

Agressão sexual a pessoas com afetação grave da funcionalidade

Uma abordagem forense

Aluna: Carolina Estefânia Pinto Mouro
de Mascarenhas Loureiro

Dissertação elaborada no âmbito do
Mestrado em Ciências Forenses

Orientadora: Professora Doutora Teresa Magalhães

Coorientadora: Mestre Patrícia José Anastácio Jardim

*À Professora Doutora Teresa Magalhães,
por toda a sua disponibilidade, atenção e colaboração...*

*À Doutora Patrícia Jardim,
pela sua sempre disponibilidade, boa vontade e orientação...*

*Aos meus pais, irmã e avós,
por todo o incentivo, compreensão e apoio incondicional...*

*Ao Nuno,
pela eterna disponibilidade, enorme paciência e sempre pronta ajuda,
por ser o meu pilar e o maior incentivador deste esforço...*

*À Mafalda,
pela grande amizade, coragem, partilha de experiências e por nunca me deixar sozinha...*

*Aos meus amigos
por todo o carinho, apoio, compreensão e incentivo...*

A todas as pessoas representadas neste estudo.

RESUMO

A problemática do abuso sexual contra aqueles assumidos como mais frágeis é uma realidade intemporal. Apesar dos progressos alcançados nos diferentes campos, inerentes à sociedade, que regem o seu modo de legislação, pensamento e atuação, e não obstante a consciência que se exige face à importância desses avanços sociais já atingidos, impera a necessidade de não se deixar descurar a evidência de que, no centro desse significativo avanço, destoam ainda, em larga escala, desigualdades estabelecidas na base da negligência e preconceito público. E apesar dessas disparidades atingirem variados vértices da esfera social, interessou a este estudo aprofundar dois focos de pesquisa polêmicos: o abuso sexual e a afetação grave da funcionalidade (vulgarmente intitulada de deficiência). Pese embora a obrigatoriedade de denúncia, a grande maioria dos casos de abuso sexual a pessoas incapazes de oferecer resistência permanece ignorada ou omitida, não só pela vulnerabilidade que este tipo de vítima apresenta no que refere à auto capacidade de executar queixa, mas também pela descrença/sonegação daqueles que suspeitam ou têm conhecimento de algum caso, como até dos próprios profissionais de saúde devido às dificuldades com que se deparam, nomeadamente no diagnóstico, face uma situação em que impere uma severa condição de afetação da funcionalidade (física e/ou mental). E, numa atualidade em que surge uma emergente preocupação no estudo dos crimes sexuais, carece a literatura de um maior aprofundamento sobre algumas questões relacionadas as grandes vulnerabilidades, designadamente ao nível das vítimas detentoras de uma afetação grave da funcionalidade, um ponto específico num tema ainda tratado como tabu, carente de grande atenção e vontade de intervenção. O desconhecimento geral perante a “deficiência” incita mitos e ignorância, instiga preconceitos que resultam no pouco interesse de intervenção, descurando-se assim a promoção do estatuto destas pessoas.

Assim, o objetivo deste estudo é contribuir para uma melhor caracterização, na perspectiva forense, e em Portugal, dos casos de agressão sexual a pessoas com afetação grave da funcionalidade.

Efetuiu-se um estudo retrospectivo, baseado na recolha e análise dos relatórios médico-legais relativos a alegados casos de abuso sexual a pessoas com afetação grave da funcionalidade, isto é, em pessoas que apresentavam afetação permanente da integridade físico-psíquica, igual ou superior a 60% e dependência de terceira pessoa, ocorridos na zona norte de Portugal, no período de tempo de 2003 a 2013.

Foram encontrados 31 casos, sendo 71% das vítimas do sexo feminino, com idade média de 22.39 anos e 51.6% com incapacidade intelectual. Dos episódios denunciados, 58.1% foram revelados pela vítima, sendo que 48.4% das denúncias foram feitas por familiares. Prevaleram alegados abusadores do sexo masculino (77.4%), com idades entre os 13 e os 80 anos, familiares das vítimas (35.5%).

O abuso sexual pertence ao leque de crimes mais graves que uma pessoa pode cometer contra outra. Os seus efeitos são devastadores, não só pela vitimização em si mas pelas consequências que dele podem advir: gravidezes indesejadas, infeções sexualmente transmissíveis, problemas emocionais e psicológicos. Quando a parte vitimizada apresenta especial vulnerabilidade, ampliando a dificuldade na resistência ao abuso, emerge o dever de promover a proteção destas pessoas. Entender a frequência e o contexto em que tal acontece é fundamental para a articulação de esforços e para se direcionar a intervenção no sentido da redução dos riscos.

PALAVRAS-CHAVE

Agressão sexual, abuso sexual, crime sexual, deficiência, invalidez, afetação grave da funcionalidade, incapacidade intelectual, incapacidade física, dependência de terceira pessoa

Abstract

The problematic of sexual abuse against those who are assumed to be weaker is a timeless reality. Despite the progress in the different fields, concerning society, governing its legislation, thought and action, and despite the awareness that is required given the importance of these social advances already achieved, urges the need of paying attention to the evidence that at the center of this significant breakthrough, diverge in a large-scale many inequalities established on the basis of negligence and public prejudice. And despite these disparities reach different corners of the social sphere, was relevant to this study a deep analysis of two controversial research topics: sexual abuse and handicaps.

Despite the mandatory reporting, the vast majority of sexual abuse cases and severe affectation of functionality (commonly called deficiency) involving persons unable to offer resistance remains ignored or missed, not only by the vulnerability that this type of victim presents in terms of self ability to perform complaint, but also with disbelief of those who suspect or have knowledge of any case, as to the health professionals themselves because of the difficulties they face, particularly in the diagnosis, towards a situation where reigns a severe handicap condition. And in a present that comes an emerging concern in the study of sex offenders, the lacks in the literature needs a further clarification on some issues related to disabilities, particularly in terms of detaining victims of a severe allocation of functionality (physical and / or mental) and its perpetrators, a specific point on a theme still treated as taboo and needy of great attention and intervention. The general ignorance towards disability urges myths and ignorance, instigates prejudices that result in little interest to step in, neglecting the promotion of the handicapped status and reversing in the slouch of these individuals driven by indolence of social solidarity.

Given the scarcity of studies on the issue in question, we used to carry out a retrospective study based on the collection and analysis of forensic reports in Portugal of cases of

sexual abuse to people with severe functionality issues. So the case in study will be people that present disability higher than 60% and dependent on others, victims of sexual abuse, occurred in the north of Portugal, between 2003 and 2013, with a view of promoting a better characterization of this type of victims and to exposure and denounce this reality, in order to ensure the protection of these people particularly vulnerable, by seeking ways to identify this type of crime and to prevent its occurrence.

