



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

Natália Sofia de Sousa Silva
Agressão Sexual Recente.
Abordagem médico-legal e forense.

março, 2014

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Natália Sofia de Sousa Silva

Agressão Sexual Recente.
Abordagem médico-legal e forense.

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Legal

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Professora Doutora Teresa Magalhães

E sob a Coorientação de:

Mestre Patrícia Jardim

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Acta Médica Portuguesa

Março, 2014

FMUP

Eu, Natália Sofia de Sousa Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 200807817, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação:

Natália Sofia de Sousa Silva

NOME

Natália Sofia de Sousa Silva

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13821998

mimed08154@med.up.pt

963563082

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200807817

2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Medicina Legal

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Agressão Sexual Recente. Abordagem médico-legal e forense.

ORIENTADOR

Professora Doutora Teresa Magalhães

COORIENTADOR (se aplicável)

Mestre Patrícia Jardim

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/~~Monografia~~ (riscar o que não interessa) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação: _____

Natália Sofia de Sousa Silva

*Ao meu irmãos,
Aos meus pais, Natália e Fernando Jorge,
Ao meu namorado, Daniel,
E à minha querida amiga Catarina Machado.*

Agressão Sexual Recente.
Abordagem médico-legal e forense.

Acute Sexual Assault.
A Portuguese forensic approach.

Lic. Natália Silva¹, Mestre Patrícia Jardim^{1,3}, Professora Doutora Teresa Magalhães¹⁻³

E-mail: mimed08154@med.up.pt

Morada: Rua Vieira Pinto 573, 1º ESQ, Oliveira do Douro, Gaia

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

² Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), I.P. – Delegação do Norte

³ Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto

Agressão Sexual Recente.

Abordagem médico-legal e forense.

RESUMO

Introdução: A literatura nacional e internacional publicada relativamente às agressões sexuais revela que é mais provável a obtenção de provas forenses quando o exame médico forense (EMF) é realizado precocemente relativamente ao último contacto sexual entre a vítima e o suposto agressor. O principal objetivo deste estudo é a análise do impacto do EMF realizado nos casos de agressões sexuais agudas nas respetivas decisões judiciais, para que desta forma se possam delinear estratégias para as melhorar e adequar ao serviço da Justiça.

Material e métodos: Este estudo abrange vítimas de todas as idades, que foram submetidas a EMF nas primeiras 72 horas após o alegado último contacto sexual não consentido nos serviços do norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., no período entre 2004 e 2012, para as quais se obteve a respetiva decisão judicial.

Resultados: A amostra é constituída por 100 casos, dos quais 70% foram arquivados em processo de inquérito, em apenas 22% dos casos, o alegado agressor foi condenado. As vítimas eram predominantemente do sexo feminino (86%), com idade média de 13.3 anos. O alegado agressor era maioritariamente do sexo masculino (92%), com idade média de 30 anos.

Discussão: Demonstrou-se que as condenações se encontravam estatisticamente associadas a: (1) vítimas com menos de 18 anos; (2) agressores com idade superior a 30 anos; (3) lesões/sequelas sugestivas de contacto sexual; (4) presença de perfil genético heterólogo nos vestígios colhidos no corpo ou roupa da vítima; (5) presença de outros indicadores de contacto sexual diagnósticos; e (5) conclusões do EMF classificadas como diagnósticas do contacto sexual.

Conclusão: Com o presente estudo demonstrou-se que o EMF tem forte impacto na decisão judicial, salientando-se a importância da deteção de indicadores diagnósticos e sugestivos de contacto sexual, que só é possível através da rápida e especializada realização destes exames.

Palavras-chave: decisão judicial; agressão sexual aguda; exame médico forense

ABSTRACT

Introduction: The national and international literature published regarding sexual assault reveals that it is more likely to obtain forensic evidence when the forensic medical examination (FME) is performed early after the alleged sexual contact between the victim and the alleged perpetrator. The main goal of this study is to analyze the impact of FME performed in cases of acute sexual assault on the respective legal outcomes and therefore devise strategies in order to improve and adjust them to the service of justice.

Material and Methods: This study involves alleged victims of all ages, who were submitted to a FME within 72 hours after the last alleged nonconsensual sexual contact in the north services of the Portuguese National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, IP (INMLCF) between 2004 and 2012, for whom it was obtained the respective legal outcomes.

Results: The sample consists of 100 cases, of which 70% were filed in the investigation process and only in 22% of the cases the alleged offender was convicted. The victims were predominantly female (86%) with a mean age of 13.3 years. The alleged perpetrator was mostly male (92%), with a mean age of 30 years old.

Discussion: It was demonstrated that the convictions were statistically associated with: (1) victims under 18 years, (2) offenders older than 30 years, (3) suggestive injuries of sexual contact, (4) presence of heterologous genetic profile in traces collected on the victim's body or clothing, (5) presence of other diagnostic indicators of sexual contact, and (5) conclusions of FME classified as diagnostic of sexual contact.

Conclusion: With the present study it was demonstrated that the FME has strong impact on legal outcomes, highlighting the importance of early detection of diagnostic and suggestive indicators of sexual contact, which is only possible with an early execution of the FME done by someone expertise in the area.

Key Words: legal outcome; acute sexual assault; forensic medical examination;

INTRODUÇÃO

A violência sexual constitui uma violação grave dos direitos humanos com um impacto devastador nas vítimas. Os estudos revelam que, apesar de ser mais frequente no sexo feminino, este tipo de crime pode ocorrer independentemente da idade, cultura, raça, país, sexo e estatuto socioeconómico¹⁻³.

A análise da prevalência e incidência da violência sexual apresenta-se como um grande desafio de investigação sobre o processo de vitimização. Tal deve-se a diferentes razões, tais como, entre outras, a: (1) ocultação pelas vítimas; (2) baixo número de denúncias pelas testemunhas ou profissionais; (3) estudos que não abordam todos os tipos de violência sexual; (4) dados relativos a instituições específicas e não transversais⁴.

Contudo, segundo alguns estudos populacionais, a incidência e prevalência deste crime revelam-se muito elevadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), através de um estudo que abrangia diversos países demonstrou que 6% a 59% das mulheres, em algum momento da sua vida, foram vítimas de violência sexual pelo marido ou namorado⁵. Outros estudos populacionais realizados a 39 países estimaram que 0.3% a 39% das mulheres reportaram crimes de violência sexual por um estranho ou 'parceiro', em algum momento da sua vida⁶. Relativamente à incidência anual deste crime, poucos estudos se encontram publicados, revelando estatísticas elevadas: 185 por 100.000 mulheres num período de 14 anos no Colorado, EUA⁷; 9.1 por 100.000 mulheres num período de 12 anos na Dinamarca⁸; e 25 por 100.000 mulheres nos EUA⁹.

