



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CARLA MARIA FILIPE MARAVILHA

***AGRESSÃO SEXUAL FACILITADA POR DROGAS:
SUBSTÂNCIAS MAIS UTILIZADAS E ACHADOS
TOXICOLÓGICOS***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA LEGAL

Trabalho realizado sob a orientação de:
MESTRE CARLA MICHELLE MARQUES CARREIRA
PROF^ª. DOUTORA HELENA MARIA DE SOUSA FERREIRA E TEIXEIRA

ABRIL 2023

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**ABUSO SEXUAL FACILITADO POR DROGAS: SUBSTÂNCIAS
MAIS UTILIZADAS E ACHADOS TOXICOLÓGICOS**

CARLA MARIA FILIPE MARAVILHA¹

MESTRE CARLA MICHELLE MARQUES CARREIRA^{1,2}

PROF^a. DOUTORA HELENA MARIA DE SOUSA FERREIRA E TEIXEIRA^{1,2}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

² Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Morada Institucional do Orientador:

Pólo III- Ciências da Saúde, Unidade Central, R/C
Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000-548 Coimbra

E-mail do Orientador:

cmcarreira@fmed.uc.pt

Índice

AGRADECIMENTOS.....	4
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	5
I - RESUMO.....	6
I – ABSTRACT.....	7
II – INTRODUÇÃO.....	8
III – MATERIAIS E MÉTODOS	11
IV – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL/ESTUDO DE REVISÃO.....	12
IV.1 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	12
IV.2 – ACHADOS TOXICOLÓGICOS.....	16
a) Etanol.....	20
b) Benzodiazepinas	21
c) Canabinóides e seus derivados.....	23
d) Cocaína	24
e) Anfetamina, Metanfetamina e 3,4-Metilenodioximetanfetamina	24
f) Quetamina	25
g) Ácido δ -hidroxibutírico	26
h) Outras Substâncias	27
IV.3 – ESTRATÉGIAS ANALÍTICAS.....	29
IV.3.1 – Seleção das Amostras Biológicas	29
IV.3.2 – Recolha e Armazenamento das Amostras Biológicas	31
a) Sangue	31
b) Urina	32
c) Cabelo.....	32
d) Outras amostras	35
IV.4. ABORDAGEM À VÍTIMA DE AGRESSÃO SEXUAL FACILITADA POR DROGAS.....	36
IV.5 – PREVENÇÃO	41
V – CONCLUSÕES	44
VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

AGRADECIMENTOS

À Doutora Carla Carreira, pela orientação extraordinária, pela disponibilidade demonstrada e pelo apoio incondicional ao longo do percurso que foi o realizar deste trabalho.

À Professora Helena Teixeira, por toda a orientação e por toda a ajuda no desenvolvimento do trabalho.

À Carla, por ter sido a melhor companheira que poderia ter ao meu lado nestes 6 anos de caminhada. A todos os amigos que Coimbra cruzou no meu caminho e que concederam a esta cidade um significado de casa.

Ao Pedro, por ser o meu companheiro de viagem há mais anos do que aqueles que os dedos de duas mãos conseguem contar.

Ao meu pai e à minha mãe, por serem os meus maiores impulsionadores, por acreditarem sempre em mim e me permitirem correr atrás dos meus sonhos.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Δ^9 -THC – Δ^9 -tetrahydrocannabinol

Δ^9 -THC-OH – 11-hidroxi- Δ^9 -tetrahydrocannabinol

Δ^9 -THC-COOH – 11-nor-9-carboxi- Δ^9 -tetrahydrocannabinol

ASFD – Agressão Sexual Facilitada por Drogas

CFD – Crimes Facilitados por Drogas

DEA – *Drug Enforcement Administration*

EMF – Exame Médico-Forense

EO – Exame Objetivo

EtG – Etil glucoronídeo

gr/L – grama/litro

gr/L/h – grama/litro/hora

GABA – Ácido δ -aminobutírico

GBL – Gama-butirolactona

GHB – Ácido δ -hidroxibutírico

INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MDMA – 3,4-Metilenodioximetanfetamina

NKET – Norquetamina

NMDA – N-metil-D-aspartato

NSP – Novas Substâncias Psicoativas

SNC – Sistema Nervoso Central

SOFT – *Society of Forensic Toxicologists*

UNODC – Gabinete das Nações Unidas sobre Crime e Drogas

I - RESUMO

Nos últimos anos, a Agressão Sexual Facilitada por Drogas tem vindo a ganhar uma elevada importância na comunidade científica internacional, por constituir um problema em ascensão, a nível mundial. No entanto, por ser um tipo de crime em permanente evolução, com recurso a novos compostos psicoativos, exige uma constante investigação e atualização de conhecimentos. Este trabalho pretende fazer uma revisão da literatura ao nível da epidemiologia, toxicologia e das estratégias analíticas, bem como das melhores práticas a adotar na abordagem às alegadas vítimas e da prevenção da Agressão Sexual Facilitada por Drogas.

As vítimas habitualmente são mulheres, com idades entre os 20 e os 30 anos e os agressores são homens, com cerca de 30 anos, conhecidos recentes das vítimas. Os crimes acontecem predominantemente durante noite, ao fim de semana, no contexto de atividades de ócio ou lazer. O etanol é o achado toxicológico mais prevalente, e resulta, predominantemente, de um consumo voluntário por parte da vítima.

Quanto aos procedimentos laboratoriais, o sangue e a urina são as amostras de eleição para a análise toxicológica na Agressão Sexual Facilitada por Drogas, no entanto, o cabelo tem-se revelado uma matriz de análise útil para algumas substâncias, nos casos em que a agressão sexual é reportada tardiamente, por permitir uma janela de deteção toxicológica mais alargada do que as primeiras.

As vítimas de Agressão Sexual Facilitada por Drogas encontram-se fragilizadas psicologicamente, pelo que, aquando da sua abordagem, é necessário ter-se especial cuidado, de forma a evitar a sua vitimização secundária. O exame objetivo visa recolher vestígios biológicos que permitam a comprovação da agressão sexual e o esclarecimento das circunstâncias em que a mesma ocorreu.

A prevenção da Agressão Sexual Facilitada por Drogas, assenta na educação das potenciais vítimas, dos possíveis agressores e da sociedade no geral, e desempenha um papel crucial na diminuição da incidência destes crimes.

Palavras-chave: *Agressão Sexual Facilitada por Drogas; Submissão química; Drogas de Abuso; Toxicologia Forense; Prevenção.*

I – ABSTRACT

In the last few years, Drug-Facilitated Sexual Assault has been gaining high importance in the international scientific community, as it is a growing worldwide problem. However, given that it is a type of crime in constant evolution, with the use of new drugs, it demands continuous investigation and knowledge update. This state of the art aims to do a narrative review on the epidemiology, toxicology, and analytical strategies related to Drug-Facilitated Sexual Assault, as well as on the clinical approach best suited for these victims and on the prevention of these crimes.

The victims are usually women, between 20 and 30 years of age, and the perpetrators men, aged around 30 years, recent acquaintances of the victims. The crimes occur mostly at night, on weekends, and they often involve leisure activities. Ethanol is the most prevalent toxicological finding, being voluntarily consumed by the victim.

As for laboratory procedures, blood and urine are the gold standard matrices in the toxicological analyses in the Drug-Facilitated Sexual Assault. However, hair has proven to be a useful matrix for some substances, in cases where the sexual assault is lately reported, as it allows a wider window of toxicological detection than the latter ones.

Victims of Drug-Facilitated Sexual Assault are in an emotionally fragile and vulnerable state. As such special care needs to be taken when approaching them, in order to avoid secondary victimization. The physical exam aims to collect biological evidence in order to prove the victims' claims and to clarify the circumstances of the events.

Prevention in Drug-Facilitated Sexual Assault is based not only on the education of the potential victims, but also on the education of the possible perpetrators, as well as on the rest of society, being essential in the reduction of the incidence of these crimes.

Keywords: *Drug-Facilitated Sexual Assault; Chemical Submission; Drugs of Abuse; Forensic Toxicology; Prevention.*

II – INTRODUÇÃO

Os Crimes Facilitados por Drogas (CFD) definem-se, segundo o Gabinete das Nações Unidas sobre Crime e Drogas (UNODC), como violação, ou outra forma de agressão sexual, roubo, extorsão monetária e maus-tratos, a vítimas que se encontram sob o efeito de substâncias psicotrópicas, consumidas quer de forma voluntária, quer de forma involuntária. Estas substâncias provocam uma diminuição do estado de consciência, da percepção, da capacidade de julgamento e da memória anterógrada da vítima, tornando-a vulnerável e incapaz de resistir ao seu agressor (1).

A forma mais comum de CFD, é a Agressão Sexual Facilitada por Drogas (ASFD). Este tipo de agressão sexual é perpetrado enquanto a vítima se encontra incapacitada ou inconsciente, devido ao consumo das substâncias psicoativas, das quais se salientam o álcool, as benzodiazepinas, a cocaína e os canabinóides (2,3).

Na literatura encontram-se descritos dois grandes tipos de ASFD, a premeditada e a oportunista. A primeira, também denominada de proativa, verifica-se quando o agressor administra uma substância incapacitante e desinibidora à vítima, com o intuito de se aproveitar sexualmente dela, sem que esta tenha conhecimento ou dê o seu consentimento. Por outro lado, a forma oportunista caracteriza-se pelo aproveitamento do agressor de um estado prévio de vulnerabilidade da vítima, provocado pelo consumo voluntário de alguma substância, por parte daquela. Assim, este segundo tipo de ASFD também é denominado de vulnerabilidade química (2,4,5).

Alguns autores mencionam ainda, um terceiro tipo de ASFD, que consiste numa conjugação dos dois anteriores. Neste, a vítima consome voluntariamente uma substância capaz de alterar o seu estado de consciência, usualmente sob a forma de uma bebida, na qual o agressor coloca, furtivamente, uma substância que acelere e garanta o efeito de submissão desejado (5,6).

Encontram-se ainda, os termos “*drug-rape*” e “*date-rape*” associados à ASFD. O termo “*drug-rape*” refere-se às situações em que o agressor droga a vítima com o propósito de a violar, ou seja, a uma ASFD premeditada, enquanto que “*date-rape*”, é usado para descrever uma ASFD oportunista (2,4). Não obstante, recentemente, tem-se vindo a considerar esta terminologia redutora, uma vez que estes crimes não se limitam exclusivamente ao contexto noturno e de encontros casuais (4,7,8).

Na realidade, após a análise da literatura, constata-se que é difícil conseguir classificar e comprovar o tipo de ASFD ocorrida, uma vez que alguns estudos estabelecem esta classificação com base no testemunho da vítima, enquanto outros

apenas se baseiam nos achados toxicológicos. Por ausência de uniformidade nos métodos é difícil conhecer-se a verdadeira prevalência de cada tipo de ASFD (2).

As substâncias utilizadas para este efeito são, regra geral, incolores, inodoras e insípidas, quando misturadas com alimentos ou bebidas (9,10). Têm um efeito muito rápido, sendo que cerca de trinta minutos após a sua ingestão, as vítimas têm dificuldade em mobilizar-se, podendo até perder a consciência. Devido às suas propriedades, a vítima tem habitualmente, pouca ou nenhuma memória do ocorrido e, por isso mesmo, muitas das agressões nunca chegam a ser denunciadas (9).

Nos últimos anos, a ASFD tem-se tornado um tema de preocupação crescente na comunidade científica internacional, devido ao aumento do número de casos em todo o mundo (6,11). Deste modo, os estudos médico-legais no âmbito da epidemiologia, sobre a sua incidência e prevalência, bem como na abordagem às alegadas vítimas, tem vindo a aumentar (5).

Não obstante, as vítimas não denunciam prontamente os casos e muitas não o chegam a denunciar de todo. Tal pode ser justificado por vários factos, entre eles: terem receio de repercussões por parte do agressor; por vergonha da situação; por não terem conhecimento de que, mesmo não apresentando logo denúncia, existe a possibilidade de se estudar retrospectivamente os casos de ASFD; e por não terem memória dos contornos da agressão, devido aos efeitos provocados pelas substância ingeridas, nomeadamente amnésia e perda de consciência, o que faz com que não recebam o tratamento médico devido, nem sejam realizados os procedimentos toxicológicos necessários (2,5).

Isto contribui para a crença de que os números relativos à incidência e prevalência da ASFD se encontram subestimados (9,12,13), e que exista uma diferença significativa entre o número de crimes denunciados formalmente e os que realmente ocorrem (2,3,4).