In our sample (n = 31), most of the victims were females (71%) with a mean age of 22.39 years (min = 4;. Max = 82;. SD = 82) with mental handicap (51.6%). From the reported episodes, 58.1% were revealed by the victim, and 48.4% of the complaints were made by family members. Prevailed the male gender abusers (77.4%), aged between 13 and 80 years, relatives of the victims (35.5%)

Sexual abuse belongs to the spectrum of most serious crimes a person can commit against another. Its effects are devastating, not only for victimization itself but the consequences that it may come: unwanted pregnancies, sexually transmitted diseases, emotional and psychological problems. When the victimized part presents special vulnerability increased by the difficulty in resisting to abuses, emerges the duty to promote the protection of these people. Understanding the frequency and the context in which this occurs is critical to joint efforts and to direct intervention in reducing the risks.

KEYWORDS

Sexual assault, sexual abuse, disability, disablement, serious allocation of functionality, intellectual disability, physical disability, third party dependence, third party dependence

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. <i>Pessoa com afetação grave da funcionalidade</i>	10
1.2. <i>Vulnerabilidade pessoal</i>	11
1.3. <i>Alegado evento</i>	11
2. OBJETIVOS	14
3. MATERIAL E MÉTODOS	14
4. RESULTADOS	17
4.1. <i>Caracterização da vítima</i>	17
4.2. <i>Caracterização do alegado abusador e da relação entre a vítima e este</i>	19
4.3. <i>Caracterização da primeira suspeita</i>	20
4.4. <i>Caracterização do alegado abuso que motivou a perícia médico-legal</i>	21
4.5. <i>Caracterização do exame médico-legal e das suas conclusões</i>	22
5. DISCUSSÃO	25
5.1. <i>A vítima, o alegado abusador e o seu relacionamento</i>	26
5.2. <i>O alegado abuso</i>	28
5.3. <i>O exame médico-legal</i>	30
6. CONCLUSÕES	33
7. REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

Apesar dos muitos avanços verificados na área da prevenção criminal e controlo social, é certo que também se tem notado um maior interesse por parte da sociedade face ao crime. Se tal facto é, em parte, justificado pela maior liberdade de opinião pública, é certo que não se deverá descurar o papel dos *media* neste quesito. Numa base quase diária, a informação procurada e fornecida pelos meios de comunicação social confronta a sua audiência com notícias de cariz criminal surgindo, a par, um maior repúdio para com aqueles de natureza sexual. O abuso sexual (AS) constitui um evento traumático com consequências potencialmente devastadoras para a vida da vítima, em termos de saúde física e mental. De acordo com um estudo realizado nos Estados Unidos, em 2008, em pareceria com os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) [17, 28], uma em cada quatro mulheres e um em cada sete homens denunciou a experiência de abuso sexual. O AS definido é um ato perpetrado contra a vontade de outro, podendo classificar-se em quatro tipos: (a) agressão sexual consumada, como a violação; (b) tentativa (não consumada) da agressão sexual; (c) contacto de carácter sexual abusivo sem consentimento; (d) abuso de carácter sexual sem contacto, como o voyeurismo, exposição indesejada ao exibicionismo, exposição involuntária à pornografia, assédio sexual e ameaças de violência sexual [17].

Não obstante os vários estudos nacionais e internacionais que se têm vindo a desenvolver no âmbito da criminalidade sexual nas suas mais diversas formas, encontram-se grandes lacunas e desinformação quanto aos casos das pessoas ditas deficientes, e que doravante referiremos como pessoas com afetação grave da funcionalidade (AGF), seja ela física e/ou mental. Importa, pois, que se

divulgue a necessidade de realizar estudo neste tipo específico de abusos para que, através da investigação, se consiga definir eventuais causas e fatores de risco específicos, a fim de alcançar a melhor forma de intervenção nestes casos.

1.1. Pessoa com afetação grave da funcionalidade

Por “pessoa com afetação grave da funcionalidade” (AGF) entende-se, geralmente, aquela que é portadora de incapacidade igual ou superior a 60% ou 70% [6, 35] e dependente de terceira pessoa.

Trata-se de uma designação relativamente recente, lapidando a veterana expressão de “deficiente” e é, por isso, escassa na literatura. A problemática destas pessoas, nomeadamente no que se refere à satisfação de algumas das suas necessidades com base em apoios tecnológicos ou de terceira pessoa, pouco ou nenhum interesse suscitou durante décadas sucessivas [6]. A consciencialização para as suas necessidades ainda não se deu por completo mas é uma realidade que tem vindo a ser divulgada por aqueles que se dedicam ao estudo e intervenção nesta matéria.

As situações de AGF traduzem-se pela dificuldade da pessoa realizar os seus gestos habituais da vida diária no contexto da sua idade, sexo e identidade sociocultural. Quando atinge um determinado nível de gravidade, pode esta situação ser causa dependência que imponha a necessidade de recurso a produtos de apoio ou a ajuda de uma terceira pessoa (que correspondem ao conjunto de meios técnicos e humanos, respetivamente, suscetíveis de permitir aos indivíduos com AGF e que se encontram dependentes, realizar os gestos que se tornam impossíveis na concretização de uma determinada função ou situação de vida diária) [6].

1.2. Vulnerabilidade pessoal

Alguns estudos revelam tabelas de fatores de risco associados à agressão sexual, apontando a deficiência física e mental como um indicador que vulnerabiliza os indivíduos [7]. Uma das questões que se pretende aprofundar com este estudo tem a ver com o facto da dependência tornar o indivíduo mais suscetível ao ataque sexual, se comparado com aqueles que o podem reprimir. Devido aos mitos sociais que recaem sobre as pessoas com AGF, estas são muitas vezes vistas como passivas, impotentes, assexuadas e onerosas. Estes preconceitos tendem a conferir menor visibilidade a estes casos perante a sociedade, fazendo simultaneamente crer que as agressões, principalmente as sexuais, são pouco prováveis [5]. Promover um melhor esclarecimento destes mitos será, assim, um modo de superar a discriminação social e sexual que prejudica a libertação dos estigmas.

A grande maioria dos abusos sexuais são cometidas por pessoas conhecidas da vítima [7]. Este dado alerta-nos para os casos pouco estudados das pessoas com AGF, uma vez que estas estão quase permanentemente dependentes de um cuidador, alguém que se pensa próximo e zelador.

1.3. Alegado evento

A experiência e alguns estudos demonstraram que o AS pode assumir diferentes formas e provocar diferentes efeitos, dependendo se os casos ocorrem num contexto intra ou extrafamiliar. Estes contextos impõem diferentes graus de dificuldade na deteção e diagnóstico destes casos, dispendo-se de diferentes estratégias de intervenção com as vítimas, com os agressores e com as suas famílias [4]. Nos casos de agressões sexuais a pessoas com AGF, devemos ter

em atenção que, não raramente, o cuidador da pessoa com esta afetação se trata de um familiar direto do indivíduo, o que pode agravar as consequências para a vítima devidas ao acontecimento traumático.

As já referidas complexidades na deteção, diagnóstico e intervenção, parecem estar relacionadas com as características da vítima (e.g., sexo, idade, personalidade, nível de desenvolvimento) e do alegado abusador (e.g., proximidade com a vítima, os padrões de comportamentos desviantes), com as circunstâncias da ocorrência (e.g., uso de agressão física / verbal), o tipo de abuso (e.g., grau de intrusão física e/ou psicológica, a sua duração e frequência) e a reação das pessoas mais próximas (e.g., sistema de apoio da e à família e ajuda profissional) [4]. O impacto psicológico deste tipo de vitimização depende de um conjunto de circunstâncias, entre as quais se destaca a proximidade que caracteriza a relação entre abusadores e vítimas [3].