Apesar da vasta investigação no âmbito dos crimes sexuais, ainda hoje, como mencionado acima, não existe uma definição consensual do que é violência sexual. De qualquer forma, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência sexual pode ser definido como "qualquer ato sexual ou tentativa, iniciativas ou comentários sexuais não autorizados usando a coação, ameaças ou a força física por parte de qualquer pessoa, independentemente do relacionamento com a vítima"³. Um outro conceito cuja definição se demonstrou inconstante na literatura foi o de agressão sexual recente. Foram realizadas pesquisas sobre o período de tempo máximo para recolha de vestígios de contacto sexual, porém, os resultados são díspares. No *North Dakota sexual assault evidence collection protocol, 4th edition* foi sugerido que devido aos avanços da tecnologia, a recolha de vestígios poderia prolongar-se até às 96 horas¹⁰. Na Federação Russa, esse tempo limite estende-se até 5 dias¹¹, enquanto que, na África do Sul, não se considera um limite específico para a recolha de evidências forenses¹².

Sabe-se, todavia, que quanto mais cedo for a realização do EMF à vítima, maior será a possibilidade de se detetarem lesões resultantes do contacto sexual e a obtenção de material biológico para determinação do perfil genético do agressor. Apesar deste facto, e de acordo com a prática corrente e a maioria da literatura, o limite das 72 horas após o último contacto sexual é ainda o mais considerado.^{3,13}

Os casos ditos recentes, estão mais associados a crimes extra-familiares, isolados e mais agressivos do ponto de vista físico tendo, no entanto, maior probabilidade de serem provados com base nos vestígios forenses recolhidos¹⁴⁻¹⁶. Estes, ao serem utilizados no tribunal como provas do contacto sexual parecem influenciar a decisão judicial, isto é, a condenação ou não condenação do agressor. No entanto, outros fatores parecem também influenciar essa decisão, como sejam: a idade da vítima, o estatuto socioeconómico da mesma, o seu eventual nível de psicopatologia ou comportamentos desviantes (álcool ou drogas), a relação entre o suspeito e a

vítima, a circunstância do abuso (e.g.: se houve ou não uso de armas), os antecedentes do suspeito (e.g.: se tem ou não registo criminal) e o grau de suporte familiar.¹⁷⁻²⁰

Com a intenção de fornecer melhores condições às vítimas, têm sido tomadas iniciativas para tornar mais fácil o seu acesso aos cuidados de saúde e aos serviços médico-legais²¹. A precocidade da avaliação da vítima predispõe a uma recolha maior e com melhor qualidade de vestígios forenses. Tendo em conta o exposto, percebe-se a importância da análise dos EMF nas agressões sexuais recentes e a respetiva decisão judicial. No entanto, muitos dos casos absolvidos e/ou arquivados não correspondem necessariamente à ausência de agressão e, que tal desfecho se verifica, muitas vezes, por falta de provas. Um dos fatores responsáveis poderá ser o intervalo prolongado que decorre entre o EMF à vítima e o momento do contacto sexual, o que invalida, muitas vezes, a produção da prova pericial e, por isso, alguns estudos revelam uma baixa associação dos vestígios médico-forenses recolhidos com a condenação do agressor.²⁰⁻²²

Este tipo de estudo já foi abordado por diversos autores, sendo que, ainda não foi publicado em Portugal. O seu principal objetivo é caracterizar os casos de agressão sexual recente, registados no Norte de Portugal, cuja decisão judicial foi a condenação do agressor. Dessa forma, este trabalho contribuirá para o melhor conhecimento desta realidade para que possam ser delineadas estratégias para detetar e diagnosticar este tipo de situações mais precocemente de modo a que o impacto do EMF seja cada vez maior e mais útil a nível das decisões judiciais.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo baseado em relatórios periciais selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: alegadas vítimas de agressão sexual, de todas as faixas etárias e de ambos os sexos, submetidas a EMF na Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF) e nos Gabinetes Médico Legais e Forenses (GMLF) dela dependentes, nas primeiras 72 horas após o último alegado contacto sexual não consentido, no período compreendido entre 2004 e 2012, para os quais se obteve os despachos de arquivamento em sede de inquérito e as sentenças judiciais provenientes, respetivamente, dos serviços do Ministério Público e dos Tribunais Criminais de circunscrições judiciais incluídas na área de competência territorial em estudo.

Foram solicitadas as decisões judiciais relativas a todas as vítimas de alegada agressão sexual (2731 processos), sendo estudados, após aplicação dos critérios de inclusão acima descritos, apenas 100 casos, o que corresponde a 3.7% de todas as alegadas agressões sexuais no norte de Portugal entre 2004 e 2012.

Para a recolha de dados foi realizada uma ficha aplicada apenas por 2 investigadoras treinadas para o efeito assegurando, desta forma, a fiabilidade na colheita dos dados. A ficha incluía 44 questões, divididas nas seguintes secções (a) Identificação do processo; (b) Caracterização da vítima; (c) Caracterização do suposto agressor; (d) Caracterização do suposto crime; (e) Exame físico; (f) Exames complementares de diagnóstico; (g) Perícia de psicologia forense; (h) Conclusões médico-legais; (i) Conclusões judiciais.

Na colheita dos dados relativos ao tipo de práticas e às lesões observadas, quando estes eram múltiplos, foi considerada apenas a prática fisicamente mais intrusiva e a lesão de natureza sexual mais grave. A classificação das lesões e/ou sequelas em “sugestivas” e “inespecíficas”

foi efetuada de acordo com as “*Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused*”²³.

As conclusões médico-legais dos relatórios periciais apresentavam-se formuladas de acordo com a seguinte classificação: (1) “Incompatível”; (2) “Duvidoso”; (3) “Possível mas não demonstrável”; (4) “Provável”; (5) “Demonstrável”. No entanto, a classificação mais frequentemente referida na literatura internacional [20] é: (1) “Diagnóstico”; (2) “Sugestivo”; (3) “Inespecífico”; esta última classificação revela-se, também, mais útil para efeitos de análise estatística. Assim, estabeleceu-se a seguinte correspondência:

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

Realizou-se um estudo estatístico comparativo entre os casos em que o arguido foi condenado (CC) e os casos em que não houve condenação (CNC) - processo arquivado, suspenso provisoriamente, desistência de queixa ou arguido absolvido.

Para a base de dados recorreu-se ao programa informático Excel 2010. A análise estatística foi efetuada no *PASW Statistics 18.0 (IBM SPSS software)* para *Windows*. O teste Qui-quadrado de Pearson e o teste de Fisher foram utilizados nas comparações e verificação de independência de variáveis categóricas. Para a análise das variáveis quantitativas, realizou-se o teste *t-student*. Admitiu-se um nível de significância de 0.05, não se tendo considerado para efeito desta análise os casos em que não havia informação disponível.

