fundamentais para tratamento e prevenção de várias sequelas do abuso sexual, particularmente nas vítimas e na sua família.

Considerações finais

Como cidadã e como aluna do Mestrado Integrado em Medicina pretendi com este modesto trabalho prestar o meu contributo na análise da vasta complexidade inerente à problemática do abuso sexual de menores – nomeadamente no que diz respeito à epidemiologia, aos indicadores psicossociais e ao modo de manifestação do abuso sexual –, bem como analisar a postura do especialista em medicina legal na intervenção destes casos – tanto na recolha de informação, exame físico, colheita de vestígios nas vítimas, diagnóstico e profilaxia de DST's e da gravidez indesejada nas adolescentes, como na utilização desta informação e consequências médico-legais da mesma na constituição do alegado abusador como arguido em sede de processo-crime.

Epidemiologicamente falando, apurou-se em Portugal uma tendência à estabilização no número de crimes por abuso sexual de crianças e de atos sexuais com adolescentes, e a um aumento relativo do crime de pornografia de menores, possivelmente espúrio dada a recente alteração do enquadramento penal que considera este como um novo crime e que passa a não estar classificado como abuso sexual de crianças – o número de casos passou a não estar incluído no abuso sexual e passou a constituir uma amostra diferente.

A literatura revela-nos ainda uma elevada prevalência dos crimes no núcleo IF, com características inerentes que divergem das encontradas no abuso sexual praticado no âmbito EF – particularmente no referente à idade da vítima, às características do abusador e às circunstâncias do abuso. De facto, as vítimas abusadas no seio familiar são geralmente mais novas, o ato é reiterado e ocorre durante um período de tempo mais longo pela não revelação pelo(a) menor – acontecimento que é explicado pela proximidade da vítima ao abusador, menor idade do menor para entender os fatos, e

utilização de menor violência física e maior ameaça verbal pelo abusador para evitar a visibilidade do crime.

A análise das vítimas indica-nos uma predominância no sexo feminino, e que a pequena amostra de vítimas do sexo masculino corresponde geralmente a crianças/jovens mais novos do que a típica vítima do sexo feminino (particularmente no subgrupo etário dos 8 aos 17 anos). A idade média das vítimas é de 11,0, sendo menor para as vítimas de abuso IF.

O abusador é geralmente do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 31 e os 51 anos – de acordo com o Relatório Anual de Segurança Interna. O pai ou o padrasto constituem os abusadores mais comuns no seio IF, e no abuso sexual EF predominam os perpetradores que são conhecidos do menor (amigo ou vizinho).

Relativamente às circunstâncias do abuso, os abusadores EF utilizam geralmente mais força física, e as práticas sexuais podem ser tanto ou mais intrusivas do que as utilizadas no abuso IF. Quando não há uso de coação física, a percentagem de aliciamento e/ou de consentimento da vítima é superior nos crimes EF.

Assim que há conhecimento da notícia do crime, o Ministério Público tomará as devidas providências para iniciar a fase de inquérito e para ordenar a realização da perícia médico-legal, considerada como um dos meios de obtenção de prova – através da avaliação pelo perito dos vestígios da prática criminosa.

O Código Penal atribui ao juízo pericial do médico valor probatório reforçado, ao ponto de a prova pericial estar, em primeira instância, subtraída à livre apreciação do julgador em tribunal. Deste modo, a perícia e o relatório médico-legal devem ser objetivos, rigorosos, coerentes e isentos de parcialidade. A perícia é também um ato

médico, com o inerente valor da sua *legis artis*, devendo o perito, além dos conhecimentos técnico-científicos, aplicar humanismo em tal prática ao ponto de criar a desejada relação médico-doente.

O exame médico-legal urgente pretende que a probabilidade de produzir prova seja máxima, sobretudo se ocorrer nas primeiras 72 horas após o abuso sexual, segundo as recomendações da AAP. A celeridade deste exame permite ainda a promoção de um tratamento adequado, nomeadamente no que diz respeito à prevenção e a profilaxia da gravidez (na menor adolescente) e de DST's, a redução da ansiedade da família e do menor, bem como a proteção mais precoce da vítima e/ou de outras vítimas (fornecendo-se suporte legal para investigar se elas existem).