Apesar do mito que defende o contrário, estudos demonstram que a maioria dos AS não envolve muita força física e, por isso, não deixa marcas de lesões [7, 8]. Grande parte das vítimas alega que, por medo de virem a sofrer grandes ferimentos ou até mesmo de serem mortas, ofereceram pouca resistência ao ataque [7]. Contudo, o facto de não haver ferimentos físicos não significa ausência de abuso. E, novamente, impõe-se a preocupação sobre aqueles que, devido às suas condições físicas ou psicológicas, não são capazes de oferecer qualquer resistência ou de denunciar o abuso.

Durante muito tempo apenas se consideraram como relevantes as provas físicas ou biológicas de AS. Contudo, mesmo nas práticas em que há contacto físico, pode não ser possível encontrar vestígios físicos ou biológicos [3]. Atualmente, no entanto, já se valorizam os danos psicológicos que a agressão pode deixar,

sendo a qualificação penal agravada para aqueles que cometem o crime contra um incapaz.

A colheita de informação médico-legal a vítimas de alegado AS representa uma etapa essencial na perícia forense, tendo em conta não só o seu valor na constatação e valorização de eventuais evidências do abuso mas, também, por se constituir o início da intervenção terapêutica, de orientação e de proteção da vítima [3].

Pelas suas condições físicas ou mentais, as pessoas com AGF estão mais vulneráveis para sofrer um AS já que confiam muito no seu responsável. Quando essa pessoa, supostamente seu protetor, se aproveita desta condição para a agredir sexualmente, as consequências podem ser muito graves, contudo, por frequentemente não serem visivelmente expressivas, é muito difícil sinalizá-los e denunciá-los.

Normalmente, o AS já é traduzido pelo medo e pelo silêncio da vítima. A AGF promove, ainda mais, esta realidade.

2. OBJETIVOS

Os AS a pessoas com AGF decorrem muito dos mitos sociais que encobrem a problemática através de estigmas imputados a estes indivíduos e que resultam na sua falta de valorização enquanto pessoas de direito. Trata-se de uma discussão que, pelos preconceitos emergentes na sociedade, dificulta a superação da discriminação social e sexual, impedindo a edificação de uma sociedade saudável, inclusiva, equilibrada e atenta.

O objetivo geral deste estudo é contribuir para uma melhor caracterização, na perspetiva forense, e em Portugal, dos casos de alegado AS a pessoas com AGF, tendo como especificidade a determinação das particularidades da vítima, do abuso, do alegado abusador e do exame médico-legal.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa na literatura através do *National Library of Medicine's PubMed MedLine database* e *Web of Knowledge (WOK)*, tendo sido selecionados os artigos publicados entre 2003 e 2013, onde constavam estudos sobre os achados que podem ser encontrados no exame forense efetuado a pessoas com AGF de vítimas de AS e a sua especificidade relativamente aos mesmos, com as palavras-chave: (a) Sexual assault; (b) Disability; (c) Third party dependence; (d) Handicap; (e) Impairment.

Conduziu-se, seguidamente, um estudo retrospectivo baseado na análise de relatórios médico-legais, selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (a) alegados crimes de natureza sexual; (b) com AGF (correspondente a um grau de afetação da capacidade físico psíquica igual ou superior a 60%, de

acordo com o estipulado na Tabela Nacional de Incapacidades - Decreto-lei nº 352/2007, de 23 de outubro); (c) submetidas a exame forense na delegação do norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.; (d) entre 2003 e 2013.

Devido à escassez de casos denunciados e, conseqüentemente, ao baixo número de perícias realizadas, não foi imposta nenhuma idade específica.

Foram identificados 381 relatórios médico-legais relativos a AS que, tendo em conta os critérios de inclusão atrás descritos, permitiram a seleção de 31.

Os dados recolhidos foram analisados numa ficha composta por 63 questões, construída para o efeito, a qual foi aplicada apenas pela investigadora, assegurando, desta forma, a fiabilidade na colheita dos dados. A informação extraída dos relatórios médico-legais incluiu: (a) identificação da vítima; (b) caracterização sociodemográfica da vítima; (c) caracterização sociodemográfica do suposto abusador; (d) caracterização da relação entre a vítima e o suposto abusador; (e) caracterização do episódio de abuso que motivou a perícia médico-legal; (f) observação clínica; (g) exames complementares de diagnóstico; (h) avaliação psicológica forense.

Na colheita dos dados relativos ao tipo de práticas e às lesões observadas, quando estes eram múltiplos, foi considerado apenas a prática fisicamente mais intrusiva e a lesão de natureza sexual mais grave. A classificação das lesões em “diagnósticas”, “sugestivas” e “inespecíficas” foi efetuada de acordo com as “*Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused*” [10].

Relativamente às conclusões médico-legais dos relatórios periciais, estas expunham-se mediante a seguinte classificação: (a) Demonstrável; (b) Provável; (c) Possível mas não demonstrável; (d) Duvidoso; (e) Incompatível. No entanto,

a classificação mais frequentemente referida na literatura internacional é [10]: (a) Diagnóstico; (b) Sugestivo; (c) Inespecífico. Assim sendo, admitiu-se a seguinte correspondência [8]:

- a) Demonstrável = Diagnóstico;
- b) Provável = Sugestivo;
- c) Possível mas não demonstrável, Duvidoso e Incompatível = Inespecífico.

A afetação permanente da integridade físico-psíquica das vítimas foi categorizada em 5 grupos, correspondentes a: (a) mental; (b) motora; (c) sensorial; (d) outras incapacidades; (e) incapacidades múltiplas (quando estava presente mais do que um tipo de afetação).

Relativamente aos termos empregues neste estudo, importará assinalar que, mediante a Lei 112/2009, de 16 de setembro, no que ao termo vítima se expõe, é considerado que “após apresentada a denúncia da prática do crime e não existindo fortes indícios de que a mesma é infundada, é atribuído à vítima, para todos os efeitos legais, o estatuto de vítima e não de alegada vítima. No que concerne ao suspeito e ao ato cometido pelo mesmo, atendendo ao 32º artigo da Constituição da República Portuguesa que dita que “o arguido presume-se inocente até ao trânsito em julgado da sentença de condenação”, aplicaram-se as expressões “alegado abusador” e “alegado abuso”.