Assim, esta revisão narrativa tem por objetivo realizar uma análise descritiva da ASFD, de modo a melhor compreender as diferentes variáveis que este problema envolve. Neste sentido, aborda-se ao longo deste trabalho, temas como a epidemiologia e os achados toxicológicos mais prevalentes e as estratégias analíticas a adotar no decurso da investigação de crimes desta natureza.

Adicionalmente ao supramencionado, pretende-se ainda, rever as melhores práticas médicas no momento da abordagem às alegadas vítimas de ASFD, bem como fazer uma análise dos métodos de prevenção deste tipo de delitos, de forma que se

compreendam quais as ações interventivas que se devem promover, com o intuito de reduzir a incidência de ASFD.

III – MATERIAIS E MÉTODOS

Esta revisão da literatura pretende apresentar um ponto da situação global da ASFD, a nível epidemiológico, toxicológico, bem como da abordagem à vítima. Neste sentido, foram efetuadas pesquisas em bases de dados como o PubMed e a DOAJ, com as seguintes palavras e termos MeSH “*Drug-facilitated sexual assault*”, “*DFSA*”, “*date rape*”, “*drink-spiking*”, “*chemical submission*”, “*date rape drugs*”, “*DFSA AND prevention*” e “*DFSA AND toxicological analysis*”. Concomitantemente, apenas foram elegíveis artigos, cuja publicação, ocorreu entre 2017 e 2023.

Com esta pesquisa foram obtidos 107 artigos que foram avaliados, individualmente pela aluna, tendo sido excluídos aqueles que se encontravam escritos noutras línguas que não a inglesa, portuguesa ou espanhola, e outros que se considerou não se enquadrarem no objetivo deste trabalho.

As listas das referências bibliográficas dos artigos selecionados foram também revistas e delas foram selecionados artigos considerados pertinentes, desde que se enquadrassem nas premissas expostas, de forma a alargar e a identificar-se mais literatura relevante.

Não obstante a literatura obtida por estes métodos foi, de igual modo, revista informação recolhida de *websites* de agências e instituições internacionais, como o UNODC, a “*Society of Forensic Toxicologists*” (SOFT) e a “*United States Drug Enforcement Administration*” (DEA).

Adicionalmente, foram ainda consultadas normas procedimentais disponibilizadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) intituladas “*Recomendações sobre as instalações, equipamento e material, para a realização de exame médico forense e casos de alegada agressão sexual*” e “*Recomendações para a recolha da história médica forense em casos de alegada agressão sexual*”.

IV – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL/ESTUDO DE REVISÃO

IV.1 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Neste capítulo, irá realizar-se uma análise às diversas variáveis relativas à epidemiologia da ASFD, tais como o perfil da vítima e do agressor, o tipo de substância mais prevalente, o tipo de abuso sexual cometido, bem como as circunstâncias temporais e espaciais em que este tipo de delitos toma lugar.

A vítima é habitualmente mulher, de idade compreendida entre os vinte e os trinta anos (2,3,6,14–18).

Apesar de o sexo predominante ser, indubitavelmente, o feminino, quase todos os estudos referem dentro da sua amostra, ainda que numa escala muito menor, vítimas do sexo masculino (3,14–17,19–22). Esta reduzida representação dos homens enquanto vítimas, pode significar que este tipo de delitos, nesta população, seja ainda mais sub reportado. Podem apontar-se como possíveis explicações para isto a existência de um maior estigma social em relação aos homens que são vítimas deste tipo de crimes, o que pode representar uma dificuldade no momento da denúncia, bem como a falta de um sistema de suporte e de informação relativa à agressão sexual nos homens (8).

Quanto à formação académica e situação profissional das vítimas, um estudo refere que a maioria apresentava uma escolaridade compreendida entre o oitavo ano de escolaridade e o ensino superior e que, profissionalmente, se encontrava numa situação de desemprego ou de estudante do ensino universitário (16). Por outro lado, um outro estudo identifica a maioria das vítimas que sofrem CFD, como indivíduos com uma escolaridade abaixo da universitária, indicando que um maior nível educacional pode ser interpretado como um fator protetor para a ocorrência destes crimes (18).

No que concerne aos antecedentes pessoais da vítima, as patologias mais referidas são sobretudo aquelas correspondentes ao foro mental, tal como a depressão, a ansiedade e a doença bipolar, bem como o abuso crónico de substâncias, já prévio ao evento (6,16,17).

Num estudo realizado na Austrália, foi demonstrado que as vítimas de ASFD, apresentavam uma taxa de depressão pré-mórbida quatro vezes mais elevada do que a população australiana no geral, e que tinham uma taxa de consumo etílico duas vezes superior ao do resto da população (17).

A vítima ter sofrido previamente de outro tipo de agressão sexual é também apontado como um fator de risco para sofrer de ASFD (16).

Por sua vez, o agressor é descrito como sendo do sexo masculino (2,6,17), quer a vítima seja do sexo feminino quer seja sexo masculino, com uma idade média de 32 anos, oriundo do país onde o crime foi cometido e sem antecedentes criminais. Em toda a literatura analisada, há somente uma referência a uma pessoa do sexo feminino na qualidade de perpetradora do crime, no entanto, não diretamente como agressora, mas sim como cúmplice (2).

No que concerne à relação entre a vítima e o agressor, estes são conhecidos, e na sua grande maioria, conhecidos recentes (2,6,17). Não obstante, um dos estudos refere que a relação mais prevalente entre a vítima e o agressor, é a de amizade (16). Neste tipo de delitos, frequentemente, existe um só agressor para uma vítima (2,16).

No que diz respeito às substâncias facilitadoras da agressão, o álcool é a mais utilizada. As vítimas reportaram, na sua grande maioria, o consumo voluntário do mesmo nos momentos que antecederam a agressão sexual (2,16). A maioria dos casos foi positiva para uma só substância, no entanto, naqueles em que foram identificadas duas ou mais substâncias, as combinações envolveram sempre o uso de álcool, concomitantemente, com substâncias ilícitas ou medicamentosas (2,3,14–16). As substâncias ilícitas mais comumente reportadas foram os canabinóides e a cocaína (6,15,19), à exceção da África do Sul, em que as anfetaminas foram o grupo de drogas mais detetado (16). No que concerne aos medicamentos, as benzodiazepinas foram os mais identificados (2,3,6,13–15,17,20–22). Este tópico, sobre os achados toxicológicos, será abordado em mais detalhe no próximo capítulo.

Importa salientar que o consumo voluntário de etanol, muitas vezes excessivo por parte da vítima, coloca-a como já referido, numa posição de vulnerabilidade, vulnerabilidade essa, que aumenta proporcionalmente à quantidade de álcool ingerida (4,14,16,17). Efetivamente, o mesmo se aplica ao consumo de qualquer outra substância psicoativa, não só de etanol, verificando-se na verdade, um aumento da situação de vulnerabilidade da vítima, sempre que ocorrem estes consumos (4,15).

Por outro lado, indivíduos com patologias do foro da saúde mental, tais como a depressão e o consumo prévio de substâncias, tendem a desenvolver mecanismos de *coping* inadequados, baseados em comportamentos aditivos e no abuso de substâncias psicoativas, numa tentativa de amenizar a sua sintomatologia, o que, mais uma vez, os coloca numa posição de vulnerabilidade para a ASFD (17,23).

Estima-se que o consumo de álcool esteja presente em cerca de um terço a três quartos de todos os casos de agressão sexual. Assim, é de extrema importância que se reconheça que o seu consumo é, de facto, um fator de risco e precipitante da ASFD e, de forma mais global, um problema de saúde pública (14).

Quanto ao local onde os delitos tomaram lugar, na generalidade predominam locais privados ao invés dos públicos, sendo a casa do agressor o local preferencialmente escolhido (2,16,17). Em oposição a esta tendência, numa amostra espanhola, o local de eleição foram os espaços públicos, nomeadamente locais de entretenimento e lazer, em detrimento dos privados (6).

Temporalmente, os delitos verificam-se mais na primavera e no verão (5,20), épocas também coincidentes com a realização de mais eventos festivos e recreativos (20). No que concerne aos dias da semana, há maior incidência no fim de semana, nomeadamente ao sábado, e em especial durante a noite e a madrugada (2,6,17,20).

Deve destacar-se que os meios de comunicação social propagam uma mensagem de que este tipo de agressão sexual está associado ao fenómeno do “*drink-spiking*”, ou seja, à adulteração da bebida da vítima, por um desconhecido (ASFD premeditada), com drogas ilícitas tais como o ácido δ -hidroxibutírico (GHB) e a quetamina (1,17). Adicionalmente, mencionam ainda, que estes delitos são levados a cabo em locais públicos (16).

No entanto, esta descrição vai contra aquela que é apresentada na literatura, na qual um caso-tipo de ASFD pode ser descrito como uma vítima do sexo feminino, com idade entre os vinte e os trinta anos, que consumiu álcool voluntariamente, o que a coloca numa situação de vulnerabilidade química, da qual, um indivíduo do sexo masculino tira partido para cometer a agressão sexual (ASFD oportunista). Estes delitos acontecem mais em contexto de entretenimento noturno, nomeadamente nas noites de fim de semana e são consumados em locais privados, como por exemplo a casa do alegado agressor (2,3,6,14–17).

É importante mencionar que quase todos os estudos analisados são retrospectivos e, por isso, recorreram a bases de dados previamente elaboradas, das quais nem sempre foi possível recolher todas as variáveis analisadas em todos os casos, nomeadamente no que diz respeito à vítima, como a sua nacionalidade, idade, escolaridade e, principalmente, aspetos relativos ao agressor. Isto constitui uma limitação na análise dos dados acima expostos. Propõe-se assim que, em estudos futuros, se recolham estes dados de uma forma sistematizada e uniformizada, segundo

um protocolo bem estabelecido, para que se possa realizar uma melhor interpretação dos resultados.

Em suma, a realização de estudos epidemiológicos prospectivos é essencial para que se possa realmente compreender a importância que a ASFD desempenha na nossa sociedade (6), e de modo a que se possam identificar fatores de risco que predis põem a que este tipo de agressão sexual ocorra, para com isto, promover uma maior consciencialização pública, de forma que se estabeleçam cada vez mais e melhores medidas preventivas (16).

É ainda de realçar que, no decorrer da pesquisa para a realização desta revisão, não foram encontrados quaisquer estudos sobre este tema realizados em Portugal, nem tampouco sobre a população portuguesa. Este pressuposto, pode fazer parecer, a nível internacional, que o nosso país é uma exceção à tendência da ASFD, quando esse pode não ser o caso.

IV.2 – ACHADOS TOXICOLÓGICOS

As substâncias tipicamente utilizadas na perpetuação de casos de agressão sexual têm características muito particulares, que permitem que sejam administradas à vítima sem que esta tenha conhecimento, particularmente nos casos de ASFD premeditada, de tal forma que a vítima entre num estado de subjugação, incapaz de resistir ou escapar à agressão (24).

Assim, a grande maioria destas substâncias, por regra, tem características organoléticas muito discretas, visto que são insípidas, inodoras e incolores (12). No entanto, é de salientar que, muitas vezes, estes compostos podem não cumprir estritamente este conjunto de características, contudo, como são misturadas em bebidas espirituosas que têm, por si só, um sabor forte e coloração intensa, acabam por ter o seu paladar e cor mascarados. Adicionalmente, têm a capacidade de produzir efeitos rapidamente, cerca de trinta minutos após a sua ingestão, apresentam uma semi-vida curta, de algumas horas, e necessitam de uma dose reduzida para atuarem (1,9).

A vítima pode apresentar dificuldades em falar ou em movimentar-se, chegando mesmo em alguns casos, a perder a consciência. Consequentemente, muitas vezes não tem nenhuma recordação dos eventos, o que contribui para que muitas destas agressões não sejam denunciadas (9,24).

Não é possível nomear apenas uma substância como facilitadora de agressões sexuais (3). Apesar dos meios de comunicação social propagarem a mensagem de drogas mais potentes, como o GHB, a quetamina e o flunitrazepam (1,9,12,15), serem as principais envolvidas em contextos de ASFD, ao longo dos últimos anos, diversos estudos têm demonstrado que múltiplas classes de substâncias psicoativas estão envolvidas neste tipo de crimes, desde o álcool, a fármacos e a substâncias ilícitas (2,3,14–16,19–22).