Contudo, se o estado emocional da vítima não o permitir, o exame pode ser diferido pelo não consentimento do menor ou do seu representante legal, exceto se existir ordem judicial que determine o suprimento do consentimento.

Assim, perante a vítima e a pessoa acompanhante, o médico deve adotar uma atitude de empatia e de respeito, garantir a confidencialidade explicando em que situações ela pode ser quebrada e obter o consentimento para os propósitos do exame, tendo em conta não só o que determina a Lei nº 45/2004 de 19/08 mas, também, o disposto nos artigos 44 a 48º e o art. 49º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

A recolha de informação deve ser feita à pessoa acompanhante e à vítima, sendo que esta deve ser entrevistada isoladamente (sempre que possível, pois pode ela requerer a presença da pessoa de confiança) para evitar a contaminação do relato e a vitimização secundária. O relato deve ser documentado *ipsis litteris*, evitando-se a subjetividade da interpretação do médico, pois pode o documento ser analisado por mais do que um profissional ou ter de ser utilizado em contingências judiciais.

Junto do menor, o esclarecimento do abuso sexual deve adequar-se às suas competências cognitivas e linguísticas e à sua fragilidade emocional, devendo o médico tomar medidas para diminuir a sua ansiedade. É útil providenciar uma avaliação pela psicologia forense, pois permite ao perito decodificar o discurso produzido pela criança/jovem, ajudar a conhecê-la(o) e a esclarecer os acontecimentos, de modo a valorar a veracidade do testemunho e através desta facilitar a formação da convicção do tribunal do julgamento.

Além da particular indagação referente aos fatos na história clínica, que como se evidenciou pode ser a única prova pericial disponível, devem ainda investigar-se indicadores psicossociais e comportamentais que possam sugerir o abuso, tais como: desenvolvimento de comportamento sexualizado; alterações do humor ou distúrbios do sono; comportamento agressivo ou antissocial; ausência ou excesso de hábitos de higiene; anorexia ou bulimia; baixo rendimento escolar, entre outros.

Torna-se ainda importante reconhecer clinicamente a presença de ansiedade, de esquemas mal adaptativos e de sintomas/sinais dissociativos para identificar os menores em maior risco de desenvolverem transtorno de stress pós-traumático ou, eventualmente, intenção de suicídio, e para a sua adequada referência psiquiátrica tendo em vista a sua prevenção.

Da literatura publicada, conjectura-se que o exame da superfície corporal, da região anogenital bem como a recolha de vestígios forenses é muitas vezes negativo, mesmo que realizado no período de 72 horas após o abuso sexual. Alguns estudos vieram particularmente pôr em causa as orientações da AAP para as crianças pré-púberes alegando que a colheita de provas forenses relativas às cavidades corporais pode estar restringida caso a criança se apresente após 24 horas do episódio de abuso. Contudo, o princípio geral de que a não

realização do exame pode resultar na perda de oportunidade de se produzir prova sobrepõe-se a todas estas limitações.

Uma outra conclusão válida e enraizada em toda a literatura, é que mesmo que o exame físico e a presença de vestígios sejam negativos, não se pode presumir pela não existência do crime – de onde se retira que o testemunho do menor e a sua valoração são de extrema importância médico-legal, pois podem constituir a melhor prova para a convicção suprema do juiz.

Caso se encontrem lesões ao exame físico, estas deverão ser adequadamente registadas (tendo-se obtido, previamente, adequado consentimento escrito para a realização do exame ano-genital e da fotodocumentação em adolescentes com idade superior a 16 anos).

Constituem lesões suspeitas sempre que exista inconsistência quanto ao mecanismo e/ou à data de produção das lesões; quando estas apresentam características de terem sido produzidas em vários momentos e/ou quando aparecem em localizações diferentes ou em localizações bizarras, e se existir um intervalo entre lesões com considerável tempo de evolução e a procura de cuidados médicos.

Durante o exame ano-genital, além das lesões passíveis de serem mais ou menos indicadoras de abuso, torna-se fulcral pesquisar a presença de secreções de odor incharacterístico, erupções ou úlceras genitais, e de acordo com as indicações para a pesquisa de DST's proceder à sua deteção.