Para a base de dados recorreu-se ao programa informático Excel 2013. A análise estatística foi efetuada no SPSS (*Statistical Package for Social Science* – SPSS INC, Chicago, Illinois, USA), software para *Windows*.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da vítima

As vítimas eram majoritariamente do sexo feminino ($n= 22$; 71%), com idade média de 22.39 anos (min.=4; max.=82; SD=82), solteiras (93.5%) e a maior parte integrava uma família nuclear (35.5%), com irmãos (58.1%). Em 12.9% dos casos registou-se ocorrência de violência intrafamiliar. Quanto à escolaridade, 25.8% das supostas vítimas encontrava-se inserida em centros de apoio destinados ao ensino e acompanhamento especializados a pessoas com deficiência, sendo que 48.4% dos relatórios não forneciam qualquer informação. Relativamente à atividade, 45.2% das supostas vítimas eram estudantes e outros 51.7% não exerciam qualquer atividade. Apenas 6.5% das vítimas eram independentes financeiramente, sendo que 9.7% dependia do suposto abusador. *Tabela 1*

As incapacidades intelectuais foram as mais presentes (51.6%, prevalecendo os défices intelectuais graves), seguidas das múltiplas (32.3%), motoras (9.7%) e sensoriais (6.5%). *Tabela 2*

Tabela 1. Caracterização da vítima ($n=31$)

		<i>n</i> (%)
Estado Civil	Casado	1 (3.2)
	Solteiro	29 (93.5)
	Separado	1 (3.2)
Handicap	Mental	16 (51.6)
	Motor	3 (9.7)
	Sensorial	2 (6.5)
	Múltiplos	10 (32.3)
Tipo de família	Nuclear	11 (35.5)
	Monoparental	2 (6.5)
	Recombinada	4 (12.9)
	Alargada	8 (25.8)
	Instituição/Família de acolhimento	3 (9.7)
	Sem informação	3 (9.7)
Atividade	Nenhuma	14 (45.2)
	Estudante	14 (45.2)
	Reformado	2 (6.5)
	Outra	1 (3.2)
Escolaridade	1º ao 4º ano	3 (9.7)
	5º ao 6º ano	2 (6.5)
	7º ao 9º ano	3 (9.7)
	Outro	8 (25.8)
	Sem informação	15 (48.4)
Dependência económica	Não	2 (6.5)
	Do alegado agressor	3 (9.7)
	De outro	14 (45.2)
	Sem informação	12 (38.7)

Tabela 2. Caracterização da AGF das vítimas

	<i>n</i> (%)	AGF
Mental	16 (51.6)	Défice intelectual grave ($n=13$); Oligofrenia ($n=2$); Autismo (com sintomatologia psicótica) ($n=1$)
Motor	3 (9.7)	Paralisia cerebral ($n=3$)
Sensorial	2 (6.5)	Surdez congénita ($n=1$); Surdez-mudez congénita ($n=1$)
Múltiplos	10 (32.3)	Défice Intelectual grave, autismo e ataxia motora ($n=1$), Amaurose bilateral e hemiparesia direita ($n=1$); Epilepsia e hemiparesia esquerda ($n=1$); Surdez-mudez, défice intelectual grave e catarata congénita ($n=1$); Epilepsia e défice intelectual grave e motor ($n=2$); Epilepsia e paralisia cerebral ($n=1$); Autismo e défice motor ($n=1$); Sequelas de AVC (mental e motor) ($n=1$); Motor e psíquico (acamada) ($n=1$);

4.2. Caracterização do alegado abusador e da relação entre a vítima e este

Os alegados abusadores eram maioritariamente do sexo masculino ($n=24$; 77.4%). Da análise dos grupos etários e da atividade ocupacional, apenas 11 (35.5%) dos casos assinalados dispunham de informação. A idade mínima conhecida do suposto abusador foi de 13 anos, enquanto a máxima registada foi de 80 anos, verificando-se que pelo menos 16.1% exercia atividade profissional e que pelo menos 16.1% apresentava história de comportamentos desviantes, todos por consumo abusivo de álcool. *Tabela 3*

Quanto à relação vítima / alegado abusador, verificou-se que 35.5% eram familiares (3 pais, 2 padrastos, 2 tios, 1 neto e 3 cunhados) e 35.5% dos alegados abusadores viviam com a sua vítima. *Tabela 4*

Tabela 3. Caracterização do alegado agressor ($n=31$)

		n (%)
Idade (anos)	13-17	1 (3.2)
	18-30	3 (9.7)
	31-50	2 (6.5)
	51-65	2(6.5)
	66-80	3 (9.7)
	Sem informação	20 (64.5)
Atividade	Com atividade profissional	5 (16.1)
	Estudante	1 (3.2)
	Reformado	4 (12.9)
	Desempregado	1 (3.2)
	Sem informação	20 (64.5)

Tabela 4. Caracterização da relação entre a vítima e o suposto abusador

		n (%)
Relação do suposto abusador para com a vítima	Namorado	1 (3.2)
	Familiar	11 (35.5)
	Vizinho	4 (12.9)
	Amigo/Conhecido	6 (19.4)
	Desconhecido	1 (3.2)
	Outro	3 (9.7)
Situação de habitação	Sem informação	5 (16.1)
	Sem coabitação	15 (48.4)
	Com coabitação	11 (35.5)
	Sem informação	4 (16.1)

4.3. Caracterização da primeira suspeita

A primeira suspeita e denúncia relativamente à possível situação de abuso partiu, mais frequentemente, de familiares da vítima (48.4%), tendo como base de suspeição (dos casos em que dispomos informação) a revelação do ocorrido pela própria vítima em 58.1% dos casos (45.2%) a familiares principalmente (22.6%), seguido de sintomas físicos ou biológicos sugestivos de abuso (29%), A suspeita foi preferencial e equitativamente comunicada aos serviços de saúde (38.7%) e às polícias (38.7%). *Tabela 5*

Do intervalo de anos em estudo, encontrou-se uma média de 3.1 casos denunciados de AS a pessoas com AGF, sendo que em 2003 não houve denúncias e em 2009 registou-se o maior número de ocorrências (n=9).

Tabela 5. Caracterização da primeira suspeita

		n (%)
Revelação do abuso pela vítima	Não	11 (35.5)
	A profissionais de saúde	3 (9.7)
	A familiares	7 (22.6)
	A conhecidos	2 (6.5)
	A outros	6 (19.4)
	Sem informação	2 (6.5)
Quem fez a denúncia	Vítima	3 (9.7)
	Profissionais de saúde	3 (9.7)
	Familiares	15 (48.4)
	Conhecidos	3 (9.7)
	Outro	7 (22.6)
Primeira sinalização	Hospital/Centro de saúde	12 (38.7)
	Polícia	12 (38.7)
	INML	2 (6.5)
	Outro	2 (6.5)
	Sem informação	3 (9.7)
Facto sinalizado que este na base da suspeição	Alteração súbita de comportamento	1 (3.2)
	História revelada pela vítima	14 (45.2)
	Sintomas físicos ou biológicos sugestivos de abuso	9 (29)
	Testemunho de práticas sexuais abusivas	4 (12.9)
	Outro	2 (6.5)
	Sem informação	1 (3.2)

4.4. Caracterização do alegado abuso que motivou a perícia médico-legal

Na grande maioria dos casos em que se dispunha de informação ($n=21$), o alegado evento foi referido aos peritos como tendo sido primeiro episódio (38.7%). Quanto à frequência das práticas, 25.8% das vítimas ou seus acompanhantes apontaram para uma periodicidade esporádica. *Tabela 6*

Frequentemente, a vítima ou seu acompanhante relataram a ocorrência de mais do que um tipo de prática durante o suposto episódio abusivo (25.8%), nos casos em que existe informação, bem como recurso a múltiplos “instrumentos” (29%). Sucessivamente foram descritas como práticas mais recorrentes as carícias de carácter sexual explícitas (19.4%) e a penetração vaginal (12.9%). *Tabela 6*

Apontou-se a casa da vítima, ou a do agressor em coabitação, como o local mais frequente das agressões (32.3%). Em 19.4% dos casos analisados, não se dispunha de qualquer informação sobre o local onde teria ocorrido o suposto abuso, assim como 71% não referia em que circunstâncias as referidas agressões teriam sido cometidas. No entanto, dos dados fornecidos, as ameaças verbais (9.7%), o aliciamento ou mais do que um destes exemplos foram descritos como estando mais presentes durante o episódio (6.5% cada), seguindo-se a violência física com e sem recurso a instrumentos (3.2% cada).