RESULTADOS

Caracterização das decisões judiciais

A análise das 100 decisões judiciais revelou que a maioria dos casos (70%) foram arquivados pelo Ministério Público e apenas 28% foram acusados e julgados; em 1 deles (1%), o processo foi provisoriamente suspenso (SPP) e noutro (1%) houve desistência da queixa, sendo o crime de natureza semipública (Figura 1). O motivo mais frequente para o arquivamento foi a insuficiência ou ausência de prova (64%) (Figura 1). Nas acusações, o crime mais frequentemente considerado foi o “abuso sexual de crianças” - artigo 171º do Código Penal (73.7%).

Dos casos acusados (n=28), 21.4% foram absolvidos e 78.6% condenados, correspondendo isto, respetivamente, a 6% e 22% do total dos casos iniciais (Figura 1).

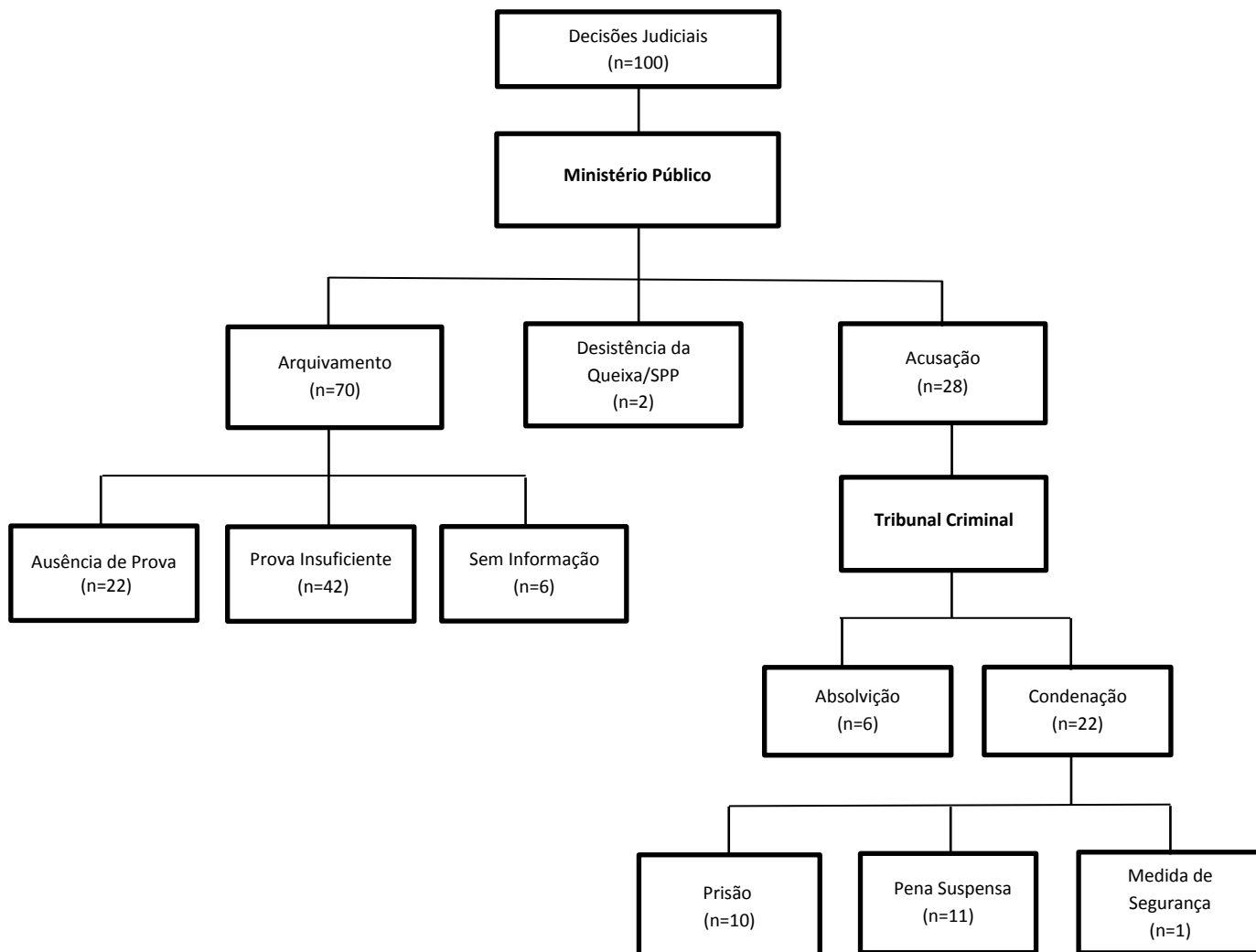
Aos condenados, foi aplicada pena de prisão em 45.5% dos casos e pena suspensa em 50% (Figura 1). A um condenado foi aplicado apenas uma medida de segurança (internamento em centro de reabilitação). Em média, a pena foi de 63.4 meses (min.=18; máx.=144).

Em 47 casos, o condenado recorreu da sentença para os Tribunais da Relação e para o Supremo Tribunal de Justiça, mas a medida da pena não foi alterada, com exceção de 1 caso em que a pena passou de efetiva para suspensa.

O tempo médio decorrido entre o EMF e a decisão judicial final foi de 12.2 meses (min.=0.033; máx.=1299), sendo nos casos arquivados, provisoriamente suspensos ou com retirada de queixa de 10.3 meses e nos julgados de 17.1 meses.

A partir destes casos foram criados dois grupos, os quais serão alvo de análise comparativa nos resultados que se seguem: os casos que não foram condenados (CNC – n=78; 78%) e os casos condenados (CC – n=22; 22%).

Figura 1. Decisões Judiciais (n=100)



Caracterização da vítima

As vítimas eram maioritariamente do género feminino (86%), com idade média de 13.3 anos (min.=1.5; max.=59): 10.69 anos nos CC e 14.2 anos nos CNC, não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0.06$) (Tabela 1). Contudo, essa diferença estará próxima de ser significativa, verificando-se que nos casos condenados as vítimas são mais novas.

Quanto ao tipo de atividade, 62% dos casos em que havia informação, estas eram estudantes. Dos restantes, 18 não exerciam qualquer atividade e 5 tinham vida profissional ativa.

Comparando os grupos relativos aos CC e CNC, não se encontrou uma associação significativa entre os mesmos ($\rho=0.6$) (Tabela 1).