Existem inúmeras variáveis que influenciam o uso de um tipo de droga em detrimento de outras, como é o caso da cultura, do comportamento social, das tendências do consumo em determinado momento temporal, bem como a disponibilidade no mercado de determinado produto (16).

Este capítulo pretende, agora, descrever os estudos realizados em diferentes países, com as suas especificidades e características, demonstrando a tipologia de casos encontrados, designadamente o perfil toxicológico/substâncias toxicológicas mais encontradas em cada um.

Bélgica: Dados recolhidos a partir de uma amostra de 79 casos, ocorridos entre 2017 e 2018, evidenciaram que o etanol foi o achado mais prevalente, quer no sangue quer na urina. A cocaína, os canabinóides, o 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) e a anfetamina foram as drogas ilícitas mais encontradas, tanto no sangue como na urina. Em amostras de urina foram ainda encontradas metanfetaminas e GHB, substâncias não detetadas nas amostras sanguíneas correspondentes. Neste estudo, ao contrário do que se verifica na grande maioria dos casos, os fármacos mais frequentemente encontrados foram os antidepressivos, seguidos das benzodiazepinas, dos neurolépticos e dos opiáceos. Metade das amostras que continham etanol, continham igualmente um fármaco ou uma droga ilícita (14).

Espanha: na literatura revista, foram identificados 3 estudos realizados em Espanha, que são de seguida apresentados por ordem cronológica de publicação.

Num estudo descritivo e retrospectivo que analisou 152 alegados casos de alegada ASFD reportados ao Instituto Nacional de Toxicologia e Ciências Forenses em Madrid, entre 2010 e 2013, o álcool foi a substância mais detetada, seguida dos fármacos e depois, pelas substâncias ilícitas. Dentro do grupo dos fármacos, as benzodiazepinas e os antidepressivos foram os mais encontrados e, dentro das substâncias ilícitas, as mais prevalentes foram a cocaína e os seus derivados, seguidos pelos canabinóides. Estas substâncias foram encontradas tanto isoladamente, como combinadas entre si. De salientar que foram reportados neste estudo resultados positivos para a quetamina e seus metabolitos (6).

Um outro estudo, avaliou uma amostra de 75 sentenças condenatórias de ASFD e relacionou o tipo de ASFD com o tipo de substância consumida. Concluiu que o álcool isoladamente ou em combinação com substâncias ilícitas foi o mais frequentemente encontrado em casos de ASFD oportunista, e o álcool em combinação com fármacos ou substâncias ilícitas foi o que predominou em casos premeditados. Neste estudo, não foram especificados o tipo de fármacos ou substâncias ilícitas encontradas (2).

Num terceiro estudo, descritivo e retrospectivo, realizado em Santiago de Compostela, com dados colhidos entre 2009 e 2021 no Serviço de Toxicologia Forense da Universidade de Santiago de Compostela, em mais de metade dos casos positivos, foi apenas identificado o etanol. A cocaína foi a substância ilícita mais prevalente, seguida dos canabinóides. Enquanto que as benzodiazepinas foram os fármacos com mais achados positivos, os segundos mais frequentes foram os analgésicos. Neste estudo em particular, os fármacos foram mais prevalentes do que as drogas ilícitas (19).

Assim, verifica-se uma concordância entre os três estudos espanhóis, na medida em que em todos eles o álcool foi a substância mais encontrada (2,6,19). Ao nível das substâncias ilícitas e dos fármacos que necessitam de prescrição médica, a cocaína seguida dos canabinóides e as benzodiazepinas, respetivamente, foram os achados mais frequentes (6,19).

Itália: São apresentados dados relativos a uma amostra de 256 vítimas que recorreram ao Centro de Agressão Sexual no Hospital de Careggi, em Florença, desde janeiro de 2010 a julho de 2018, que demonstraram que o álcool foi a substância mais detetada, seguida dos canabinóides, da cocaína, dos opiáceos, sendo o mais prevalente dentro desta classe a metadona, das benzodiazepinas e das anfetaminas. Foi relatado um caso positivo para GHB, durante o tempo do estudo. Verificou-se também o uso simultâneo de várias substâncias. As combinações mais frequentes foram cocaína com canabinóides, álcool com cocaína e álcool com benzodiazepinas (3).

Dinamarca: Foram analisados dados de uma base de dados do Departamento de Medicina Forense da Universidade de Copenhaga, que incluíam vítimas de todo o tipo de agressão sexual, com mais de quinze anos de idade, cujo exame foi realizado entre abril e junho de 2019 e de 2020. Nestes períodos, nos dois anos, cerca de metade dos casos de agressão sexual analisados, referiam-se a uma possível ASFD, cuja droga mais consumida, voluntariamente pelas vítimas, foi o etanol, seguida da combinação de etanol com drogas. Apesar de terem sido recolhidas amostras tanto de sangue como de urina a todas as alegadas vítimas, apenas cerca de 9% destas foram analisadas, deste modo os resultados apresentados pelo estudo assentam unicamente no testemunho da própria vítima (20).

América: Foram revistos mil casos de 37 estados dos Estados Unidos da América e de Porto Rico, reportados aos Laboratórios NMS desde março de 2015 a junho de 2016, nos quais a substância, mais comumente detetada foi o álcool, maioritariamente em combinação com outras classes de substâncias do que sozinho. A segunda grande classe de drogas identificada foram os canabinóides, seguida dos estimulantes, como a anfetamina e a metanfetamina, e da cocaína e dos seus metabolitos. Quanto a classes medicamentosas, as benzodiazepinas foram as que mais se destacaram, sendo os achados mais comuns o clonazepam, o alprazolam, o lorazepam e o diazepam. De destacar ainda a presença de GHB. Todas estas substâncias foram encontradas tanto em amostras de sangue como em amostras de urina, no entanto, a percentagem de deteção foi superior nas de urina, para todas elas, à exceção do etanol e do clonazepam (15).

Nova Zelândia: Um total de 161 casos de ASFD, obtidos a partir do *website* da polícia da Nova Zelândia, num período compreendido entre dezembro de 2015 e dezembro de 2018, identificou que o álcool foi a substância mais consumida, seguida de fármacos, dos quais se destacam os antidepressivos, antipsicóticos, seguidos das benzodiazepinas, dos analgésicos e dos opioides. Relativamente às substâncias ilícitas os canabinóides foram os mais encontrados, seguido das metanfetaminas (22).

Austrália: Neste estudo consideraram-se todas as denúncias de vítimas de alegada ASFD com mais de 18 anos, no estado de Victoria, que foram submetidas a um exame forense entre janeiro de 2011 e dezembro de 2013. A substância psicoativa mais prevalente nos achados toxicológicos, foi o álcool e, imediatamente após este, as benzodiazepinas. Os estimulantes foram a terceira classe com mais achados positivos, nomeadamente as metanfetaminas, a cocaína e o MDMA. Também foram reportados casos positivos, com alguma expressão, de opioides e Δ^9 -tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC). Neste estudo foram ainda encontradas amostras positivas para GHB. De notar que a maioria dos resultados toxicológicos demonstraram uma frequência muito menor do que aquela reportada pelas próprias vítimas, à exceção das benzodiazepinas, dos opioides e do GHB. Este fenómeno pode ser explicado pelo tempo decorrido entre o momento do consumo da droga e a colheita das amostras, bem como pela rápida eliminação destas substâncias (17).

Taiwan: Em uma amostra de 126 vítimas de agressão sexual, as substâncias mais encontradas foram as benzodiazepinas, isoladamente ou em combinação com outros compostos. Dentro das benzodiazepinas, a mais prevalente foi o flunitrazepam, seguido do nimetazepam e a droga utilizada em combinação com esta classe de fármacos, foi a quetamina. Esta foi também, a droga de abuso mais encontrada, seguida das anfetaminas. Não foi detetada a presença de GHB ou de canabinóides. Neste estudo, não foi pesquisada a presença de álcool, por essa pesquisa ter sido realizada por um laboratório distinto, pelo que esta substância não consta dos resultados (21).

África do Sul: Neste estudo foram investigados 107 casos de suspeita de ASFD em pessoas com mais de 18 anos que recorreram à Unidade Forense da Clínica Hospitalar Victoria na Cidade do Cabo. O composto mais prevalente foi o etanol. As substâncias psicoativas mais frequentemente detetadas nas análises toxicológicas foram os estimulantes, na forma de metanfetamina e cocaína. Os hipnóticos sedativos, como a metaqualona, e os anti-histamínicos, como a doxilamina ou difenidramida, foram também um achado frequente, isoladamente ou em combinação com as metanfetaminas (16).

Na interpretação dos dados expostos acima é necessário ter-se em consideração que, nos diferentes estudos, diferentes matrizes biológicas e métodos analíticos foram utilizados, não existindo, por esta razão, uma uniformização na recolha dos mesmos, o que limita a interpretação dos dados.

No entanto, após a análise dos artigos supramencionados, é possível concluir-se que o álcool é, inequivocamente, a substância psicoativa dominante na ASFD, embora exista uma vasta gama de outras substâncias, sejam elas fármacos, como o caso das benzodiazepinas, ou drogas ilícitas, como os canabinóides ou a cocaína que, quer isoladamente ou em concomitância com o etanol, desempenham um papel importante neste tipo de crimes. Isto vai ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos semelhantes a este trabalho (3,4,25,26).

De seguida, neste capítulo, realizar-se-á uma análise dos compostos identificados como mais prevalentes, de forma a analisarem-se os motivos que contribuem para que estes sejam bons candidatos para a prática de ASFD, abrangendo ainda, matérias como os efeitos que provocam, a sua farmacodinâmica, a sua farmacocinética e os seus principais metabolitos.

a) Etanol

O etanol, álcool etílico ou, comumente, apelidado de “álcool”, é uma das substâncias mais consumidas em todo o mundo, desde o início da história (12), particularmente nas sociedades ocidentais (6).

O álcool é um composto lícito em muitos países, e é consumido numa quantidade muito mais elevada, em comparação com outras substâncias, designadamente as ilícitas, e por uma maior porção da população (26). É responsável por uma grande morbilidade e mortalidade, além de, em termos de saúde pública, acarretar mais encargos monetários do que todas as outras substâncias, lícitas ou ilícitas, em conjunto (12).

Os efeitos provocados pelo etanol são dependentes da dose, sendo esta substância muito frequentemente utilizada com o propósito de aumentar a confiança com potenciais parceiros sexuais e estimulando o apetite sexual (3,26). Um teor de álcool no sangue na ordem dos 0,8 gr/L pode, desde logo, causar desinibição, compromisso da memória, do discurso e da compreensão. Já concentrações na ordem de 1 gr/L são associadas a euforia, diminuição da percepção, da coordenação e da

capacidade de discernimento. Concentrações superiores a estes valores cursam com efeitos como risco de aspiração, estupor, perda de consciência, perda do controlo dos esfíncteres e podem conduzir, em última instância, a depressão respiratória, coma e morte (15).

No que diz respeito ao seu metabolismo, esta substância é oxidada por um sistema de enzimas designado por desidrogenases, mais propriamente pela álcool desidrogenase, pela aldeído desidrogenase e também, pelas monooxigenases dependentes do citocromo p450. A semi-vida do álcool é de aproximadamente 4 horas e a sua taxa de eliminação varia de 0,1 a 0,25 gr/L/h. No entanto, existem alguns fatores que podem influenciar esta taxa de eliminação, entre os quais se destacam a tolerância, entre pessoas que bebem socialmente e as que consomem de forma crónica, e também, a diferença dos níveis das desidrogenases entre os dois sexos, sendo que nas mulheres estes níveis são menores comparativamente aos homens (12).

Alguns estudos relatam uma prevalência de álcool nos achados toxicológicos inferior à reportada pela vítima, o que pode ser atribuído ao tempo decorrido entre o evento e a colheita das amostras, uma vez que esta substância tem um rápido metabolismo e eliminação (15), sendo que há evidência que a presença de uma maior concentração de álcool está associada a um menor intervalo de tempo entre a recolha das amostras e a agressão sexual (22).

O principal metabolito do álcool é o etil glucoronídeo (EtG). Este é um metabolito direto do etanol, estável, polar, não-volátil e solúvel em água, formado pela biotransformação do seu composto-mãe, através da conjugação deste com o ácido glucorónico ativado (26).