Tabela 6

Tabela 6. Caracterização do episódio de abuso que motivou a perícia médico-legal

		n (%)
Frequência	Uma vez	12 (38.7)
	Periodicidade regular	1 (3.2)
	Esporadicamente	8 (25.8)
	Sem informação	10 (32.3)
Local das agressões	Casa da vítima (ou da vítima e do abusador em coabitação)	10 (32.3)
	Casa do abusador	5 (16.1)
	Local ermo urbano	1 (3.2)
	Escola	2 (6.5)
	Recinto público	2 (6.5)
	Outro	5 (16.1)
	Sem informação	6 (19.4)
Circunstâncias	Ameaças verbais	3 (9.7)
	Ameaças com recurso a objetos	1 (3.2)
	Violência física (sem recurso a objetos)	1 (3.2)
	Aliciamento	2 (6.5)
	Múltiplas	2 (6.5)
	Sem informação	22 (71)
Tipo(s) de práticas descritas pela vítima ou o seu acompanhante	Carícias de carácter sexual explícitas	6 (19.4)
	Penetração vaginal	4 (12.9)
	Coito oral	1 (3.2)
	Tentativa de penetração anal	1 (3.2)
	Penetração anal	1 (3.2)
	Múltiplos	8 (25.8)
	Sem informação	10 (32.3)
“Instrumentos” supostamente usados	Pénis	7 (22.6)
	Língua/Boca	1 (3.2)
	Dedos	1 (3.2)
	Múltiplos	9 (29)
	Sem informação	13 (41.9)

4.5. Caracterização do exame médico-legal e das suas conclusões

Na sequência do suposto episódio de abuso, houve atendimento hospitalar em 51.6% dos casos. O intervalo de tempo entre o alegado contacto sexual e o exame médico-legal foi superior a 72 horas em 41.9% dos casos em que se dispunha de informação ($n=25$) e inferior em apenas 38.7%. *Tabela 7*

Na grande maioria dos casos não foram diagnosticadas quaisquer lesões decorrentes do alegado AS (80.6%). Foram identificados apenas 6 casos (19.4%

do total) cuja perícia detetou lesões, 9.7% sugestivas de contacto sexual e 9.7% inespecíficas desse tipo de contacto. *Tabela 7*

Registou-se a ocorrência de uma gravidez resultante de um episódio de abuso, a qual, após o diagnóstico e a apresentação de queixa, foi interrompida voluntariamente pela vítima. *Tabela 7*

Em 38.7% dos casos não se recorreu ao estudo de biologia e genética forense, devido ao tempo que já decorrera entre a ocorrência do alegado crime e a perícia médico-legal. Dos 15 estudos efetuados do total dos 31, apenas em 3 casos (20%, ou seja, 9.7% do total de casos estudados) se obteve resultado positivo para brentamina e perfil genético, decorrente de amostras retiradas do vestuário, superfície corporal e região genital. *Tabela 7*

Da informação disponível ($n=28$, 90.3%), resulta que nunca foram realizados estudos toxicológicos. Relativamente aos estudos microbiológicos, apenas existe a indicação da realização de 1 estudo (3.2%), com resultado negativo, A avaliação psicológica forense foi efetuada em 77.4% dos casos, sendo que na grande maioria dos relatórios médico-legais (58.1%), não existe qualquer informação sobre o diagnóstico feito nessa avaliação; no entanto, em 16.1% dos casos é assinalada a presença de indicadores clínicos compatíveis com a experiência de AS. *Tabela 7*

As conclusões da perícia médico-legal apresentam-se, maioritariamente, como inespecíficas para o diagnóstico de AS: 67.7% dos casos foram apreciados como possíveis mas não demonstráveis e 6.5% como duvidosos. Somente em 12.9% os achados foram considerados como sugestivos e apenas em 6.5% como diagnósticos. *Tabela 8*

Tabela 7. Caracterização do exame médico-legal

		n (%)
Horas entre o alegado crime e o exame médico-legal	≤ 72 horas	12 (38.7)
	>72 horas	13(41.9)
	Sem informação	6 (19.4)
Lesões	Ausentes	25 (80.6)
	Sugestivas de contacto sexual	3 (9.7)
	Inespecíficas de contacto sexual	3 (9.7)
Biologia e genética forense	Não	12 (38.7)
	Negativo	12 (38.7)
	Positivo	3 (9.7)
	Sem informação	4 (12.9)
Avaliação por Psicologia Forense	Não solicitada	7 (22.6)
	Com indicadores clínicos compatíveis com o suspeito AS	5 (16.1)
	Não apresenta indicadores compatíveis com o suspeito AS	1 (3.2)
	Sem informação	18 (58.1)

Tabela 8. Conclusões médico-legais - Compatibilidade entre os achados clínicos e laboratoriais e a história do evento

	n (%)
Duvidoso (Inespecífico)	2 (6.5)
Possível mas não demonstrável (Inespecífico)	21 (67.7)
Provável (Sugestivo)	4 (12.9)
Demonstrável (Diagnóstico)	4 (12.9)

5. Discussão

Em Portugal, os estudos de prevalência sobre os crimes de natureza sexual são escassos e relativamente ao AS de pessoas com AGF são praticamente inexistentes.

Relativamente à realidade portuguesa, segundo um relatório publicado pela APAV [30], só em 2013 foram registadas 258 queixas de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual. Atendendo ao facto de que a AGF representa um fator de risco de AS, e estimando-se que sofram de AS 4 a 10 vezes mais do que a população em geral [14, 17], a amostra de 31 casos de suspeita de AS a pessoas com AGF denunciadas no intervalo de 10 anos parece-nos subestimada. Este facto pode-se dever, entre outras razões, às problemáticas que se identificam na exposição e denúncia destes casos, nomeadamente, nas dificuldades que os profissionais sentem perante um situação deste tipo, na descrença perante o depoimento do indivíduo com “deficiência”, na dissimulação deste tipo de crime e, principalmente, nas dificuldades com que a vítima se depara para conseguir expor a sua experiência de vitimização [1, 6, 7]. Neste estudo, não foi identificado nenhum crescimento relevante no número de denúncias ao longo dos anos, encontrando-se uma média de 3.1 casos denunciados por ano. Ressalta, contudo, o facto de em 2003 não ter existido qualquer denúncia e em 2012 se ter superado em 3 vezes a média anual. Estas diferenças podem ser resultado de uma maior sensibilização da sociedade face à suspeita e denúncia do crime de AS e/ou uma melhor intervenção dos profissionais no terreno, mais atentos a esta problemática, às suas particularidades e à sua especial gravidade [3, 8, 9].