Quanto ao tipo de família, não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em estudo ($\rho=0.6$), sendo que a maioria integrava uma família nuclear (48% dos casos em que existe informação) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da vítima (n=100)

		CC (n=22) n (%)	CNC (n=78) n (%)	ρ
Género	Feminino	19 (86.4)	67 (85.9)	0.96
	Masculino	3 (13.6)	11 (14.1)	
Idade (anos)	Média	10.69	14.18	0.06
	Min.	2.49	1.55	
	Max.	26.64	59.69	
	SD	5.75	11.66	
Atividade	Estudante	13 (59.1)	49 (62.8)	0.6
	Nenhuma	4 (18.1)	14 (17.9)	
	Desempregado	0 (0)	5 (6.4)	
	Vida Profissional Ativa	2 (9.0)	3 (3.8)	
	Sem informação	3 (13.6)	7 (8.9)	
Tipo de família	Nuclear	14 (63.6)	34 (43.6)	0.6
	Monoparental	2 (9.1)	17 (21.8)	
	Recombinada	1 (4.5)	4 (5.1)	
	Alargada	1 (4.5)	3 (3.8)	
	Instituição/Família de acolhimento	0 (0)	2 (2.6)	
	Sem informação	4 (18.2)	18 (23.1)	

Caracterização do alegado agressor

Os alegados agressores eram maioritariamente do género masculino (92%) (Tabela 2). A análise dos grupos etários e da sua atividade ocupacional (nos casos em que havia informação disponível), indica que estes, na sua grande maioria, estariam na faixa etária entre 18-30 anos, com uma idade média de 30 anos e apresentavam vida profissional ativa (Tabela 2). Ao comparar os CC com os CNC, verificou-se que havia uma diferença estatisticamente significativamente relativamente à idade ($p=0.003$), sendo que nos CNC os suspeitos seriam mais jovens (faixas etárias 5-30 anos) e nos CC os agressores seriam mais velhos (>31 anos). Em 86.2% dos casos, tratava-se de alguém conhecido da vítima (33% familiares, 13% namorado/ex-namorado/ex-marido e 35% conhecidos). Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em estudo quanto a este aspeto ($p=0.69$) (Tabela 2).

Caracterização da primeira suspeita

A primeira suspeita quanto à possível ocorrência de crime de natureza sexual partiu, mais frequentemente, de familiares (59.7% dos casos em que existe informação), os quais fizeram a sinalização e/ou denúncia. Não se verificaram diferenças significativas na comparação entre os dois grupos em estudo ($p=0.6$) (Tabela 3).

Na maior parte dos casos a suspeita teve como fonte a revelação feita pela vítima (54.3% dos casos em que existe informação). Verificou-se que não existiam diferenças significativas entre os CC e CNC, relativamente à fonte de revelação ($p=0.12$).

A suspeita foi predominantemente comunicada aos serviços de saúde (61.1% dos casos em que existe informação), e os restantes casos à polícia, comissões de proteção de crianças e jovens em perigo (CPCJ) e escolas/infantários (Tabela 3). Não se verificou existir diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos em estudo ($p=0.65$).

Tabela 2. Caracterização do alegado agressor (n=100)

		CC (n=22) n (%)	CNC (n=78) n (%)	ρ
Género	Masculino	21 (95.5)	71 (91.0)	0.27
	Feminino	1 (4.5)	1 (1.3)	
	Ignorado	0 (0)	6 (7.7)	
Idade (anos)	5-17	0 (0)	6 (7.7)	0.003
	18-30	3 (13.6)	14 (17.9)	
	31-40	8 (36.4)	8 (10.3)	
	41-50	3 (13.6)	0 (0)	
	>50	2 (9.1)	3 (3.8)	
	Sem informação	6 (27.3)	47 (60.3)	
Atividade	Profissão	9 (40.9)	11 (14.1)	0.34
	Estudante	1 (4.5)	6 (7.7)	
	Desempregado	2 (9.1)	4 (5.1)	
	Sem informação	10 (45.5)	57 (73.1)	
Relação com a vítima	Conhecido	10 (0.45)	25 (0.72)	0.69
	Familiar	8 (0.36)	25 (0.72)	
	Desconhecido	2 (0.09)	11 (0.14)	
	Namorado/ex-namorado/ex-marido	2 (0.09)	11 (0.14)	
	Ignorado	0 (0)	6 (0.08)	

Tabela 3. Caracterização da primeira suspeita (n=100)

		CC (n=22) n (%)	CNC (n=78) n (%)	ρ
Sinalização e/ou Denúncia	Familiares	10 (45.5)	30 (38.5)	0.6
	Não Familiares	2 (9.1)	12 (15.4)	
	Própria	2 (9.1)	11 (14.1)	
	Sem informação	8 (36.4)	25 (32.1)	
Fonte da suspeita	Revelação pela vítima	12 (54.5)	32 (41.0)	0,12
	Observação de sinais e sintomas sugestivos	1 (4.5)	19 (24.5)	
	Testemunha ocular/ Desaparecimento/Outros	4 (18.2)	13 (16.7)	
	Sem informação	5 (22.7)	14 (17.9)	
Instituição à qual foi comunicada a suspeita	Serviços Clínicos	9 (40.9)	35 (44.9)	0.65
	Serviços de Proteção	6 (27.3)	14 (17.9)	
	CPCJ/APV	2 (9.1)	4 (5.1)	
	Escola/Infantário/Outros	1 (4.5)	1 (1.3)	
	Sem informação	4 (18.2)	24 (30.8)	

Caracterização da alegada agressão

O tipo de práticas maioritariamente descritas foi a penetração (vaginal e/ou anal e/ou oral) em 39% dos casos (Tabela 4). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo ($\rho=0.6$) (Tabela 4).

Na grande maioria dos casos em que existe informação, o alegado crime terá ocorrido na casa da vítima e/ou agressor (65%) (Tabela 4). Não foram identificadas diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos quanto ao local dos supostos factos ($\rho=0.59$).

Em relação à frequência das práticas sexuais, estas terão sido episódios únicos em 64% dos casos em que existe informação. Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos em estudo ($\rho=0.48$).

As ameaças verbais e a violência física aconteceram em 5.2% e 58.6% dos casos em que existe informação, respetivamente (Tabela 4). Também não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em análise ($\rho=0.2$).