A análise do álcool em amostras que são colhidas muito tempo após o alegado crime ter sido cometido pode gerar falsos negativos, pelo que nestes casos, a análise do EtG é recomendada, uma vez que este metabolito é eliminado numa taxa muito mais lenta do que o etanol, o que consequentemente, contribui para o aumento da sua janela de deteção. O EtG está presente na urina até cerca de 80 horas, enquanto que o álcool apenas se encontra presente durante, aproximadamente, 24 horas (19).

b) Benzodiazepinas

As benzodiazepinas são um grupo de fármacos depressores do sistema nervoso central (SNC) (15,27). O seu mecanismo de ação, de uma maneira geral, passa pela

ligação a um canal de cloro, o recetor do ácido δ -aminobutírico (GABA) do tipo A. Esta ligação induz uma mudança na conformação do recetor, incrementando a afinidade para o principal neurotransmissor inibidor do SNC, que é o GABA. Dá-se então a libertação de uma maior quantidade de iões de cloro na fenda pós-sináptica, que resulta na depressão do SNC, o que fisiologicamente se traduz numa sensação de sedação e relaxamento (24,27).

A apresentação habitual das benzodiazepinas é em forma de comprimido, e a administração oral é a via mais usada, apesar de já terem sido reportados casos em que a via de administração escolhida foi a intramuscular, em situações de ASFD na forma oportunista (27).

Na sua grande maioria, são prescritas pelas suas características ansiolíticas, miorrelaxantes, sedativas e anticonvulsivantes. O seu consumo leva a alguns efeitos farmacodinâmicos, tais como sedação, sonolência, tonturas, discurso lentificado, défice de coordenação motora, comprometimento da memória anterógrada, amnésia e desinibição. Esta última, apesar de rara, quando está presente, leva a vítima a agir de uma forma sexualmente cooperante, o que não aconteceria se esta se encontrasse com o seu estado de consciência preservado (27).

A uso em simultâneo de álcool e de benzodiazepinas é frequentemente encontrado (3,6). O álcool, tal como as benzodiazepinas, liga-se ao recetor GABA tipo A, o que faz com que estas substâncias tenham um comportamento sinérgico, potenciando, deste modo, os efeitos depressores ao nível do SNC (27).

O flunitrazepam é a benzodiazepina mencionada, em regra, pelos meios de comunicação social como uma das substâncias mais envolvidas na ASFD (1,9,12,15), de tal forma, que o seu fabricante o reformulou, de maneira que a sua dissolução em líquidos fosse mais difícil e que, associadamente, sempre que este composto entrasse em contacto com solventes, gerasse uma cor azul brilhante (9,12). No entanto, as benzodiazepinas mais prevalentes são o diazepam, o oxazepam, o alprazolam, o lorazepam e o clonazepam (3,15,17).

São muitas vezes detetadas concentrações reduzidas destes fármacos nas amostras biológicas. Este aspeto pode dever-se, primeiramente, à sua elevada potência, ou seja, à sua capacidade de alcançar o efeito desejado com a ingestão de doses pequenas, à sua curta semi-vida e, por fim e mais frequentemente, tal como acontece com outras substâncias, ao grande intervalo de tempo decorrido entre o alegado delito e a denúncia do mesmo por parte da vítima (12).

c) Canabinóides e seus derivados

Os canabinóides são as drogas recreacionais mais consumidas no mundo inteiro e o seu uso tem vindo a ser cada vez mais associado a práticas sexuais (3).

Estes compostos estão envolvidos nos crimes de ASFD, na medida em que podem cursar com compromisso da memória a curto prazo e, também, por permitirem exponenciar o prazer sexual, através da estimulação do relaxamento e do sentido do tato (3).

Em alguns estudos, os canabinóides foram encontrados em concomitância com o etanol, substância com a qual têm uma sinergia de ação. Tal como explanado no caso das benzodiazepinas, esta sinergia deve ser tomada em conta no momento de se analisar um caso de ASFD (19).

O Δ^9 -THC é o principal composto ativo da planta *cannabis*, transformando-se, aquando da sua metabolização, num metabolito ativo, o 11-hidroxi- Δ^9 -tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC-OH) e, *a posteriori*, num metabolito inativo, o 11-nor-9-carboxi- Δ^9 -tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC-COOH) (28).

Deste modo, o Δ^9 -THC, quando é absorvido, atinge a sua concentração máxima no sangue cerca de 10-12 minutos após a sua administração por via inalatória (via de administração mais frequente), seguindo a sua toxicocinética o percurso atrás referido. Estima-se que, ao final de cerca de 3-4 horas, já não sejam detetadas concentrações deste composto nesta amostra biológica. Adicionalmente, o Δ^9 -THC, sendo altamente lipofílico, deposita-se no tecido adiposo, pelo que, em consumidores habituais, é novamente libertado para a corrente sanguínea e é metabolizado, sendo por isso detetado Δ^9 -THC-COOH durante um período mais longo neste tipo de consumidores (28).

A urina é a principal amostra a ser pesquisada numa suspeita de consumo de canabinóides para a pesquisa de Δ^9 -THC, Δ^9 -THC-OH e Δ^9 -THC-COOH (28). Apesar de todos estes compostos poderem apresentar-se neste tipo de matriz, o mais frequentemente detetado é apenas o Δ^9 -THC-COOH, podendo este permanecer detetável na urina por um período de até 60 horas. No entanto, esta longa detetabilidade, pode levantar alguns problemas de interpretação dos resultados, uma vez que o consumo destas substâncias pode ter tomado lugar dias antes do alegado crime e, devido ao citado previamente, ainda se encontrarem detetáveis (3).

d) Cocaína

A cocaína é um estimulante do SNC, em particular dos centros de prazer e de recompensa do cérebro (3,8). O seu consumo cursa com taquicardia, hiperatividade, agitação, euforia, supressão do apetite, sensação de aumento de energia, da autoconfiança e da libido (3).

Esta substância pode ser encontrada de várias formas, entre as quais pó branco e pequenos aglomerados, aos quais se dá o nome de *crack*, sendo solúvel em água e em etanol. As suas vias de administração variam, no entanto, a mais prevalente é a inalação sob a forma de pó, que provoca alterações no comportamento do consumidor cerca de 15 minutos após o consumo (8).

A sua semi-vida é de cerca de 0.7-1.5 horas, sendo a cocaína eliminada na urina, principalmente sob a forma do composto-mãe, mas também na forma dos seus metabolitos, como a benzoilecgonina, ecgonina e éter de metil ecgonina (3,8). Adicionalmente, existe a formação de um composto denominado cocaetileno, quando a cocaína é consumida em concomitância com álcool, sendo este composto importante pelo facto de manter os efeitos da cocaína (3).

e) Anfetamina, Metanfetamina e 3,4-Metilenodioximetanfetamina

A classe das anfetaminas é particularmente procurada face à sua capacidade de induzir euforia, empatia, perda de timidez, desejo sexual, e por prolongar e intensificar o orgasmo. Estes compostos podem ser, facilmente e furtivamente, adicionados a bebidas pelos perpetradores da ASFD. Nos resultados das análises toxicológicas são, frequentemente, encontradas em concomitância com o álcool, com a cocaína, com as benzodiazepinas e com os canabinóides (3).

O MDMA, também denominado de “*ecstasy*”, é um derivado das anfetaminas e está presente, na grande maioria das vezes, sob a forma de pequenos comprimidos ou cápsulas de diversas cores. Quanto à via de administração, pode ser inalado sob a forma de pó, fumado ou tomado sob a forma de comprimido, sendo esta última a forma mais efetuada (24).

Este composto bloqueia o transportador da monoamina vesicular e, conseqüentemente, aumenta os níveis da norepinefrina, da dopamina e da serotonina (24). Por esta razão, os seus consumidores experienciam sensações de euforia e bem-

estar, como o aumento da autoestima, da empatia e da autoaceitação. Outros efeitos associados à toma desta substância são o aumento da tensão arterial, taquicardia, esoforia, distorção da realidade, confusão, aumento da temperatura corporal, dores musculares e fadiga (24).

f) Quetamina

A quetamina é um anestésico que possui propriedades analgésicas e amnésicas (24). Induz um tipo de anestesia que se denomina de dissociativo, caracterizado por um comportamento cataléptico que resulta numa dissociação funcional e eletrofisiológica, entre o tálamo neocortical e o sistema límbico, que causa amnésia e parésia. Produz ainda, efeitos alucinogénicos, como distorções visuais e auditivas. Estes efeitos estão diretamente relacionados com a dose administrada (12).

Desta forma, os efeitos adversos da quetamina incluem delírio, amnésia, compromisso da memória e das funções motoras e aumento do tónus muscular. Outros efeitos provocados pela quetamina são a sensação de reclusão e isolamento, sendo que frequentemente, quem consome esta substância tem a sensação de se encontrar fora do próprio corpo (24).

Esta droga não tem interação com os recetores GABA, mas sim com recetores N-metil-D-aspartato (NMDA), recetores opioides e canais de cálcio sensíveis à voltagem (24). Atualmente, a sua utilização no contexto médico é diminuta, apesar de poder representar uma alternativa segura na anestesia de doentes com patologia cardíaca e pulmonar (12). Em contraste, o seu uso recreacional tem vindo a tornar-se cada vez mais popular (12,24).

No que concerne às formulações disponíveis, a formulação em pó e a líquida são as mais comuns (12,24). As vias de administração variam desde a intramuscular, retal, nasal ou oral, sendo que a via intramuscular é a que proporciona uma biodisponibilidade maior (12). No entanto, no contexto de ASFD, a via oral prevalece, através da diluição desta substância em bebidas (12,24).

O principal metabolito desta droga é a norquetamina (NKET), que pode ser encontrada na urina. Este produto tem uma semi-vida maior do que a quetamina e, apesar de ser menos ativo e de se encontrar em menor quantidade do que a droga-mãe, deve ser pesquisado nas amostras biológicas (12).

g) **Ácido δ -hidroxi-butírico**

O GHB é um precursor do neurotransmissor GABA, endógeno, presente no SNC, mais especificamente no cérebro, sendo por isso um depressor natural deste sistema. O seu mecanismo de ação não é totalmente compreendido, no entanto, sabe-se que pode atuar ao nível do recetor GABA tipo B como neuromodelador (12).

Quanto ao seu metabolismo, este envolve o citocromo p450 e a sua principal via de transformação é através da GHB desidrogenase. Esta reação tem como produto final o succinato de semialdeído, substrato particularmente importante na toxicologia forense (12).

Devido às suas características farmacológicas, foi apontado como um possível anestésico intravenoso, mas o seu uso clínico foi descontinuado, por cursar com um efeito anestésico imprevisível e pelo facto das doses terapêuticas serem difíceis de definir e de ajustar, uma vez que apresenta uma estreita margem terapêutica (12).

Não obstante, nos finais do século XX, o GHB reapareceu na forma de droga de abuso, ficando conhecida como o “*ecstasy líquido*”, por provocar efeitos semelhantes ao MDMA, sendo de realçar de maneira particular, a euforia. Outros efeitos associados à toma desta substância são a presença de alucinações, contração muscular, convulsões e coma. A gama de efeitos varia de acordo com a dose administrada (12).

Esta substância pode ser obtida através dos seus análogos, o gama-butirolactona (GBL) e o 1,4-butanediol, que são rapidamente metabolizados para GHB. Estes análogos, que podem ser utilizados como precursores na produção do próprio GHB, são compostos químicos necessários no fabrico de produtos de limpeza, pesticidas e plásticos, razão pela qual se encontram livres no mercado e são, por isso mesmo, de fácil acesso (12).

Depois de ingerido, o GHB é rapidamente absorvido, atingindo-se o seu pico de concentração no plasma, cerca de 30 a 90 minutos depois. É predominantemente eliminado pela urina e, devido à sua curta semi-vida, encontra-se praticamente indetetável nesta amostra biológica 12 horas após a sua administração (12,15).

Assim, nas amostras *standard*, como a urina e o sangue, a sua deteção só é possível quando a vítima recorre aos serviços de saúde poucas horas após a intoxicação (12,15). Adicionalmente devido à natureza endógena do GHB, é necessário que a interpretação dos resultados toxicológicos seja feita de uma forma cautelosa, considerando-se sempre resultados quantitativos e não qualitativos (1,12). O UNODC

propõe assim, que sejam considerados limites *cut-off* de 0,1 gr/L na urina e de 0,02 gr/L no sangue (1).

h) Outras Substâncias

Fármacos como os analgésicos, os opioides, os anti-histamínicos, os antidepressivos e os antipsicóticos, foram reportados como podendo estar envolvidos em casos de ASFD, no entanto, com muito menos ênfase.