5.1. A vítima, o alegado abusador agressor e o seu relacionamento

A análise dos alegados casos de crime de natureza sexual revelou uma predominância das vítimas do sexo feminino (71%), jovens (idade média de 22.3 anos), solteiras (93.5%), estudantes ou sem qualquer atividade (ambos 5.2%). Estudos versados sobre casos de AS demonstraram que adolescentes e jovens adultos estão mais propensos ao risco de vitimização [16, 22-23]. A preeminência do sexo feminino revelada no presente estudo pode, efetivamente, apontar as mulheres como sendo mais suscetíveis a este tipo de crime, informação concordante com a literatura já publicada sobre os AS em geral e a problemática em análise [5, 17, 20]. Apesar de tanto homens como mulheres estarem sujeitos a este tipo de crime, estima-se que um terço das mulheres em geral sofra algum episódio de abuso sexual ao longo da sua vida, podendo algumas características pessoais contribuir para o incremento desse fator de risco, nomeadamente, a incapacidade [20]. Outros estudos indicaram que, em algumas partes do mundo, uma em cada cinco mulheres já sofreu de algum episódio de AS [7, 21] e, de uma revisão de 412 estudos sobre AS em 56 países, cerca de 70% das mulheres admitiu algum tipo de violência no decorrer da sua vida perspetivando, segundo a ONU, que uma em cada cinco mulheres será vítima de abuso ou tentativa de abuso [29].

Neste estudo, a maioria das vítimas não exercia qualquer atividade (45.2%) devido ao seu grau de afetação permanente da integridade físico-psíquica, estando dependentes de ajuda de terceira pessoa. Relativamente à sua funcionalidade, e confirmando estudos anteriores [14], acentuam-se a incapacidade intelectual na maioria das vítimas (51.6%), seguida das afetações múltiplas (32.3%), tendo sido, supostamente, abusadas por um indivíduo do sexo

masculino (77.4%), seu familiar (35.5%). O referido está de acordo com os dados já publicados em que se infere que 50% a 80% dos abusos sexuais são cometidos por agressores conhecidos da vítima [20, 26, 34]. Esta relação pode justificar-se dado que frequentemente os alegados abusadores pertencem ao sistema de apoio da vítima, ou seja, são os seus pais, padrastos, tios, netos, cunhados e viverem em situação de coabitação (35.5%). Tal circunstância facilita, necessariamente, o AS, algo que se comprova, por exemplo, pelo local das agressões ter sido maioritariamente (em 32.3 % dos casos em que se dispunha de informação) a casa da vítima ou desta e do agressor em situação de coabitação. O diagnóstico nestas situações é, no entanto, muito difícil, tendo em conta que os casos intrafamiliares estão envoltos em dinâmicas particulares de segredo [8]. Além disso, por frequentemente se darem dentro das casas dos próprios abusadores e sem recurso a violência física, existe maior dificuldade na sinalização da situação [4, 8, 13, 32]. Em acréscimo, certos aspetos relacionados com as incapacidades como a dependência financeira, convivência e necessidade permanente de um cuidador podem, efetivamente, contribuir para o silêncio da vítima, da sua família ou de quem tenha conhecimento [19].

O facto de 16.1% dos agressores apresentar história de comportamentos desviantes, todos por consumo abusivo de álcool, vai ao encontro da literatura publicada em que se determina a relação entre o abuso de álcool e o abuso sexual: estudos demonstram que o abuso de álcool estabelece-se como causa e produz consequências diretas no abuso sexual [15]. Resultados de um estudo sobre a prevalência do uso do álcool em casos de abuso sexual apontaram a presença de álcool em 20% dos casos de AS analisados [31]. Porém, é comum

a associação da presença de álcool em qualquer outro tipo de agressão, sendo ele um frequente fomentador da violência interpessoal [17].

O facto de a grande maioria das vítimas deste crime ser portadora de incapacidade intelectual influi, também, na denúncia. Apesar de 58.1% das vítimas ter revelado o abuso a alguém (a familiares em 48.4%), apenas 9.7% foi capaz de expor a queixa por si mesma. Note-se, neste ponto, que a revelação do episódio apesar de não raramente ter acontecido por parte da vítima (45.2%), frequentemente ocorreu após suspeita por parte de outro que, ao questionar a vítima, terá percebido qualquer informação coerente com a suspeita de possível abuso. Contudo, relativamente às vítimas que revelaram o AS, perceberam-se algumas dificuldades na perceção do abuso, sendo que, apesar de a maioria denotar entendimento face ao sucedido (ao afirmarem “*ser errado*”), não apresentavam consciência da existência das suas opções após terem sido vitimizadas. Estes resultados confirmam a bibliografia nacional e estrangeira já publicada relativamente à vitimização das pessoas com handicaps, sugerindo que as vítimas com AGF não conseguem oferecer resistência ao AS por, muitas vezes, apresentarem incapacidades físicas que as desabilitam para tal, e não o denunciam por, frequentemente, não apresentarem competências intelectuais que as permitam entender e identificar o que constitui o abuso sexual. [6, 21-22].

5.2. O alegado abuso

O facto de na maioria dos casos em estudo, o alegado abuso ter sido indicado como único episódio (38.7%), pode parecer discrepante com o restante mencionado perante a tese de vulnerabilidade da vítima e a sua incapacidade de denunciar. Porém, tal resultado desconsidera-se pelo número de relatórios

que se apresenta, na amostra já reduzida de 31 perícias, sem qualquer informação quanto à frequência dos abusos em 32.3% dos casos. Repare-se que, dos 31 casos analisados, 12 foram indicados como episódios únicos de abuso, 8 assinalaram periodicidade esporádica, 1 denunciou o abuso regular e 10 abstiveram-se de qualquer informação. Aponta-se ainda o fato de 48.4% dos casos ter sido denunciado por familiares e, conseqüentemente, descrito pelos mesmos aos peritos no âmbito de perícia médico-legal, face ao episódio de que tomaram conhecimento, e não pela vítima. Este facto apenas é demonstrativo da dificuldade de obtenção de informação por parte dos peritos forenses, informação essa que faltando, muito prejudica o diagnóstico do caso. No entanto, note-se que num estudo comparativo realizado sobre o AS a mulheres com e sem incapacidades constatou-se que, da análise efetuada existe pouca diferença no risco de AS entre pessoas com incapacidade moderada e aquelas que não descrevem qualquer “*deficiência*” mas que, relativamente às AGF, existe um maior risco de vitimização embora pouco significativo havendo, porém, quatro vezes mais probabilidade de estas serem abusada sexualmente [24]. Pesquisas apontam ainda para a existência de menor probabilidade de denúncia do AS por parte de mulheres com incapacidades do que mulheres sem incapacidade [19, 33].