Tabela 4. Caracterização da alegada agressão (n=100)

		CC (n=22) n (%)	CNC (n=78) n (%)	p
Tipo	Carícias sexualmente explícitas	9 (40.9)	23 (29.5)	0.6
	Penetração vaginal	4 (18.2)	14 (17.9)	
	Penetração anal	1 (4.5)	8 (10.3)	
	Penetração anal e/ou vaginal e/ou oral	2 (9.1)	7 (8.9)	
	Tentativa de penetração oral, anal ou vaginal	2 (9.1)	6 (7.7)	
	Penetração oral	0 (0)	3 (3.8)	
	Sem informação	4 (18.2)	17 (21.8)	
Local	Casa da vítima e/ou agressor	15 (68.2)	50 (64.1)	0.59
	Local isolado	7 (31.8)	24 (30.8)	
	Sem informação	0 (0)	4 (5.1)	
Frequência	Única	15 (68.2)	49 (62.8)	0.48
	Esporádica	2 (9.1)	7 (8.9)	
	Regular	2 (9.1)	2 (2.6)	
	Sem informação	3 (13.6)	20 (25.6)	
Circunstâncias	Violência física	7 (31.8)	27 (34.6)	0.2
	Ameaças verbais	2 (9.1)	1 (1.3)	
	Outras	6 (27.3)	15 (19.2)	
	Sem informação	7 (31.8)	35 (44.9)	

Caracterização médico-legal e forense

Na grande maioria dos casos não foram diagnosticadas quaisquer lesões ou sequelas (45%) (Tabela 5). As lesões sugestivas de contacto sexual foram detetadas em 24% dos casos. As lesões inespecíficas foram identificadas em 31% dos casos. Verificou-se haver associação estatística entre os grupos ($\rho=0.04$) (Tabela 5), sendo que os casos condenados apresentaram uma maior incidência de lesões sugestivas ou de ausência de lesões e os casos não condenados de lesões inespecíficas.

Os estudos de genética e biologia forense para análises de ADN tiveram lugar em 52% das situações. Destes, em apenas 18% dos casos, se obteve um perfil genético diferente do da vítima nas amostras biológicas recolhidas do seu corpo ou roupas (Tabela 5). Estes resultados revelaram significância estatística entre os dois grupos em estudo ($\rho=0.006$), demonstrando que a condenação se verifica mais quando é detetado um perfil genético heterólogo na vítima. Uma das vítimas terá engravidado devido à alegada agressão.

Os estudos toxicológicos e microbiológicos foram realizados apenas em 6% e 9% de todos os casos, respetivamente. Não foram obtidos quaisquer resultados positivos em nenhum deles, pelo que não se efetuaram estudos de correlação (Tabela 5).

A perícia de psicologia forense só foi efetuada em 50% dos casos (Tabela 5), decorrendo sempre posteriormente ao EMF. Não se encontraram associações significativas entre os dois grupos ($\rho=0.55$).

Com base em todos os achados (genéticos, toxicológicos, microbiológicos, exame físico e da gravidez resultante do contacto sexual) os indicadores foram classificados em diagnósticos em 14% dos casos, 21% em sugestivos e 26% em inespecíficos. Entre os dois grupos verificou-se diferenças estatisticamente significativas ($\rho=0.009$), demonstrando que nos casos condenados há maior percentagem de indicadores classificados como diagnósticos (31.8%) e nos não condenados como inespecíficos (32.1%).

As conclusões da perícia médico-legal foram maioritariamente no sentido de se considerarem os achados inespecíficos para o diagnóstico de agressão sexual (71%). Em 13% dos casos os achados foram considerados como sugestivos e em 16% como diagnósticos. Estes resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas, demonstrando que a condenação se verifica mais quando o EMF considera o contacto sexual demonstrável e quando considera as provas inespecíficas há uma maior incidência de não condenações ($\rho=0.01$).

Tabela 5. Caracterização do EMF (n=100)

			CC (n=22) n (%)	CNC (n=78) n (%)	ρ
Lesões e sequelas	Sim	Sugestivas	7 (31.8)	17 (0.22)	0.04
		Inespecíficas	2 (9.1)	29 (0.37)	
	Não	13 (59.1)	32 (41.0)		
Genética	Realizado	Positivo	9 (40.9)	9 (11.5)	0.006
		Negativo	6 (27.3)	28 (35.9)	
	Não realizado	7 (31.8)	41 (52.6)		
Toxicologia	Realizado		1 (4.5)	5 (6.4)	
	Não realizado		21 (95.5)	73 (93.6)	
Microbiologia	Realizado		4 (18.2)	5 (6.4)	
	Não realizado		18 (81.8)	73 (93.6)	
Entrevista forense	Realizado		11 (50)	38 (48.7)	0.55
	Não realizada		11 (50)	40 (51.3)	
Indicadores	Diagnóstico		7 (31.8)	7 (8.9)	0.009
	Inespecíficas		1 (4.5)	25 (32.1)	
	Sugestivas		5 (22.7)	16 (20.5)	
	Ausência de lesões/sequelas		9 (40.9)	30 (38.5)	
Conclusões médico-legais	Inespecífico		11 (50)	60 (76.9)	0.01
	Diagnóstico		8 (36.4)	8 (10.3)	
	Sugestivo		3 (13.6)	10 (12.8)	

DISCUSSÃO

Em Portugal já foram publicados diversos estudos sobre os crimes de natureza sexual em crianças e adultos, que analisaram, inclusive, o efeito das conclusões médico-legais e forenses na decisão judicial²⁴. Contudo, este estudo é o primeiro a analisar os casos de contacto sexual recente, ou seja, aqueles em que o EMF foi realizado num período inferior ou igual a 72 horas após o último contacto e que foram alvo de decisão judicial, avaliando, também, o impacto das conclusões médico-legais e forenses nas mesmas. É do nosso conhecimento, que as provas recolhidas aquando da realização do EMF, podem ser fundamentais para a produção da prova de um crime, permitindo, desta forma, a sua reconstrução através da interpretação das mesmas. Quanto menor for o intervalo de tempo decorrido entre o último contacto sexual e o EMF, melhores serão as condições para uma recolha de provas em qualidade e quantidade. É, portanto, de extrema importância conhecer qual o impacto destas condições na decisão judicial. A análise dos resultados gerais deste estudo revelou que a maioria das vítimas eram estudantes do sexo feminino (86%) com idade média de 13.3 anos. Quanto ao alegado agressor, este era maioritariamente do sexo masculino (92%), com idade média de 30 anos, conhecido da vítima (86.2%). Note-se, que apenas 13% eram familiares e os restantes seriam apenas conhecidos ou ex-namorados/ex-maridos. Na maioria, os crimes foram revelados pela vítima (54.3% dos casos em que há informação) a um elemento da família (59.7% dos casos em que havia informação) e, posteriormente, comunicados aos serviços clínicos (61.1% dos casos em que existe informação). Quanto ao alegado contacto sexual, este terá ocorrido, em grande parte dos casos, na casa do agressor e/ou da vítima (65.1% dos casos em que existe informação), com recurso principalmente à violência física (58.6% dos casos em que existe informação). A agressão, na sua grande maioria, foi um episódio único (64% dos casos em que existe informação) cuja prática sexual mais frequentemente realizada foi a penetração (39%). A penetração vaginal e/ou anal e/ou oral foi referida em 39% dos casos. Apesar de em todos estes casos as vítimas terem sido examinadas num curto intervalo de tempo, a maioria não apresentava quaisquer lesões ou sequelas (45%) e, em apenas 24% dos casos, as lesões foram classificadas como sugestivas de contacto sexual.