Os opioides, como a morfina, a diamorfina, também conhecida como heroína, a codeína e a metadona, são drogas utilizadas no tratamento da dor severa, que induzem vários outros sintomas, entre os quais sedação, tonturas, sonolência, cansaço, confusão, dificuldade de concentração e visão turva (8).

Quanto aos anti-histamínicos é de realçar a sua expressão na África do Sul, uma vez que a doxilamina e a difenidramina foram bastante prevalentes em situações de ASFD, quer isoladamente, quer em combinação com a metanfetamina (16).

Os antidepressivos, produzem efeitos que podem ser adequados ao contexto da ASFD, como tonturas, sonolência, sono e visão turva (8).

Importa referir que existem ainda inúmeras outras substâncias passíveis de serem utilizadas em CFD, como é o caso das Novas Substâncias Psicoativas (NSP). Estas podem cursar com efeitos mais graves, pelo aumento da sua potência e da sua eficácia. Note-se, no entanto, que estas substâncias apresentam grandes desafios, não só pelo facto de existir uma constante entrada de novas substâncias no mercado e consequente desconhecimento dos efeitos das mesmas, mas também pela dificuldade na sua determinação por parte dos laboratórios de toxicologia forense (21,27).

Apesar desta variada gama de substâncias que pode ser potencialmente utilizada como facilitadora de agressão sexual, os laboratórios de cada país têm de ter em consideração quais as substâncias prioritárias a testar consoante as que são mais consumidas naquela região ou país (26).

A disponibilidade de aquisição da substância por parte do agressor é um critério importante na hora da seleção do composto que irá atuar como facilitador destes delitos. Por exemplo, as substâncias não sujeitas a receita médica podem ser adquiridas por qualquer indivíduo, já aquelas que necessitam de prescrição médica, podem ser

conseguidas através de prescrições legítimas, por meio dos serviços de saúde, ou podem ainda ser obtidas por fontes ilegais (1).

Muitas vezes é assumido que as substâncias mais suscetíveis de ser escolhidas para a prática de crimes como a ASFD têm de ter características compatíveis com a depressão do SNC, ou seja, que causem sedação, confusão, perda de consciência e amnésia, e a verdade é que, a grande maioria, enquadra-se nesta descrição, como o álcool ou as benzodiazepinas. Contudo, é igualmente relevante destacar-se o papel daquelas substâncias que são estimulantes do SNC, como é o caso da cocaína e das anfetaminas, uma vez que contribuem para diminuir a inibição e para aumentar o apetite sexual, facilitando assim, o envolvimento da vítima em práticas sexuais. Assim, compreende-se que tanto inibidores como estimulantes do SNC devem ser considerados candidatos à perpetuação de ASFD (3,12,15,24,27).

Um desafio enfrentado pelos investigadores neste tipo de crimes, passa pela impossibilidade de prever os efeitos exatos que uma determinada substância causa num indivíduo em particular, dado que nem todas as vítimas são afetadas da mesma forma pelo mesmo tipo de substância. Estes efeitos são enviesados por diversos fatores, tanto relativos às substâncias consumidas, como à dose ingerida, à utilização simultânea com álcool ou com outras substâncias, como também relativos às características interindividuais das vítimas e outros fatores que podem influenciar a toxicidade de uma substância, tais como o peso, sexo, toxicocinética, entre outros (9).

IV.3 – ESTRATÉGIAS ANALÍTICAS

IV.3.1 – Seleção das Amostras Biológicas

Quando um caso de ASFD é reportado, a identificação do tipo de amostra biológica ideal a recolher é crucial para a correta investigação toxicológica (6,9). Consoante o tempo decorrido entre o alegado crime e o momento da suspeita, há diferentes abordagens no processo de escolha da matriz biológica (9).

No sentido do explanado no capítulo anterior, é essencial que nestes casos, atendendo às propriedades das substâncias mais prevalentes, as amostras sejam colhidas o mais próximo possível do momento do evento em apreço, visto que algumas delas são rapidamente metabolizadas e têm uma taxa de eliminação elevada, como é o caso, por exemplo, do álcool, de algumas benzodiazepinas e do GHB (1,12,24,27,29).

A SOFT aponta a urina e o sangue como as amostras biológicas de eleição na ASFD, sendo que a urina deve ser recolhida até 120 horas depois do crime, e o sangue, somente até 24 horas depois (30). Por outro lado, outros autores admitem a colheita desta última amostra até 48 horas após o delito ter acontecido (1,9). Assim, comparativamente ao sangue, a urina permite uma maior janela de deteção, tanto de compostos-mãe como dos seus metabolitos (30).

Desta forma, resultados positivos no sangue podem documentar uma exposição mais recente, comparativamente àqueles obtidos nas amostras de urina, visto que a janela de deteção no sangue é inferior à da urina, tanto para os compostos-mãe como para os seus metabolitos (1). Para além disso, a análise em sangue pode fornecer outros dados, como a concentração da substância, dado que pode ser importante para se compreenderem os sintomas apresentados pela vítima, que são muitas vezes dose-dependentes, permitindo, assim, aferir sobre o estado de influência da mesma (1,9).

Por sua vez, um achado positivo numa amostra de urina, habitualmente é prova suficiente de que existiu uma exposição à substância em questão. Pelo contrário, um resultado negativo, requer que seja realizada uma investigação mais aprofundada (1).

Relativamente à urina, importa ainda salientar que, segundo o UNODC, um avanço muito importante na investigação dos casos de alegada ASFD, prende-se com a possibilidade da urina poder vir a ser colhida assim que o crime for reportado, sendo sugerido que este procedimento possa vir a ser realizado por agentes da autoridade, treinados para esse efeito, em situações em que a vítima se dirija, primeiramente a estes, do que a uma unidade de saúde (1).

Em suma, estas são as amostras consideradas convencionais. Mas outras têm vindo a surgir, de forma a tentar alargar a janela de deteção das várias substâncias, como sejam o cabelo, os fluídos da cavidade oral e as unhas. Deste modo, as *guidelines* do UNODC vão no mesmo sentido das da SOFT previamente referidas, mencionando ainda, o uso de cabelo como uma amostra biológica de importância relevante, em alguns casos selecionados (1,30).

De facto, no caso de a denúncia ser feita mais tardiamente, o cabelo deve ser a amostra de eleição (1,9). Esta matriz consegue reter os xenobióticos por um período maior, o que proporciona informação adicional sobre a exposição da vítima ao agente, tal como permite diferenciar entre um consumo pontual e um consumo crónico (1,9).

Por sua vez, nos fluídos da cavidade oral inclui-se a recolha de células da mucosa bucal, procedimento vulgarmente denominado por recolha de saliva (31). Existem xenobióticos hidrofílicos, provenientes da corrente sanguínea, que têm a capacidade de penetrar nos fluídos orais por difusão passiva, o que permite que as substâncias possam ser detetadas neste tipo de matriz. No entanto, variados fatores podem provocar alterações na eliminação destes compostos pelos fluídos da cavidade oral, razão pela qual, as concentrações neste tipo de amostra, não se encontram claramente correlacionadas com as concentrações sanguíneas, pelo que apenas é possível realizar-se uma análise qualitativa (9).

As unhas são uma matriz queratinizada, que acumula as substâncias e os seus metabolitos, durante o seu crescimento bidirecional, devendo-se salvaguardar que estes também podem ser incorporados durante a exposição ocupacional. Tal como nos fluídos da cavidade oral, os valores das concentrações nas unhas não se encontram bem estabelecidos. Por outro lado, à semelhança do que acontece com o cabelo, podem dar informação pertinente nas situações em que a vítima denuncia a agressão tardiamente (9).

As amostras mais discutidas na literatura analisada, foram as convencionais, ou seja, o sangue e a urina, quer em concomitância quer isoladamente (2,3,6,14–17,20). Alguns estudos consideraram a colheita e análise das amostras de cabelo úteis (3,11,16,19,32–34).

IV.3.2 – Recolha e Armazenamento das Amostras Biológicas

Uma colheita sistemática de amostras biológicas constitui um procedimento de especial importância na investigação de casos de ASFD. Esta importância assenta no facto de uma colheita incompleta poder influenciar os resultados obtidos, por exemplo pela perda dos elementos importantes (1,9,31). As colheitas devem ser realizadas o mais rapidamente possível, com recurso ao material adequado e têm de ser acompanhadas por uma cadeia de custódia própria (1,31), na qual conste o nome e assinatura do profissional que as realizou, a data e a hora da colheita, bem como as condições de armazenamento até à entrada no laboratório, onde vai ser realizada a análise (31).

Idealmente, não deve ser administrada nenhuma medicação à vítima previamente à colheita, mas se tal não for concretizável, esta medicação deve ser toda devidamente documentada, para que seja tomada em consideração no momento de interpretação dos resultados (1).

Quanto ao armazenamento das amostras, é crucial garantir-se uma criopreservação eficaz, assegurando que estas não sejam sujeitas a flutuações de temperatura como acontece nos ciclos de congelação-descongelação, de forma a assegurar a sua máxima integridade no momento da análise (31).

Em suma, para que as hipóteses de sucesso da análise sejam o mais elevadas possível, requer-se não só uma seleção de amostras apropriada, como também um correto acondicionamento e preservação das mesmas, condições essenciais para a manutenção da sua integridade, impedindo a sua degradação e adulteração (31).

a) Sangue

O sangue é considerado a amostra de eleição em toxicologia forense (29). Esta amostra deve ser recolhida em simultâneo com a urina, preferencialmente, até 48 horas depois da alegada agressão sexual (1,9). Uma boa colheita é realizada com seringas descartáveis e deve ser evitado o uso de etanol, ou outros solventes que contenham substâncias voláteis, aquando da desinfeção da pele (1,9,31).

Esta amostra deve ser colhida para tubos de colheita próprios, que contenham preservantes/anticoagulantes, como por exemplo o fluoreto de sódio, prevenindo assim a degradação e a coagulação do sangue. O seu armazenamento pode variar entre o

frigorífico e o congelador: no caso de se proceder à análise momentos após a sua colheita deve optar-se pelo primeiro, enquanto que se for expectável que decorra um longo período de tempo entre a colheita e a análise, a opção mais adequada será a congelação (1).

O sangue, como já referido anteriormente, proporciona uma boa correlação entre a concentração e a dose administrada, sendo possíveis tanto análises quantitativas como qualitativas nesta amostra (1). Devido à sua complexa composição, requer uma preparação e tratamento adequados, previamente à análise, para que se eliminem possíveis substâncias interferentes desta matriz e para que sejam isolados, unicamente, os compostos toxicológicos em análise (35).

Nos casos de a vítima ter sido submetida a uma transfusão sanguínea recente prévia, esta amostra não deve ser colhida, uma vez que pode conter informações do dador e não apenas do recetor (31).

b) Urina

As amostras de urina devem ser colhidas em todos os casos em que as vítimas recorram aos serviços competentes nas primeiras 120 horas, ou seja, até 5 dias depois da alegada agressão sexual ter tomado lugar (1). Apesar de algumas substâncias poderem ser eliminadas da urina em menos de 120 horas (29), outras permanecem, mesmo que em concentrações reduzidas, por períodos mais alongados, como é o caso dos canabinóides, que têm uma janela de deteção na urina, que pode durar semanas (3,29).

A urina deve ser colhida em recipiente próprio e o seu processo de armazenamento assemelha-se ao descrito, anteriormente, para o sangue. Para além disto, esta amostra necessita igualmente, de passar por um processo de tratamento antes que se possa proceder à sua análise (29).

c) Cabelo

O cabelo é a matriz não convencional mais frequentemente colhida. Nos casos em que as denúncias da alegada agressão são realizadas de forma tardia, ou por outro lado, em que existe uma exposição crónica a uma determinada substância, a análise de uma amostra de cabelo, pode ser uma das soluções toxicológicas a adotar (29).

As amostras de cabelo devem ser recolhidas cerca de quatro a seis semanas após o evento (1), sendo que a taxa de eliminação das substâncias desta matriz, é dose-dependente, ou seja, quanto maior a dose, maior o período de tempo em que esta vai ser detetável (26).

De acordo com o UNODC, uma colheita correta, passa por extrair pelo menos duas amostras, aproximadamente da grossura de um lápis, o mais próximo possível do couro cabeludo, identificando-se esta extremidade da amostra. A correta elaboração destes procedimentos é importante devido à cinética de incorporação das substâncias no cabelo (1).