Frequentemente, a vítima com AGF ou seu acompanhante denunciaram a ocorrência de mais do que um tipo de prática durante o suposto episódio de AS (25.8%), encontrando-se as carícias de carácter sexual explícitas e a penetração vaginal como as mais frequentes, justificado pela maioria das vítimas ser do género feminino. Em 71% dos casos analisados não havia referência das circunstâncias em que os referidos abusos teriam sido cometidos apesar de, dos

dados fornecidos, as ameaças verbais (9.7%), o aliciamento (6.5%) ou mais do que um destes exemplos (6.5%) terem sido descritos como os mais frequentes durante o crime, seguindo-se a violência física com e sem recurso a objetos (3.2% cada). O medo, sendo algo legítimo à condição humana, apresenta-se como uma das armas mais presentes na maioria dos crimes cometidos contra outrem. Não é, portanto, inesperado que as ameaças verbais sejam um recurso frequente dos abusadores. Neste sentido, o alegado abusador apela ao receio de exposição, à vergonha que a vítima sente e ao trauma infligido como subterfúgio para esconder o crime, não esquecendo que a vulnerabilidade que muitas destas vítimas apresentam a nível psicológico as torna facilmente influenciadas tanto num cenário de insinuação e aliciamento como a outro de ameaças e intimidações. Estudos demonstram que o medo da vítima perante a hipótese de retaliação, de ser descreditada e de a confidencialidade não ser respeitada estão, muitas vezes, na base das cifras negras do crime de abuso sexual [21, 25]. Por não se sentirem seguras, sejam pessoas com total capacidade ou portadores de handicaps, optam por se remeter ao silêncio e ao segredo, identificando-se, assim, o medo como um fator de risco.

5.3. O exame médico-legal

Na maioria dos casos identificados (51.6%), registou-se atendimento hospitalar na sequência do suposto evento, tendo o intervalo de tempo entre o alegado crime e o exame médico-legal sido superior a 72 horas em 41.9%. Neste ponto, destaca-se a importância da denúncia. Por razões de segurança e prevenção do crime, o tempo que decorre entre o alegado crime e a denúncia será crucial no exame médico-legal [6], sendo que uma denúncia feita precocemente estará

mais apta a permitir intervenções médicas e jurídicas acertadas do que uma denúncia mais tardia [7, 21, 26]. Em acréscimo, estudos sobre as consequências da denúncia tardia de AS, revelaram que vítimas que esperaram mais de um mês para realizar a queixa de AS estão mais propensas a sofrer de Perturbação de Stresse Pós-Traumática (PTSD) e depressão, comparativamente com aquelas que revelaram a alegada agressão mais precocemente [16, 18].

Na grande maioria dos casos aqui em estudo não foram diagnosticadas quaisquer lesões decorrentes do AS (80.6%), tendo sido apenas identificados 6 casos (19.4% do total) em cuja perícia se detetaram lesões, 9.7% sugestivas de contacto sexual, e 9.7% inespecíficas desse contacto. Segundo a literatura, lesões na superfície corporal são as mais frequentes, apresentando-se em mais de dois terços dos casos de abuso sexual [2, 25]: tentativa de estrangulamento, traumatismo da cabeça, face, dorso ou membros; lesões provocadas por tentativa de defesa como arranhões, equimoses, escoriações, lacerações, marcas de mordidas e que podem ser observadas mas frequentemente nas mãos, braços e coxas. Lesões genitais são, assim, menos frequentes [5, 20]. Devido ao tempo que já decorrera entre o suposto crime denunciado e o exame pericial, em 38.7% dos casos não se recorreu ao estudo de biologia e genética forense

Das 15 análises efetuadas, apenas em 9.7% se obteve resultado positivo para brentamina e perfil genético, decorrente de amostras retiradas do vestuário, superfície corporal e região genital. Neste estudo e na amostra analisada, não se identificou qualquer recurso a estudos toxicológicos e, relativamente aos estudos microbiológicos apenas 1 foi realizado. Em todo o caso, importa assinalar que a ausência de vestígios físicos e/ou biológicos não significa que o

AS não possa ter ocorrido uma vez que, num grande número destas situações, delas não resultam quaisquer vestígios [3]. Importa aqui mencionar também que, relativamente à presença e ausência de lesões, propõe a literatura que os casos de AS recente estejam mais frequentemente associados a agressões extrafamiliares, isoladas e a maior violência física, sendo mais suscetíveis, devido à sua rápida revelação, de serem provados com base em lesões e/ou vestígios físicos ou biológicos que possam ser encontrados [3, 4, 13, 27]. Já os abusos sexuais associam-se mais a situações que acontecem no contexto da família, prolongando-se no tempo, recorrendo a práticas fisicamente pouco intrusivas e que só muito tardiamente são revelados [3-4, 13, 27].

A avaliação por psicologia forense, fundamental na valoração do relato da vítima [11], foi solicitada em 77.4% dos casos, sendo que, em grande parte dos relatórios médico-legais, não existe qualquer informação sobre o resultado desta avaliação (58.1%). Em 16.1% dos casos registados, todavia, é assinalada a presença de indicadores clínicos compatíveis com a experiência de AS.

Dos achados encontrados, o exame médico-legal considerou 74.2% dos casos como inespecíficos de contacto sexual, tendo sido considerados como diagnósticos e sugestivos em apenas 6.5% e 12.9%, respetivamente. Note-se que nem todos os relatórios em que existia presença de lesões foram considerados sugestivos de contacto sexual, e que nem todos aqueles que foram apreciados como inespecíficos se caracterizavam pela ausência de lesões. Estes resultados eram expectáveis, tendo em conta o descrito na literatura, que poucos são os vestígios considerados indicadores diagnósticos ou sugestivos de contacto sexual [1, 8, 20, 25].

A perícia médico-legal e forense contribui de forma significativa para a decisão judicial e, por isso, é essencial que todo o cuidado seja prestado no exame forense e que não se descurem as consequências que a fragilidade das vítimas acarreta, tendo em conta que, dadas as suas características, se trata de uma prova particularmente difícil de produzir [8, 12]. Neste sentido, deve-se atender à necessidade de informar mais e melhor a comunidade para que esta seja mais vigilante com as pessoas que apresentam necessidades especiais e que por isso, se encontram mais vulneráveis à vitimização. Importa, também, atender aos profissionais de saúde quanto à sensibilidade e atenção dispensada face a estes casos e às suas especificidades. Por vezes, e como foi confirmado neste estudo, a primeira intervenção médica é realizada por profissionais não forenses e por isso, frequentemente despreparados para a realização de uma correta intervenção. Impera, assim, a necessidade de se promover a melhor atuação para com as vítimas portadoras de AGF, a fim de se concretizar a intervenção mais adequada e dispor a melhor resposta para que, quando um destes casos for finalmente denunciado, não se torne em mais uma cifra negra.