Foram realizados estudos genéticos em metade dos casos (52%), e destes apenas 34.6% das amostras biológicas recolhidas no corpo e/ou roupas da vítima e/ou no local do crime apresentava um perfil genético heterólogo ao da vítima. Os exames microbiológicos e toxicológicos, raramente foram solicitados (6% e 9% respetivamente) e a perícia de psicologia forense realizou-se em apenas metade dos casos (50%).

O EMF considerou os achados diagnósticos e sugestivos em 16% e 13% respetivamente. Estas percentagens diferem da dos indicadores classificados em diagnósticos e sugestivos (14% e 21% respetivamente), pois as conclusões médico-legais avaliam o valor diagnóstico das lesões e dos outros achados no contexto de toda a situação.

Estes resultados encontram-se de acordo com outros estudos na maioria dos aspetos. Contudo, a idade média das vítimas deste estudo é menor do que em outros estudos com as mesmas características²⁵⁻²⁹. Esta diferença pode ser explicada pelo facto de grande parte da nossa amostra ser constituída por vítimas com idade inferior a 18 anos (84%), sendo que este facto depende das decisões judiciais facultadas. Ao contrário de alguns estudos publicados, os presentes resultados demonstraram que, na maioria dos casos, a vítima conhecia o alegado agressor^{27, 28,20}. Este aspeto poderá ser explicado pelo facto de no estudo a amostra ser predominantemente constituída por vítimas com idade inferior a 18 anos e cujos alegados agressores eram seus familiares em 48.9% dos casos em que havia informação. Na literatura

relativa aos casos de agressão sexual recente, a maioria das vítimas são adultas e o alegado agressor é alguém desconhecido que as abordava em lugares públicos^{27,28,20}.

A percentagem de casos que apresentam lesões/sequelas varia muito nos diversos estudos. Esta foi muito inferior no nosso trabalho (cerca de metade dos casos) em comparação com os resultados obtidos por Ole Ingemann-Hansen e colaboradores e por Stefanie Janisch e colaboradores, onde foram identificadas lesões/sequelas em mais de 70% das vítimas^{27,28}. O facto da maioria da amostra do presente estudo ser constituída por crianças e as lesões nas regiões génito-urinárias e anal serem de fácil e rápida cicatrização pode explicar a grande percentagem de casos com ausência de lesões, atendendo ao tipo de práticas frequentemente não intrusivas nestas faixas etárias. Contudo, note-se que a não existência de achados anormais não exclui a possibilidade de ter ocorrido uma agressão sexual.

De salientar, os seguintes aspetos que estão em concordância com outros estudos quanto aos casos avaliadas em menos de 72 horas: (1) a agressão é na maioria das vezes um episódio único; (2) os agressores usam frequentemente o recurso a violência física; (3) ocorre, predominantemente, na casa do agressor e/ou da vítima; (4) são encontrados mais vestígios de ADN heterólogo ao da vítima nos casos mais recentes; (5) prática sexual mais frequente foi a penetração^{15,25-29}.

A análise das decisões judiciais revelou que 70% dos casos são arquivados ao nível do Ministério Público, a maioria por provas insuficientes (42%). Este resultado está de acordo com grande parte da literatura publicada^{19,20,30-32}. Existe uma grande variação na taxa de acusação nos diversos estudos, contudo, a maioria revela que grande parte dos casos acusados são posteriormente condenados (64-96%), tal como se verifica no presente estudo (78.6 % dos casos acusados foram condenados)^{19,20,22,32,33}. A discrepância existente nas taxas de acusação pode dever-se a diferenças na amostragem ou metodologia usada nos diversos estudos, influenciadas por questões culturais, legais ou sociais^{3,34}.

O tempo médio das penas foi de 5.3 anos, um resultado inferior à média de outros estudos^{17,35}. Contudo, temos de ter em consideração que o tempo de pena varia consoante a lei penal dos diferentes países.

O tempo médio decorrido entre o EMF e a decisão judicial final foi de 17.1 e 10.3 meses para os casos julgados e para os arquivados/provisoriamente suspensos, respetivamente. Estes intervalos de tempo são semelhantes aos descritos no estudo de Martone e colaboradores, cujo tempo médio decorrido desde a queixa apresentada pela vítima e a decisão judicial para os casos que foram a tribunal e para os que não foram a tribunal, foi, respetivamente, 501 dias e 236 dias¹⁷.

Determinados aspetos neste estudo revelaram estar predominantemente associados à condenação: (1) idade da vítima; (2) idade do alegado agressor; (3) a presença/ausência de lesões/sequelas; (4) estudos de ADN; (5) especificidades dos indicadores; (6) conclusões médico-legais.

Apesar de a idade da vítima não ser estatisticamente significativa ($p=0.06$), verificou-se que nos casos condenados a idade média das mesmas era mais baixa que nos casos não condenados (10.69 anos e 14.2 anos, respetivamente). Este resultado é diferente da maior parte da literatura que afirma que os casos com vítimas de menor idade, isto é, as crianças, têm menor probabilidade de serem julgadas. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de no presente estudo, fazerem parte da nossa amostra apenas 16 vítimas adultas e 56.3% delas apresentam

como suspeitos agressores os respetivos companheiros ou ex-companheiros com quem as vítimas mantinham um contacto frequente.

A presença de lesões sugestivas ou a ausência de lesões, neste estudo, verificaram-se mais prevalentes nos casos condenados. O registo de presença ou ausência de lesões varia muito entre trabalhos, o que se pode dever a diversos fatores tais como, o treino/especialização do médico que realiza o exame e das *guidelines*. Alguns dos trabalhos publicados revelam que a existência de lesões estará associada mais vezes à condenação do agressor, o que é refutado por outros³⁶, que afirmam que não há influência.