Esta visa primariamente o tratamento precoce do menor, bem como, avaliar a possibilidade de ter sido transmitida pelo abusador – principalmente nas crianças mais pequenas em que a regra de infeção pós-natal nos dita compatibilidade com abuso sexual, tendo em conta, claro está, as exceções.

Já nas menores adolescentes em que houve conjunção carnal, deve realizar-se um teste imunológico de gravidez, e oferecer-se contraceção de emergência mediante o seu consentimento. Se o ato sexual resultou em gravidez confirmada, a interrupção médica da gravidez até às 16 semanas é uma opção disponível.

Muito mais haveria para dizer acerca da perícia médico-legal e das questões éticas, deontológicas e criminais que o abuso sexual de menores abrange. Na minha humilde análise, o passo seguinte no combate a esta enfermidade será apostar mais na intervenção da sociedade, na fortificação das organizações que intervêm no controlo do crime, e no adequado contributo dos seus elementos na prevenção e na desmitificação de toda a envolvência do abuso sexual de menores.

REFERÊNCIAS

1. **Assembleia Geral da ONU.** *Declaração Universal dos Direitos da criança.* 1959.
2. —. *Convenção sobre os Direitos da Criança.* 1989.
3. **World Health Organization.** *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention.* Geneva : s.n., Março de 1999.
4. **Direção Geral de Saúde.** *Maus tratos em crianças e jovens - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção.* Fevereiro de 2011.
5. **Legislador.** *Código Penal Português, Livro II, Título I, Capítulo V, Secção II - Crimes contra a autodeterminação sexual.* s.l. : Almedina, 1995 (versão atualizada de 2013). ISBN 9789724053257 .
6. *As reacções criminais do Direito Penal Português na perspectiva de reintegração social.* **Pacheco, Fernando Bessa (Juiz Conselheiro Jubilado do STJ); Pacheco, Mário Bessa (Jurista).** Lisboa : s.n., 2002 n.3, pp. 331-335., Vol. 20. ISSN 0870-8231.
7. **Dias, Figueiredo.** *Comentário Conimbricense ao Código Penal.* Coimbra : Coimbra Editora, 2012, p.447. ISBN 9789723220612.
8. **Ministério da Administração Interna, Governo de Portugal.** *Relatório Anual de Segurança Interna.* Lisboa : s.n., 26 de março de 2013; pp 132-135.
9. *Child Abuse & Neglect: Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse.* **Fischer, DG; McDonald, WL.** 1998;22(9):915-29. PMID: 9777261.
10. *Acta Médica Portuguesa: O abuso sexual intra e extra-familiar.* **Taveira, Francisco; Frazão, Sofia; Dias, Ricardo; Matos, Eduarda; Magalhães, Teresa.** 2009;22:759-766.
11. *Familial risk factors associated with intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of three to five year old girls.* **Mian, M; Marton, P; LeBaron, D; Birtwistle, D.** 1994; 39(6):348-53.
12. **Legislador.** Lei nº 45/2004 de 19 de Agosto: Regime Jurídico das perícias médico-legais e forenses. *PGDL: Procuradoria Geral Distrital de Lisboa.* [Online] 2004. http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=403&tabela=leis.
13. *Journal of Child Sexual Abuse: Timing of the Medical Examination.* **Christian, Cindy w.** USA : s.n., 2011; (20):505-520; ISSN:1053-8712.
14. *PEDIATRICS: Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault.* **Thackeray, JD, et al.** 2011;128(2):227-32.
15. **Sakelliadis, Ei, Spiliopoulou, CA e Papadodima, SA.** Forensic Investigation of Child Victim with Sexual Abuse. 2009;46(2):144-51.
16. *Physical forensic signs of sexual torture in children. A guideline for non specialized medical examiners.* **Muriel Volpellier, MD.** 2009;19(2):157-66.
17. **Médicos, Plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos.** Código Deontológico da Ordem dos Médicos: Regulamento nº 14/2009. [Online] 13 de Janeiro de 2009. <http://dre.pt/pdf2sdip/2009/01/008000000/0135501369.pdf>.