Em situações de calvície ou alopecia, os pelos púbicos, axilares, do tronco ou das pernas podem ser considerados em alternativa. No entanto, a interpretação dos resultados quantitativos nestes é difícil, uma vez que a sua taxa de crescimento não se encontra bem estabelecida, pelo que, quando apenas estes se encontram disponíveis, os resultados devem limitar-se aos qualitativos. Neste sentido, um resultado positivo neste tipo de pelo, indica que a vítima consumiu a substância em algum momento, não sendo identificado o momento específico em que esse consumo ocorreu (1).

Contrariamente, outros autores defendem que, apesar desta indicação dada pelo UNODC, não é aconselhável a recolha de pelos de localizações que não o couro cabeludo, uma vez que não há evidência na literatura que envolva a análise segmentar de amostras provenientes de outras localizações. A análise segmentar consiste no corte do cabelo em segmentos de um comprimento pré-estabelecido, de cerca de 1 centímetro, valor correspondente à taxa de crescimento deste durante um período de 1 mês. Assim, torna-se possível extrapolar e relacionar cada segmento capilar com um período temporal específico (26).

Alguns estudos que analisaram casos reais de ASFD, relataram a presença de substâncias em amostras de cabelo, meses após a sua toma, nos segmentos coincidentes, temporalmente, com a agressão. Estes relatos referiram-se à quetiapina, encontrada 6 meses após a agressão (34), ao zolpidem, oxazepam e flunitrazepam, encontrados 7 meses após a toma única destes compostos (32), bem como à presença do barbitúrico amobarbital, decorrido um espaço temporal de 3 meses (33).

Importa, contudo, ressaltar que existem variados fatores que são capazes de influenciar os resultados obtidos, sendo por essa razão, necessário que sejam tidos em consideração, para que uma boa interpretação dos resultados seja possível. De entre esses fatores são de destacar, por exemplo a cor do cabelo, os tratamentos cosméticos realizados, bem como variáveis interindividuais das vítimas, tais como, o seu

metabolismo, a taxa de crescimento do cabelo, o comprimento deste, a idade, o sexo, o peso, e a difusão de substâncias do suor e de outras secreções para esta amostra (32,33,36,37).

A cor do cabelo representa um papel importante na incorporação das substâncias, sabendo-se que cabelos mais escuros e pigmentados retêm melhor algumas substâncias, em oposição a cabelos mais claros. Adicionalmente, substâncias alcalinas e lipofílicas, como as anfetaminas e a cocaína, são incorporadas mais facilmente do que substâncias neutras e ácidas, como as benzodiazepinas e os canabinóides, visto que as primeiras possuem uma maior afinidade para a melatonina, substância mais abundante no cabelo escuro e pigmentado (33).

O cabelo requer um tratamento prévio à análise mais complexo do que o sangue e a urina, que corresponde a uma lavagem de descontaminação do mesmo, para a extração exclusiva dos componentes de interesse na investigação e, concomitante, remoção de qualquer contaminante externo, de forma que se evitem resultados falsos positivos (1,27).

Quanto ao seu armazenamento, pela sua estabilidade, as amostras de cabelo podem ser armazenadas à temperatura ambiente, num ambiente seco e protegido da luz, em envelopes antiestáticos (1,9,31).

Em suma, na prática, as três matrizes supracitadas complementam-se entre si. O sangue e a urina são as espécies biológicas de escolha, se puderem ser obtidas dentro de um período temporal considerado aceitável. Ambos proporcionam informação a curto-prazo sobre as substâncias às quais um indivíduo foi exposto, proporcionando assim uma maior fonte de informação sobre os compostos presentes no organismo no momento da alegada agressão. O cabelo é especialmente importante nos casos em que a denúncia é feita tardiamente ou, por outro lado, quando é necessário que se distinga entre um consumo crónico e uma toma única (26).

Em Portugal, o INMLCF guarda as amostras recolhidas durante um período de, 2 anos, após o qual pode proceder à sua eliminação, salvo se, entretanto, o tribunal tiver comunicado determinação em contrário (38).

d) Outras amostras

No que concerne à recolha de amostras da cavidade oral, este método consiste na utilização de uma zaragatoa que deve ser esfregada na parte interna das bochechas, mas também pode incluir material que se encontre no pavimento da boca, junto aos dentes e debaixo da língua. Existem zaragatoas próprias para este fim e, o material biológico, pode permanecer diretamente na zaragatoa ou ser transferido para um papel absorvente, específico para armazenamento desta amostra. Por razões de falta de coloração da saliva, existe papel absorvente colorido que, em contacto com esta matriz, muda de cor, o que permite que se perceba se foi realizada uma colheita eficaz (31).

Quanto à possibilidade de recurso a colheita de unhas, não existem na literatura analisada nesta revisão normas oficiais divulgadas sobre a recolha e análise das mesmas.

O UNODC identifica ainda o vómito da vítima como amostra possivelmente útil. Este pode ser colhido na cena do crime, ou caso isso não seja possível, pode ser colhido na roupa da própria vítima. Se a substância não tiver sido totalmente absorvida pelo organismo da vítima antes do vómito ocorrer, pode detetar-se em quantidades relativamente altas, nesta amostra. Após a colheita, estas amostras devem ser preferencialmente congeladas (1).

No que respeita ao ar expirado, este já provou ser útil na estimativa da taxa de álcool no sangue. No entanto, a sua janela de deteção é relativamente pequena após a ingestão, em comparação com análises em sangue e urina (29).

Outras amostras não tão convencionais que podem ser consideradas, são as bebidas que funcionaram como vetor para a administração de substâncias à vítima (ASFD premeditada). Se houver possibilidade de ter acesso à bebida ingerida ou ao copo utilizado, não limpo, estas provas devem ser utilizadas como amostra. No entanto, na prática, como as vítimas tendem a reportar o ocorrido tardiamente, é muito difícil que este acesso se verifique (8).

IV.4. ABORDAGEM À VÍTIMA DE AGRESSÃO SEXUAL FACILITADA POR DROGAS

A abordagem à vítima que alegadamente sofreu uma agressão sexual necessita de ser realizada de forma muito cuidadosa, uma vez que, estas vítimas sofreram um evento traumático, num período recente, possivelmente com uma grande repercussão a nível psicológico (13,42).

Neste sentido, um exame pericial de adequada qualidade e sensibilidade, requer que se evite a vitimização secundária, salvaguardando a vítima das dificuldades que esta possa sentir por ser submetida a um exame deste tipo. Assim, é importante que se trate cada caso de forma personalizada e individual, segundo as características e circunstâncias da vítima, o tipo de agressão sexual sofrida e o enquadramento legal do caso. Não obstante, continua a ser necessário cumprirem-se determinados requisitos, que garantam a uniformidade dos procedimentos, e conseqüentemente, a fiabilidade e validade dos mesmos (13).

Do exame médico-forense (EMF) resulta um relatório pericial, no qual se encontram descritas com detalhe, as lesões observadas e as amostras colhidas, devendo ser realizadas fotografias, que comprovem os factos descritos, se a vítima consentir na realização das mesmas (13). É recomendado que este exame seja efetuado por dois examinadores, dos quais, pelo menos um, deve ser do mesmo sexo do indivíduo que se encontra a ser examinado. A vítima deve estar confortável e tranquila, pelo que, se for esse o seu desejo, pode estar acompanhada por alguém da sua confiança. Todos os procedimentos a serem realizados necessitam de ser compreendidos e consentidos pela vítima (13).

O primeiro passo do EMF consiste na realização de uma entrevista clínica completa à vítima, que inclua informação acerca desta, como o nome, idade, afinidade populacional, a descrição da cronologia de eventos de que tem memória, antecedentes ginecológicos, nomeadamente a existência de relações sexuais consentidas que tenha tido próximas à data da agressão, a eventual utilização de produtos vaginais ou anais, se efetuou lavagem das zonas afetadas na agressão, se vomitou, urinou ou defecou, se mantém a roupa utilizada à data da agressão, entre outros dados que possam ser relevantes (13,31,39).

Em particular nos casos de ASFD, é necessário que se dê especial ênfase aos antecedentes pessoais da vítima, nomeadamente à sua medicação habitual (6,14,42),

uma vez que se sabe que a interpretação dos resultados das análises toxicológicas efetuadas necessita de ter um bom enquadramento clínico. Efetivamente, como referido no capítulo anterior, um resultado positivo não é, *per si*, critério suficiente para se classificar uma agressão sexual na categoria de ASFD (1).

A recolha de informações relativas à agressão é também necessária, como o local em que o evento teve lugar, a data e a hora, o tempo que decorreu desde o crime até ao momento da recolha das amostras, o tipo de agressão (vaginal, anal, bucal), se existiu a introdução de objetos, quantos agressores estiveram envolvidos, se houve utilização de preservativos, se houve ejaculação (interna ou externamente), bem como a relação de parentesco entre a vítima e o agressor (31).

Questões como se a vítima tomou banho, se lavou ou se limpou alguma parte da sua superfície corporal antes de ser examinada têm, igualmente, de ser colocadas (13,42). O cenário ideal seria aquele em que a vítima não efetuou nenhuma destas ações, para que assim existisse preservação integral dos vestígios deixados após o contacto sexual (9,40). No entanto, isto não é o que se sucede em muitas agressões sexuais, pelo que é importante perceber quais foram as ações da vítima, de forma que, uma possível destruição de vestígios fique registada (13).

Como tem vindo a ser descrito ao longo deste trabalho são inúmeras as substâncias que podem cursar com a perpetração de uma ASFD, não obstante, na sua grande maioria, estas despoletam efeitos na vítima muito sobreponíveis entre si, no momento do crime. Destes potenciais efeitos destacam-se a sedação, a confusão, a perda de consciência, a distorção da realidade, a diminuição da capacidade de tomar decisões e do discernimento, o que provoca um estado de incapacidade da vítima consentir, livre e conscientemente, a sua participação na atividade sexual (3,8,12,15,24,27).

Por outro lado, este conjunto de sintomatologia experienciado pela vítima condiciona um comprometimento da memória da mesma, relativamente ao momento do crime. Assim, é expectável que a alegada vítima de ASFD se apresente confusa, com afeção da memória anterógrada, com memórias fragmentadas do ocorrido e, por isso, com dificuldade em sistematizar os eventos e a sua cronologia. Deste modo, pode ser difícil à vítima responder com clareza às perguntas acima mencionadas, no entanto, tal não deve ser motivo para que estas não sejam realizadas, nem tampouco, ser motivo para descredibilizar o seu testemunho (12,15,24,27).

O EMF envolve também a realização do exame objetivo (EO), a colheita de vestígios físicos e biológicos e a recolha de amostras de referência. O tipo de EO e o tipo de colheitas efetuadas dependem de diversos fatores, como a idade da vítima, o seu sexo, o tipo de contacto sexual e o tempo que decorreu entre esse contacto sexual e a observação da vítima num centro especializado (13).

Para que se realize um correto EO é necessário que se garanta a privacidade e um posicionamento adequado e confortável do examinando. O EO inicia-se pela avaliação do estado geral da vítima, incluindo avaliação do seu estado de consciência, da sua orientação temporo-espacial, do seu grau de colaboração, do tipo de discurso, do estadio psicológico, concretamente se parece adequado ou não à idade cronológica da vítima, e do tipo de marcha, devendo complementar-se com um exame neurológico sumário, se necessário. Continua-se com o exame físico que deve ser breve, mas completo, e realizado de forma sistematizada, isto é, por segmento corporal, para assim se garantir que não fica nenhuma região por observar e para que se evite a necessidade de repetição de procedimentos. A região anorretal e a genital devem ser examinadas no final (13).

O EMF, nos casos de agressão sexual, tem como um dos seus objetivos a procura de lesões traumáticas. Estas lesões podem resultar tanto da ação do agressor, como também da tentativa de defesa ou de resistência, por parte da vítima, e podem ter diversas formas de apresentação, sendo as mais comuns hematomas, equimoses, escoriações, edemas, lacerações e fissuras (13,40).

Deve salientar-se que, no caso particular da ASFD, estas manifestações físicas de agressão devem ser pesquisadas, no entanto, estas vítimas estiveram sob o efeito de substâncias psicoativas, o que as colocou num estado, no qual estavam incapazes de resistir contra qualquer tipo de ação. Por este motivo, as vítimas de ASFD, frequentemente, não apresentam lesões compatíveis com violência ao EO (13).