5. Conclusões

Deste estudo, podemos concluir que:

- a) A amostra de 31 casos de AS a pessoas com AGF, submetidos a exame forense na delegação do norte do Instituto de Medicina Legal, I.P., entre 2003 e 2013, parece francamente reduzida e subestimada;
- b) As vítimas são, predominantemente, do sexo feminino (71%);
- c) A incapacidade intelectual são o tipo de AGF mais frequente (52%);

- d) Os supostos abusadores terão sido sempre homens, familiares das vítimas (36%), tendo os abusos ocorrido, frequentemente, na casa da vítima (32%) em coabitação com o agressor (36%);
- e) A denúncia foi feita, na maioria das vezes, por familiares da vítima (48%), preferencialmente aos Serviços de Saúde (39%) e à Polícia (39%), após revelação da história por parte da vítima (45%) ou pela observação de sinais sugestivos (29%);
- f) Quanto à frequência do AS, 37% terá sido um caso isolado;
- g) A maioria das vítimas não apresentou lesões (90.3%);
- h) As conclusões médico-legais consideraram em 74% dos casos os achados como inespecíficos.

Considerando que se tratou de um estudo retrospectivo e com uma amostra bastante reduzida, deverão ser tomadas precauções quanto à generalização dos dados recolhidos. Note-se ainda que este estudo não se encontra livre de limitações. Devido à escassez de literatura sobre AS a pessoas com AGF, não foi possível estabelecer comparações com outros estudos semelhantes. Por isso, o recurso a outros estudos referentes ao AS foi essencial, apesar de, maioritariamente, não versando sobre AFF. Devido à pouca amostra e às limitações dos relatórios médico-legais, não foi possível avaliar detalhes específicos (e.g. características do abusador), que poderiam influenciar os resultados.

Este estudo deixou ainda em aberto uma variedade de questões relativas ao AS de pessoas com AGF, distinguindo-se a evidente necessidade em se prosseguir para uma investigação mais completa sobre esta problemática, tendo em vista

demonstrar a existência deste tipo de crime e as suas características, promovendo a sua denúncia e a definição das melhores estratégias a estabelecer nestes cenários.

REFERÊNCIAS

1. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Botash AS, Kellogg ND, Shapiro RA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. **20**(3): 163-172, 2007.
2. Gavril AR, Kellogg ND, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics*: 282-289, 2012.
3. Magalhães T, Ribeiro C. Interviewing victims of sexual crimes. *Acta Médica Portuguesa*. **20**(5): 439-445, 2007.
4. Magalhães T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *Journal of forensic and legal medicine*. **16**(8): 455-459, 2009.
5. Rosen DB. Violence and exploitation against women and girls with disability. *Annals of the New York Academy of Sciences*. **1087**(1): 170-177, 2006.
6. Vieira DN. Aspectos práticos de avaliação de dano corporal em direito civil. *Imprensa da Univ. de Coimbra Vol. 2*: 119-130, 2008.
7. Organization WH. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence, 2003.

8. Jardim P. O abuso sexual na criança. Contributo para a sua caracterização na perspetiva da intervenção médico-legal e forense, in Ciências Forenses. *Universidade do Porto*, 2011.
9. Neves S, Fávero M. Vitimologia: ciência e activismo. *Coimbra: Almedina*, 2010.
10. Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Current opinion in obstetrics and gynecology*. **20**(5): 435-441, 2008.
11. Lamb M, Peixoto CE, Ribeiro C. Forensic interview protocol in child sexual abuse. Why and what for?. In *2nd International Conference on Child Abuse and Neglect*. 133-159, 2011.
12. Jardim P, Matos E, Magalhães T. O impacto da perícia médico-legal na decisão judicial nos casos de abuso sexual de crianças. Estudo preliminar. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. **22**: 23-54, 2011.
13. Taveira F, Frazão S, Dias R, Matos E, Magalhães T. Intra and extra-familiar sexual abuse. *Acta medica portuguesa*. **22**(6): 759-66, 2009.
14. Morano JP. Sexual abuse of the mentally retarded patient: medical and legal analysis for the primary care physician. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. **3**(3): 126-135, 2001.
15. Jessell L, Mateu-Gelabert P, Guarino H, Vakharia SP, Syckes C, Goodbody E, Ruggles KV, Friedman S. Sexual violence in the context of drug use among young adult opioid users in New York City. *Journal of interpersonal violence*.: 0886260515596334.

16. Bicanic IA, Hehenkamp LM, Van De Putte EM, Wijk AJ, Jongh A. Predictors of delayed disclosure of rape in female adolescents and young adults. *European journal of psychotraumatology*, 6, 2015.
17. Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *BMC public health*. **14**(1):1-7, 2014.
18. Senn CY, Eliasziw M, Barata PC, Thurston WE, Newby-Clark IR, Radtke L, Hobden KL. Efficacy of a sexual assault resistance program for university women. *New England journal of medicine*. **372**(24): 2326-2335, 2015.
19. Greenwood NW, Wilkinson J. Sexual and reproductive health care for women with intellectual disabilities: a primary care perspective. *International journal of family medicine*. 1-8, 2013.
20. Luce H, Schragger S, Gilchrist V. Sexual assault of women. *American family physician*. **81**(4): 489-495, 2010.
21. Adefolalu AO. Fear of the perpetrator: a major reason why sexual assault victims delayed presenting at hospital. *Tropical Medicine & International Health*. **19**(3): 342-347, 2014.
22. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, McCoy E, Mikton C, Shakespeare T, Officer A. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. **379**(9826): 1621-1629, 2012.
23. Harrell E. Crime Against Persons With Disabilities, 2009–2011—Statistical Tables (NCJ 240299). *Washington, DC: US Department of Justice*, 2012.

24. Casteel C, Martin SL, Smith JB, GurkaKK, Kupper LL. National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Injury Prevention*. **14**(2): 87-90, 2008.
25. Linden JA. Care of the adult patient after sexual assault. *New England Journal of Medicine*. **365**(9): 834-841, 2011.
26. Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. **119**(3): 180-191, 2009.
27. Magalhães T, Sousa MC, Silva AG, Costa DP, Grams AC, Ribeiro C, Gonzalez R, Costa JP. Child sexual abuse: a preliminary study. *Journal of clinical forensic medicine*. **5**(4): 176-182, 1998.
28. Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen US states/territories, 2005. *American journal of preventive medicine*. **34**(2): 112-118, 2008.
29. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, García-Moreno C. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *The Lancet*. **383**(9929): 1648-1654, 2014.
30. APAV. Instituição de solidariedade social-pessoa coletiva de utilidade pública Relatório Anual de 2012. 2013.
31. Young A, Grey M, Abbey A, Boyd CJ, McCabe SE. Alcohol-related sexual assault victimization among adolescents: prevalence, characteristics, and correlates. *Journal of studies on alcohol and drugs*. **69**(1): 39-48, 2008.
32. Fischer DG, McDonald WL. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. **22**(9): 915-929, 1998.

33. Horner-Johnson W, Drum CE. Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. **12**(1): 57-69, 2006.
34. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. *BMJ: British Medical Journal*. **334**(7604): 1154-1158, 2007.
35. Associação Portuguesa de Seguradores (Ed), Modelo de Intervenção e acompanhamento das pessoas acidentadas com alteração grave na funcionalidade. Lisboa. 2013.