18. *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*. **Magalhães, Teresa, et al.** s.l. : Acta Médica Portuguesa, 2011; 24: 339-348.
19. *Evaluating Child Sexual Abuse*. **Giardino, Angelo P. e Finkel, Martin A.** Houston : s.n., 2005;34(5):382-94.
20. *Child sexual abuse in clinical and forensic psychiatry: a review of recent literature*. **Werner, Jairo e Werner, Maria Cristina Milanez.** 2008;21(5):499-504.
21. *Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children*. **Kaplow, Julie B., et al.** s.l. : NIH Public Access, 2005;162(7):1305-10.
22. **Christian, CW, et al.** *Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault*. 2000;106(1 Pt 1):100-4.
23. *Multi-informant assessment of anxiety regarding ano-genital examinations for suspected child sexual abuse (CSA)*. **Scribano PV, Hornor G, Rhoda D, Curran S, Stevens J.** s.l. : Elsevier, 2010; 34(8):602-9.
24. *Child Abuse and Neglect: Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children*. **Heger, A, et al.** 2002;26(6-7):645-59.
25. *Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal*. **Adams, JA, et al.** 1994;94(3):310-7.
26. *Journal of forensic sciences: Anal findings in sexual abuse of children (a descriptive study)*. **M., Bruni.** 2003;48(6):1343-6.
27. **Bonner, Liz e Wells, Mandy.** *Effective Management of Bladder and Bowel Problems in Children*. London, UK : Class Publishing, 2007.
28. *Saúde infantil - Coalescência dos pequenos lábios: quando deveremos tratar?* **Bento, Carmen e Salgado, Manuel.** Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2007.
29. *Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child*. **Heppenstall-Heger, A, et al.** 2003; 112(4):829-37.
30. *Journal of Child Sexual Abuse: Healing of genital injuries*. **Berkowitz, CD.** 2011; 20(5):537-47.
31. *Child Abuse & Neglect: Urgent medical assessment after child sexual abuse*. **Palusci, VJ, et al.** 2006;30(4):367-80.
32. **Centers for Disease Control and Prevention.** *Sexually Transmitted Diseases-Treatment Guidelines*. [Online] 2010. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/sexual-assault.htm>.
33. **Ministério da Saúde.** Portaria n.º 1071/98. *Diário da República eletrónico*. [Online] 31 de Dezembro de 1998. www.dre.pt.
34. **Ministério da Saúde.** Portaria n.º 258/2005. *Diário da República electrónico*. [Online] 16 de Março de 2005. www.dre.pt.
35. **Legislador.** *Código Penal Português: Livro II, Título I, Capítulo II, art.142º - Interrupção da gravidez não punível*. s.l. : Almedina, 1995 (versão atualizada de 2013). ISBN 9789724053257.

36. **Albuquerque, Paulo Pinto de (Juíz do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem).** *Comentário do Código do Processo Penal: à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem.* s.l. : Universidade Católica, 2011.
37. **Silva, Germano Marques da.** *Curso de Processo Penal, Vol.II.* s.l. : Verbo, 1999.
38. **Assembleia da República.** *Constituição da República Portuguesa: Princípios fundamentais, Parte I, Título II, Capítulo I, Artigo 36.º - Família, casamento e filiação.* s.l. : Almedina, 2005 (VII Revisão Constitucional).
39. —. *Constituição da República Portuguesa: Princípios fundamentais, Parte I, Título I, Artigo 18.º - Força jurídica.* s.l. : Almedina, 2005 (VII Revisão Constitucional).

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP: *American Academy of Pediatrics*

ADN: Ácido desoxirribonucleico

AgHBs: Antígeno de superfície HBs

Art.: Artigo

CDC: *Center for Disease Control*

DDO: Doenças de declaração obrigatória

EF: Extrafamiliar

GEDS: *Genital Examination Distress Scale*

HPV: Papiloma vírus humano

IF: Intrafamiliar

DST's: Doenças sexualmente transmissíveis

MASC-10: *Multidimensional Anxiety Score for Children*

NIH: *National Institutes of Health*

(N=): Número total

ONU: Organização das nações unidas

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

UNICEF: *United Nations Children's Fund*

VHB: Vírus da hepatite B

VIH: Vírus da imunodeficiência humana

WHO: *World Health Organization*