A recolha de vestígios biológicos do corpo da vítima é feita através de zaragatoas da superfície cutânea ou das mucosas das diversas regiões, como da perioral, da oral, subungueal, do couro cabeludo, dos pelos púbicos, dos genitais externos, da vagina, da perianal, da anal, e da restante extensão corporal. Estas zaragatoas devem ser efetuadas antes de qualquer contacto, por parte do perito com as superfícies em causa, por forma a evitar a contaminação das mesmas (13).

Nas vítimas de uma alegada ASFD deve ponderar-se a realização de zaragatoas dentro do canal anal e do vaginal, bem como nos genitais externos e região perianal,

mesmo que aquelas não mencionem a existência de contacto genital, uma vez que, tal como já referido, muitas vezes existe um compromisso da memória das vítimas em relação ao ocorrido. Uma vez salvaguardadas as amostras, na inspeção das áreas anorretal e genital, o uso de corantes, como o azul de toluidina, pode revelar-se útil, para ajudar a visualizar mais facilmente possíveis lesões provocadas, por exemplo, por uma eventual penetração. (13).

Aquando da observação deve equacionar-se também, a necessidade de se fazerem colheitas adicionais, nomeadamente microbiológicas, para o despiste de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), e de pesquisa de uma eventual gravidez (13).

O vestuário que a vítima envergava no momento da agressão, lenços de papel ou outros objetos eventualmente utilizados por esta ou pelo agressor para se limparem, preservativos ou objetos íntimos, tais como pensos higiénicos ou tampões, podem revelar-se úteis na investigação, uma vez que, é provável que contenham vestígios do crime (13,31).

Para além da recolha dos vestígios já mencionados neste capítulo, dirigidos ao estudo de criminalística biológica e à orientação médico-terapêutica das vítimas, nos casos de suspeita de ASFD é imperativa a colheita de amostras com vista ao estudo toxicológico, como sejam sangue, urina ou, em alguns casos, cabelo (1).

Nas agressões sexuais agudas, isto é, aquelas que se perpetraram há menos de 72 horas, tem de se assegurar, tanto o EMF como a orientação terapêutica, oferecendo rapidamente, à vítima os cuidados médicos de que esta necessita. Estes cuidados assentam sobretudo no tratamento e prevenção de possíveis ISTs ou gravidezes, sem que estes prejudiquem a concretização do necessário e, também, urgente EMF. A presença de outras especialidades relevantes, como a ginecologia, a infeciologia e a pediatria pode ser útil nestas situações (42).

Nos casos que não configuram uma situação de urgência médico-legal, não é imperativo que o EMF se realize em meio hospitalar podendo ser agendado para locais mais calmos e adequados, habitualmente nas instalações do INMLCF (41).

As salas onde estes exames se realizam devem ser bem iluminadas, com uma temperatura neutra, de forma a garantir a privacidade auditiva e visual, pelo que é conveniente que a porta esteja trancada, de modo que se evitem interrupções desnecessárias. É de igual relevância que todo o material necessário, para a realização

do EMF e para a colheita de amostras biológicas, se encontre dentro da sala referida (42).

Segundo o UNODC, uma das grandes falhas no serviço de urgência, aquando do atendimento das vítimas de ASFD, passa pela falta de suspeição clínica, pelos profissionais de saúde não se encontrarem alerta para essa possibilidade. Isto pode dever-se tanto ao facto da vítima não ter consciência da possibilidade de ter sido intoxicada, como também ao facto da vítima não manifestar o consumo voluntário de substâncias antes do alegado incidente, ou ainda pelos profissionais não terem conhecimento desta entidade (1).

Sendo equacionada a hipótese de se estar perante um caso de possível ASFD, o médico perito deve sempre, realizar um EMF completo, uma boa colheita de vestígios do corpo da vítima, bem como de amostras biológicas, nas condições já mencionadas. Neste sentido, é de igual importância o conhecimento de quais as amostras que possuem significado clínico em ser colhidas no momento da observação, como já explicitado previamente, dando-se primazia à colheita de sangue e urina, nas situações mais próximas do evento e colhendo cabelo em situações que a agressão ocorreu há mais de quatro semanas (1).

IV.5 – PREVENÇÃO

A prevenção da ASFD tem por base a educação (5), tanto das potenciais vítimas, como dos potenciais agressores e da sociedade em geral (5,23). Devido à multidiversidade presente na sociedade, quer a nível individual, quer a nível coletivo, é mandatário que sejam utilizados e adaptados diferentes meios de prevenção, consoante o público para o qual estes são dirigidos (5).

Os níveis de prevenção podem dividir-se em dois, os primários e os secundários. Os primários englobam as iniciativas da educação em geral, quer no seio familiar, quer na escola, por exemplo através de disciplinas como a educação sexual. Já a prevenção secundária tem como objetivo intervir em vítimas de ASFD, de forma a prevenir que estas voltem a estar sujeitas a uma situação semelhante (5).

No que respeita à prevenção primária, é necessário que se promova o conhecimento da população sobre o conceito da ASFD. Este tipo de agressão sexual pode ocorrer sempre que exista o consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas. Estes compostos provocam uma variedade de efeitos, que podem ser completamente antagónicos entre si, e que vão desde a perda total de consciência, até a uma potenciação da desinibição sexual e do prazer, atuando assim, como facilitadoras do envolvimento da vítima num ato sexual, que de outra forma não aconteceria (5).

O conhecimento dos compostos que se encontram mais comumente envolvidos neste tipo de crimes é, de igual modo, um fator importante, na medida em que, conhecendo os potenciais sinais e sintomas induzidos por cada uma delas, a vítima tem uma maior facilidade em perceber se pode estar perante uma potencial tentativa de ASFD ou não (42).

A identificação de sinais de alarme, tais como náuseas, dificuldade em respirar, sensação de embriaguez, quando não se consumiu álcool ou quando se consumiu quantidades muito limitadas deste, um aparecimento súbito de tonturas, desorientação ou visão turva, uma súbita mudança da temperatura corporal, que pode manifestar-se por suor ou por um tremer de dentes e, acordar com amnésia total ou limitada a um período temporal, permite à vítima pedir ajuda antes da perpetração do crime de agressão sexual, ou, pelo menos, em tempo útil após a sua ocorrência (42).

Assim, realça-se novamente a importância de se realizarem estudos epidemiológicos, referentes a cada país ou até a regiões específicas dentro de cada país, uma vez que estes dados podem ajudar a promover programas de prevenção mais dirigidos, personalizados e eficientes para as diferentes populações (42).

É de extrema importância que as vítimas, sobretudo indivíduos do sexo feminino, que se encontram numa faixa etária entre os vinte e os trinta anos, conheçam a correlação existente entre o consumo voluntário de bebidas etílicas e de outras substâncias psicoativas, e a vitimização sexual, ou seja, quanto maior o consumo, maior é a probabilidade de ocorrência de uma agressão sexual. Neste sentido, o consumo excessivo e voluntário, sobretudo de bebidas alcoólicas, mas também de outras substâncias comuns, como é o caso dos canabinóides e da cocaína, tem de ser encarado como uma verdadeira questão de saúde pública e as medidas de prevenção têm de alertar a população para os perigos associados a este consumo (5).

Uma vez que o consumo etílico aumenta significativamente o risco para a ASFD, é necessário educar o público a fazê-lo com moderação (42), através, por exemplo, da implementação de programas, nos quais se demonstre esta relação direta entre a utilização de substâncias e a vitimização sexual, e com isto promover uma restrição do seu consumo (5).

Não obstante, a identificação destes fatores de risco para a ASFD, nunca deve constituir motivo de culpabilização das vítimas, mas sempre e impreterivelmente, dos agressores (2,5,23,25).

Assim, dá-se ênfase à necessidade de também existirem campanhas que visem educar os potenciais perpetradores (2,5), maioritariamente homens, promovendo a alteração das suas atitudes, nomeadamente no que respeita à presunção de que uma mulher sob o efeito de substâncias, representa uma oportunidade de relação sexual (5). É imperativo elucidar a sociedade, de que a prática de um ato sexual com um indivíduo que não se encontra no seu pleno estado de consciência, e que por isso não está capaz de consentir ou recusar a prática sexual, constitui uma forma de agressão sexual e é um crime punível por lei (2,5).

No sentido de evitar sobretudo a ASFD premeditada, tanto a DEA como outros autores (24,28,42), apresentam algumas informações úteis. Estas passam por: não aceitar bebidas de desconhecidos; segurar com atenção e, manter sob supervisão, a bebida que está a ser consumida; não consumir bebidas que não sejam abertas ou preparadas à nossa frente; não beber bebidas pertencentes a outras pessoas; descartar sempre aquelas que ficam sem vigilância; não ingerir nada que tenha um sabor ou uma aparência diferente do normal, tal como um sabor mais salgado, espuma em grandes quantidades, presença de resíduos ou uma coloração e textura estranhas; ir sempre acompanhado a festas por amigos de confiança, bem como estar na companhia de algum amigo que não bebe, nem consome outras substâncias. No caso de se sentir

demasiado embriagado e com um estado de consciência alterado, deve pedir ajuda a alguém em quem confie, reduzindo desta forma, fatores que promovam o aumento do risco de vitimização sexual (24,42).

Quanto à prevenção secundária, os antecedentes de uma história de agressão prévia influenciam a forma como as vítimas se comportam em potenciais situações de perigo. Contrariamente ao que seria expectável, a evidência mostra que, nestes casos em particular, a experiência não age como fator protetor (16). Estes resultados vêm reforçar a necessidade de uma intervenção a este nível (5), dirigida especificamente às vítimas de ASFD, para que se previnam adequadamente de ocorrências futuras, dando-lhes as ferramentas e acompanhamento necessários, de modo que estas sejam capazes de se proteger, aquando de uma nova situação de perigo (5). Um não acompanhamento destas vítimas, principalmente a nível social, confere-lhes um grau aumentado de revitimização (23).

Em suma, a prevenção da ASFD tem de passar pela mudança de atitudes promotoras deste tipo de crimes, abrangendo questões como o sexo seguro, a necessidade da adoção de medidas de precaução durante situações favorecedoras de perigo, a diminuição do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas e, concomitantemente, um acompanhamento personalizado às vítimas de ASFD (5,41,42).

Por fim, importa salientar que muitos casos de ASFD são diagnosticados unicamente, como uma intoxicação aguda por álcool ou por outra substância psicoativa, pelo que a consciencialização e formação dos profissionais envolvidos na assistência a este tipo de situações é fundamental. Pretende-se assim garantir o diagnóstico de todas as ASFD, de forma a que sejam prestados os devidos cuidados médicos e que seja salvaguardado o devido encaminhamento destas vítimas e que, em última instância, sejam identificados e criminalizados os seus perpetradores (6,42).

V – CONCLUSÕES

Um caso típico de ASFD engloba habitualmente uma vítima do sexo feminino, com idade compreendida entre os 20 e os 30 anos e, um agressor, do sexo masculino, na casa dos 30 anos de idade, conhecido recente da vítima. Estes crimes ocorrem sobretudo durante as horas noturnas, aos fins de semana e em locais privados, com especial ênfase para a casa do agressor.

O álcool é a substância psicotrópica mais frequentemente presente na ASFD, associada a um consumo voluntário por parte das vítimas. No que concerne às drogas ilícitas, estas têm um papel bastante expressivo, sendo os canabinóides e a cocaína, as que mais se destacam a nível mundial. Quanto aos fármacos, as benzodiazepinas são a classe mais prevalente, em quase todos os países, no entanto, os antidepressivos e os analgésicos opioides estão também muito associados a estes delitos.

As NSP têm vindo a surgir a um ritmo cada vez maior, e nos últimos anos, foram identificadas como substâncias facilitadoras de agressão sexual. Devido ao desconhecimento das características destas substâncias, dos seus potenciais efeitos secundários e à dificuldade em identificá-las nas diferentes amostras biológicas, estas podem vir a constituir um desafio importante na ASFD, sendo cada vez mais necessário o recurso a metodologia de alta-resolução.

O GHB, a quetamina e o flunitrazepam encontram-se pontualmente presentes, mas sem preponderância na globalidade destas agressões sexuais, embora os meios de comunicação social os anunciem como estando entre os mais comuns na perpetração de ASFD.

A urina é a amostra biológica convencional, que permite a deteção das substâncias e, principalmente dos seus metabolitos, durante um período mais alargado do que o sangue, e por isso, é muito informativa na ASFD. Não obstante, sempre que possível, as duas matrizes devem ser colhidas concomitantemente.

As vítimas tendem a denunciar o ocorrido tardiamente, pelo que, nestes casos, a colheita de amostras de cabelo revela-se útil, dado que permite uma janela de deteção de meses. Isto constitui uma vantagem em relação às amostras convencionais supramencionadas.