Durante o EMF, um dos principais objetivos é a recolha de vestígios biológicos para identificação de ADN. Esta recolha deverá ser realizada nas primeiras 72 horas após o abuso, de modo a viabilizar os estudos^{3, 37, 38}. No presente estudo, um dos critérios de inclusão é a revelação precoce do abuso (≤ 72 horas) e, portanto, mais de metade dos casos realizaram a pesquisa do ADN (52%). Este resultado é muito superior quando comparado com outros trabalhos em que apresentam casos revelados tardiamente (>72 horas)^{14-16, 24}. Isto poderá ser explicado pela rápida degradação dos vestígios e por práticas de higiene da vítima que levam, muitas vezes, o perito a não recolher vestígios biológicos. Note-se, contudo, que em alguns estudos publicados já foram revelados casos em que foi possível colher vestígios biológicos depois das 72 horas¹⁰⁻¹². Percebe-se, portanto, o facto de ainda não haver um consenso na literatura sobre qual o intervalo de tempo que melhor define uma agressão sexual recente. No entanto, existem alguns fatores independentes do *timing* que levam à não recolha de vestígios biológicos pelos peritos, tais como: o facto de a maioria das vítimas não apresentar indicadores físicos ou biológicos de contacto sexual^{14-16, 30,32, 24}, a idade precoce das vítimas³⁹, a falta de meios para realização de estudos genéticos e os resultados dos testes genéticos não serem admissíveis como prova em tribunal por não haver controlo dos procedimentos e garantia da cadeia de custódia, principalmente nos países em desenvolvimento⁴⁰.

Os estudos de biologia e genética, neste tipo de casos, consistem na determinação de perfis genéticos contidos nas amostras disponibilizadas, que provém maioritariamente do corpo da vítima e da roupa que esta usava durante as práticas abusivas. Segundo os resultados do presente estudo, as condenações são mais prováveis quando é encontrado um perfil genético diferente do da vítima nas amostras biológicas colhidas no seu corpo e/ou roupas (40.9% dos casos condenados). Este resultado já era esperado, pois, a presença de perfil genético heterólogo no corpo da vítima é considerada como um dos poucos indicadores diagnósticos de contacto sexual na literatura publicada^{37, 41}. Os resultados descritos acima tornam evidente a importância de identificar estes casos o mais precocemente possível e realizar um EMF completo, permitindo dessa forma ajudar a proteger e defender a vítima, aumentando a probabilidade de condenação do agressor.

Os CC e os CNC apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto aos indicadores ($p = 0.009$), estando a condenação predominantemente associada aos indicadores diagnósticos e a não condenação com os indicadores inespecíficos, o que corrobora a necessidade de objetividade científica na qual o Tribunal se apoia para decidir e que torna o EMF fundamental para essa mesma decisão.

As conclusões médico-legais e forenses encontram-se mais associadas aos CC quando consideram os resultados diagnósticos (36.4%), por outro lado, os CNC estão em maior percentagem associados a achados caracterizados como inespecíficos (76.9% dos casos). Verifica-se, portanto, que as conclusões médico-legais e forenses desempenham um papel

importante em tribunal. Estas são muitas vezes fundamentais para apoiar o testemunho das vítimas, sendo considerado pelo juiz uma fonte segura de prova. É, por isso, essencial que o EMF seja realizado de forma completa por peritos médicos especializados em casos de vítimas sexualmente agredidas e que estes utilizem as técnicas e equipamentos apropriados para identificar e colher vestígios. Estes terão também de ser devidamente conservados e registados para depois serem usados em tribunal, de forma a permitir a reconstrução o mais fidedigna possível de cada um dos casos.

Sabe-se, no entanto, que na maioria dos países, os crimes de natureza sexual normalmente são abordados por médicos clínicos, sem qualquer especialização na área, o que pode levar à realização de exames incompletos às vítimas e a uma má interpretação dos achados^{32, 42}. Estudos realizados, já demonstraram que os casos abordados por profissionais peritos nesta área se encontram associados a uma maior taxa de condenação em comparação com os profissionais unicamente especializados na área clínica (ex: pediatras, ginecologistas, cirurgiões)³².

Em Portugal, o Código de Processo Penal, obriga que a realização dos EMF em todos os crimes de natureza sexual seja efetuada por um perito médico-legal do INMLCF, IP,^{43,44} sendo que a maioria destes exames, é já realizada por médicos especialistas em Medicina Legal.

CONCLUSÕES

Este estudo, que analisou e comparou os casos de agressão sexual recente condenados e não condenados, veio demonstrar que:

1. A análise dos casos alegados de crimes de natureza sexual revelou que, na maioria dos aspetos, os resultados obtidos são sobreponíveis aos publicados na literatura nacional e estrangeira, verificando-se, contudo, uma maior percentagem de vítimas que conheciam o alegado agressor e que estas eram, na sua maioria, menores de idade.
2. As decisões judiciais que foram objeto de estudo correspondem a 3.7% de todas as alegadas agressões sexuais ocorridas no norte de Portugal entre 2004 e 2012;
3. Foram sujeitos a arquivamento, suspensão provisória do processo ou desistência de queixa, 72% dos casos sinalizados ou denunciados ao Ministério Público;
4. Foram acusados e julgados 28% dos referidos casos;
5. Destes, 78.6% foram condenados (22% do total de casos em estudo);
6. Dos condenados, a pena foi de prisão efetiva ou suspensa em 45.5% e 50% dos casos, respetivamente;
7. O tempo médio da pena foi de 5 anos;
8. O tempo médio decorrido entre o EMF e a decisão judicial final foi de 10.3 meses nos casos arquivados ou provisoriamente suspensos e de 17.1 meses nos casos julgados;
9. As condenações apresentaram uma relação estatisticamente significativa com:
 - a) a idade da vítima;
 - b) a idade do alegado agressor;
 - c) a presença/ausência de lesões/sequelas;
 - d) a especificidade dos indicadores;
 - e) a existência de perfil genético do suspeito no corpo e/ou roupas da vítima;
 - f) as conclusões médico-legais e forenses diagnósticas de contacto sexual.

Com o presente estudo demonstrou-se que o EMF tem verdadeiro impacto na decisão judicial, salientando-se a importância da detecção de indicadores diagnósticos e sugestivos de contacto sexual, que só é possível através da rápida e especializada execução destes exames.

Contudo, há necessidade que novos estudos, com amostras maiores e representativas de toda a população, sejam realizados sobre esta problemática para que possam ser delineadas estratégias para detetar e diagnosticar este tipo de situações o mais precocemente possível, e dessa forma, tornar o EMF mais útil a nível judicial.