O EML das alegadas vítimas de ASFD deve ser realizado com especial cuidado e atenção pelo conforto destas, de modo a prevenir a vitimização secundária. O perito deve sempre certificar-se que tem o consentimento e a compreensão da vítima para

qualquer procedimento que realize durante o exame. No EML devem ser recolhidos vestígios do corpo e das roupas da vítima, que comprovem a agressão sexual e permitam, posteriormente, a identificação do agressor.

Na agressão sexual, especialmente nos casos em que a vítima refere perda de consciência ou amnésia, é importante que se realize uma recolha adequada das amostras biológicas para posterior análise toxicológica, de forma a não deixar de se diagnosticar uma ASFD.

A prevenção destes crimes assenta na educação da população mais suscetível, por exemplo, incentivando a diminuição do consumo etílico ou através de formações que instruem e capacitam potenciais vítimas em relação aos procedimentos a adotar caso se sintam em perigo de sofrer uma ASFD. É também relevante acompanharem-se as vítimas de ASFD, de modo a dotá-las de ferramentas sobre como agir caso se deparem com outra situação semelhante, uma vez que antecedentes de uma história prévia não se revelou um fator protetor.

Existe pouca bibliografia publicada no âmbito da ASFD, e a grande parte da bibliografia existente faz uma análise retrospectiva dos achados toxicológicos, através de bases de dados já existentes. Como tal, não existe uma uniformização das variáveis analisadas, tanto ao nível epidemiológico, como ao nível toxicológico e metodológico. Neste sentido, seria importante a elaboração de um protocolo internacional, no qual constassem as questões a serem colocadas à vítima, os procedimentos a seguir na colheita das amostras, bem como a metodologia analítica a adotar, de forma a uniformizar e a sistematizar a abordagem às ASFD.

Esta uniformização, em conjunto com a realização de estudos prospetivos, iria assim permitir uma melhor compreensão do contexto da ASFD nos diferentes países e, concomitantemente, a nível mundial, uma vez que se iria fazer uma melhor e mais correta interpretação dos resultados obtidos.

Por fim, Portugal não tem estudos realizados no âmbito da ASFD, pelo que não existe informação sobre esta entidade no nosso país, o que pode induzir a noção errónea de que esta não é uma situação corrente. Neste sentido, à semelhança do que foi mencionado acima, considera-se de extrema importância a realização de investigação a este nível, de forma a que se perceba a verdadeira dimensão e relevância da ASFD, no nosso país.

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Guidelines for the forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts [Internet]. 2011 [citado 28 de Fevereiro de 2023]. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/scientific/forensic_analys_of_drugs_facilitating_sexual_assault_and_other_criminal_acts.pdf
2. Panyella-Carbó MN, Agustina JR, Martin-Fumadó C. Sumisión química versus vulnerabilidad química: análisis criminológico de los delitos sexuales facilitados mediante el uso de sustancias psicoactivas a partir de una muestra de sentencias. *Revista Española de Investigación Criminológica*. 15 de Março de 2019;17:1–23.
3. Bertol E, Di Milia MG, Fioravanti A, Mari F, Palumbo D, Pascali JP, et al. Proactive drugs in DFSA cases: Toxicological findings in an eight-years study. *Forensic Sci Int*. 1 de Outubro de 2018;291:207–15.
4. Skov K, Johansen SS, Linnet K, Nielsen MKK. A review on the forensic toxicology of global drug-facilitated sexual assaults. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;183–97.
5. Panyella-Carbó MN, Martin-Fumadó C, Gómez-Durán EL. Prevention of drug-facilitated sexual assault. Vol. 47, *Revista Espanola de Medicina Legal*. Ediciones Doyma, S.L.; 2021. p. 24–34.
6. Caballero CG, Jorge ÓQ, Landeira AC. Alleged drug-facilitated sexual assault in a Spanish population sample. *Forensic Chemistry*. 1 de Junho de 2017;4:61–6.
7. Prego-Meleiro P, Montalvo G, García-Ruiz C, Serrano BB, Ayuso-Tejedor S, Morales CM, et al. An approximation to the identification of contexts, experiences, and profiles of victims of drug-facilitated sexual assaults. *J Forensic Leg Med*. Agosto de 2022;90:102376.
8. Grela A, Gautam L, Cole MD. A multifactorial critical appraisal of substances found in drug facilitated sexual assault cases. Vol. 292, *Forensic Science International*. Elsevier Ireland Ltd; 2018. p. 50–60.
9. Busardò FP, Vari MR, Trana ADI, Malaca S, Carlier J, Di Luca NM. Drug-facilitated sexual assaults (DFSA): A serious underestimated issue. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019;23(24):10577–87.
10. Sonone SS, Jadhav S, Singh Sankhla M. A forensic aspect on drug facilitated sexual assault. Disponível em: <http://medcraveonline.com>
11. Xu D, Ji J, Xiang P, Yan H, Shen M. Two DFSA cases involving midazolam clarified by the micro-segmental hair analyses. *Forensic Toxicol*. 1 de Julho de 2022;40(2):374–82.
12. Costa YR de S, Lavorato SN, Baldin JJCM de C. Violence against women and drug-facilitated sexual assault (DFSA): A review of the main drugs. Vol. 74, *Journal of Forensic and Legal Medicine*. Churchill Livingstone; 2020.

13. Magalhães T, Jardim P, Vieira D. Recomendações para a realização de exame físico e recolha de vestígios em vítimas de alegada agressão sexual. 2013.
14. Wille SMR, Van Dijck K, Van Assche A, Di Fazio V, Ramiréz-Fernandéz MDM, Vanvooren V, et al. The interest of a systematic toxicological analysis combined with forensic advice to improve the judicial investigation and final judgment in drug facilitated sexual assault cases. *Pharmaceuticals*. 1 de Maio de 2021;14(5).
15. Fiorentin TR, Logan BK. Toxicological findings in 1000 cases of suspected drug facilitated sexual assault in the United States. *J Forensic Leg Med*. 1 de Fevereiro de 2019;61:56–64.
16. Tiemensma M, Davies B. Investigating drug-facilitated sexual assault at a dedicated forensic centre in Cape Town, South Africa. *Forensic Sci Int*. 1 de Julho de 2018;288:115–22.
17. Anderson LJ, Flynn A, Drummer O, Gerostamoulos D, Schumann JL. The role of voluntary and involuntary drug and alcohol consumption and premorbid mental health factors in drug-facilitated sexual assault. *Forensic Sci Med Pathol*. 1 de Setembro de 2019;15(3):382–91.
18. Gharedaghi F, Hassanian-Moghaddam H, Akhgari M, Zamani N, Taghadosinejad F. Drug-facilitated crime caused by drinks or foods. *Egypt J Forensic Sci*. 1 de Dezembro de 2018;8(1).
19. Cabarcos-Fernández P, Tabernero-Duque MJ, Alvarez-Freire Í, Bermejo-Barrera AM. Sexual Assault: Approach to Reality in the Area of Santiago de Compostela (Galicia, Spain) through a 12-Year Retrospective Study. 2022;00. Disponível em: <https://academic.oup.com/jat/advance-article/doi/10.1093/jat/bkac080/6752789>
20. Bidstrup JE, Busch JR, Munkholm J, Banner J. Impact of the Covid-19 lockdown on sexual assault cases in Eastern Denmark – a retrospective clinical forensic study. *Forensic Sci Med Pathol*. 1 de Junho de 2022;18(2):125–32.
21. Lee HH, Chen SC, Lee JF, Lin HY, Chen BH. Simultaneous drug identification in urine of sexual assault victims by using liquid chromatography tandem mass spectrometry. *Forensic Sci Int [Internet]*. 1 de Janeiro de 2018;282:35–40. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0379073817304620>
22. Poulsen H, McCarthy MJ, Baker J, Verma A, Moir HJ, Brodie T, et al. Toxicological Assessment of the Role of Alcohol and Drugs in Drug-Facilitated Sexual Assault Cases in New Zealand. *J Anal Toxicol*. 1 de Janeiro de 2021;45(1):44–52.
23. Prego-Meleiro P, Montalvo G, Quintela-Jorge Ó, García-Ruiz C. Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint. Vol. 315, *Forensic Science International*. Elsevier Ireland Ltd; 2020.

24. Lahane N, Kaur G. Drug facilitated sexual assault and their analysis. *Mater Today Proc.* 2021;48:1240–5.
25. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. Vol. 47, *Journal of Forensic and Legal Medicine*. Churchill Livingstone; 2017. p. 46–54.
26. Kintz PSAVM. *Hair Analysis in Clinical and Forensic Toxicology*. Kintz P, Salomone A, Vincenti M, editores. 2015.
27. Pérez Orts M, van Asten A, Kohler I. The Evolution Toward Designer Benzodiazepines in Drug-Facilitated Sexual Assault Cases. *J Anal Toxicol.* 16 de Março de 2022;
28. Teixeira H. *Toxicologia Forense*. Dinis-Oliveira R, Bastos M de L, Carvalho F, editores. Vol. 10. LIDEL; 2015. 187–202 p.
29. Lee HH, Chen SC, Lee JF, Lin HY, Chen BH. Simultaneous drug identification in urine of sexual assault victims by using liquid chromatography tandem mass spectrometry. *Forensic Sci Int.* 1 de Janeiro de 2018;282:35–40.
30. Society of Forensic Toxicologists. Fact Sheet DRUG-FACILITATED SEXUAL ASSAULTS [Internet]. Society of Forensic Toxicologists Fact. [citado 28 de Janeiro de 2023]. Disponível em: https://www.soft-tox.org/assets/docs/DFSA_Fact_Sheet.pdf
31. Porto MJA. Colheita e acondicionamento de amostras biológicas para identificação genética. Em: *Princípios de genética forense*. Imprensa da Universidade de Coimbra; 2016. p. 17–40.
32. Carfora A, Campobasso C, Pietro, Cassandro P, Petrella R, Borriello R. Long-Term Detection in Hair of Zolpidem, Oxazepam and Flunitrazepam in a Case of Drug-Facilitated Sexual Assault. *J Anal Toxicol.* 1 de Janeiro de 2022;46(1):E16–20.
33. Wen D, Shi Y, Zhang X, Xie B, Liu W, Yu F, et al. Determination of barbiturates in hair samples by using a validated UHPLC-HRMS method: application in investigation of drug-facilitated sexual assault. *Forensic Sci Res.* 2022;7(1):78–87.
34. Johansen SS. Detection of the antipsychotic drug quetiapine in the blood, urine and hair samples of the victim of a drug-facilitated sexual assault. *Forensic Sci Int.* 1 de Janeiro de 2017;270:e12–5.
35. Prego-Meleiro P, Quintela-Jorge Ó, Montalvo G, García-Ruiz C. Multi-target methodology for the screening of blood specimens in drug-facilitated sexual assault cases. *Microchemical Journal.* 1 de Novembro de 2019;150.
36. Sasaki K, Shima N, Kamata T, Ishikawa A, Nitta A, Wada M, et al. Incorporation of five common hypnotics into hair after a single dose and application to a forensic case of drug facilitated crimes. *Forensic Sci Int.* 1 de Agosto de 2021;325.

37. Almofti N, Ballesteros-Gómez A, Rubio S, Girela-López E. Analysis of conventional and nonconventional forensic specimens in drug-facilitated sexual assault by liquid chromatography and tandem mass spectrometry. Vol. 250, Talanta. Elsevier B.V.; 2022.
38. Assembleia da República. Lei n.º 45/2004, de 19 de agosto. Diário da República, 195 Portugal: Diário da República; Ago, 2004 p. 5362–8.
39. Magalhães T, Jardim P, Vieira N. Recomendações para a recolha da história médica forense em casos de alegada agressão sexual. 2013.
40. Sandal C. Drug-Facilitated Sexual Assault [Internet]. Vol. 68, Workplace Health & Safety. Churchill Livingstone; 2020 Abr [citado 28 de Janeiro de 2023]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2165079920901531>
41. Ribeiro C, Vieira D, Magalhães T. Recomendações sobre as instalações, equipamento e material, para a realização de exame médico forense e casos de alegada agressão sexual. 2013.
42. Drug Enforcement Administration. Drug-Facilitated Sexual Assault DEA Victim Witness Assistance Program [Internet]. Disponível em: http://www.DEAdiversion.usdoj.gov/fed_regs/rules/2010/fr06293.htm