REFERÊNCIAS

1. JEWKES R, ABRAHAMS N: The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science & Medicine* 2002; 55(7): 1231- 1244.
2. TJADEN P, THOENNES N: Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. NCJ Research Report; 2000.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2003.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION: World report on violence and health, chapter 6; 2002.
5. GARCIA-MORENO C, HENRICA AFM, WATTS C et al: WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
6. UN WOMEN: Violence against women prevalence data: surveys by country. New York: UN Women; 2011.
7. D.J. MAGID, D. HOURY, T.D. KOEPESELL, A. ZILLER, M.R. SOULES, C. JENNY: The epidemiology of female rape victims who seek immediate medical care: temporal trends in the incidence of sexual assault and acquaintance rape. *J Interpers Violence* 2004; 19(1): 3- 12.
8. Statistics Denmark. [consultado em 2007 Out 26]. Disponível em: <<http://www.statbank.dk/>>.
9. L.E. SALTZMAN, K.C. BASILE, R.R. MAHENDRA, M. STEENKAMP, E. INGRAM, R. IKEDA. National estimates of sexual violence treated in emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2007; 49: 210–217.
10. BERCIER K, McSPARRON-BIEN J, VIGNESS J, UNTERSEHER T, THUSELL M, THOMAS J, et al: North Dakota sexual assault evidence collection protocol, 4th ed. Bismarck, ND; 2005.
11. SOLNTSEV IS. Forensic medical expertise in the event of sexual and physical violence in Russia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002; 78(1): 95–98.

12. JEWKES R: Gender and Health Research Unit, Medical Research Council, Pretoria, South Africa. Personal communication; 2006.
13. MAQUILLA SM, SALVADOR JM, CALACAL GC, SAGUM MS, DALET MR, DELFIN FC, et al: Y-STR DNA analysis of 154 female child sexual assault cases in the Philippines. *International journal of legal medicine* 2011; 125(6):817-24.
14. TAVEIRA F, FRAZAO S, DIAS R, MATOS E, MAGALHAES T: [Intra and extra-familial sexual abuse]. *Acta Med Port.* 2009; 22:759-766.
15. MAGALHAES T, TAVEIRA F, JARDIM P, SANTOS L, MATOS E, SANTOS A: Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med.* 2009; 16:455-459.
16. MAGALHAES T, CARNEIRO DE SOUSA MJ, GOMES DA SILVA A, PINTO DA COSTA D, GRAMS AC, RIBEIRO C, GONZALEZ R, PINTO DA COSTA J: Child sexual abuse: a preliminary study. *J Clin Forensic Med.* 1998; 5:176-82.
17. MARTONE M, JAUDES PK, CAVINS MK: Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse Negl.* 1996; 20:457-464.
18. SPOHN C, HOLLERAN D: Prosecuting sexual assault: a comparison of charging decisions in sexual assault cases involving strangers, acquaintances, and intimate partners. *Justice Quarterly.* 2001; 18:651-688.
19. LIEVORE D: Prosecutorial Decisions in Adult Sexual Assault Cases: An Australian Study. Australian Government's Office of Status of Women by the Australian Institute of Criminology. 2004.
20. INGEMANN-HANSEN O, BRINK O, SABROE S, SORENSEN V, CHARLES AV. Legal aspects of sexual violence-does forensic evidence make a difference? *Forensic Sci Int.* 2008; 180: 98-104.
21. DU MONT J, White D WHO: The uses and impacts of medico legal evidence in sexual assault cases: a global review, *Sexual Violence Research Initiative.* 2007.
22. WILEY J, SUGAR N, FINE D, ECKERT LO: Legal outcomes of sexual assault. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1638-1641.
23. ADAMS JA: Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008; 20:435-441.
24. 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* 2011; 22: 23-54.
25. RIGGS N, HOURS D, LONG G, MARKOVCHICK V, KIM M. Feldhaus: Analysis of 1076 cases of sexual assault. *Annals of Emergency Medicine.* 2000; 35(4): 358-362.

26. SANTOS JC, NEVES A, RODRIGUES M, FERRÃO M: Victims of sexual offenses: Medicolegal examinations in emergency settings. *Journal of Clinic Forensic Medicine* 13. 2006; 300-303.
27. INGEMANN-HANSEN O, SABROE S, Brink O, MPSYCH MK, Charles AV: Characteristics of victims and assaults of sexual violence – Improving inquiries and prevention *J Forensic Leg Med.* 2009; 16(4):182-8.
28. GROSSIN C, SIBILLE I, GRANDMAISON GL, BANASR A, BRION F, DURIGON M: Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Science Internacional.* 2003; 131: 125-130.
29. JANISCH S, MEYER H, GERMEROTT T, ALBRECHT UV, SCHULTZ Y, DEBERTIN AS: Analyses of clinical forensic examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med.* 2010; 124(3): 227-35.
30. DE JONG, A. Impact of child sexual abuse medical examinations on the dependency and criminal systems. *Child Abuse Negl.* 1998; 22(6): 645-652.
31. CROSS TP, DE VOS E, WHITCOMB D: Prosecution of child sexual abuse: which cases are accepted? *Child Abuse Negl.* 1994; 18(8):663-77.
32. PATTERSON D, CAMPBELL R. A comparative study of the prosecution of childhood sexual abuse cases: the contributory role of pediatric Forensic Nurse Examiner (FNE) programs. *J Forensic Nurs.* 2009; 5:38-45.
33. STENE LE, ORMSTAD K, SCHEI B: Implementation of medical examination and forensic analysis in the investigation of sexual assaults against adult women: A retrospective study of police files and medical. *Forensic Sci Int.* 2010; 199(1-3):79-84.
34. PEREDA N, GUILERA G, FORNS M, GOMEZ-BENITO J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29:328-338.
35. SUGUE-CASTILLO M. Legal outcomes of sexually abused children evaluated at the Philippine General Hospital Child Protection Unit. *Child Abuse Negl.* 2009; 33:193-202.
36. Hansen LA, MIKKELSEN SJ, Charles AV: Medical Findings and Legal Outcomes in Sexually Abused Children, *J Forensic Sci.* 2010; 55(1):104-9.
37. FINKEL M: Sexual abuse: the medical examination. In: *Child maltreatment. A clinical guide and reference*, Giardino A, Alexander R (Eds), St. Louis, GW Medical 2005; 253-288.
38. JARDIM P, MAGALHÃES T: Indicadores Físicos e Biológicos de Abuso. In: *Abuso de crianças e jovens*, Magalhães T (Ed), Lisboa, Lidel. 2010; 109-118.
39. PALUSCI VJ, COX EO, SHATZ EM, SCHULTZE JM. Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2006; 30:367-80.
40. SUGUE-CASTILLO M: Legal outcomes of sexually abused children evaluated at the Philippine General Hospital Child Protection Unit. *Child Abuse Negl.* 2009; 33:193-202.

41. STEWART D: Physical Findings in children and adolescents experiencing sexual abuse or assault In: Child abuse and neglect. Diagnosis, treatment, and evidence, Jenny C (Ed), St Louis, Missouri, Elsevier Saunders 2011; 82-92.
42. DE MUNNYNCK K, DE HOUWER L, BRONSELAER K, HANSSENS M, VAN DE VOORDE W. Medico-legal approach to sexual assault victims: the Belgian situation. J Clin Forensic Med. 2006; 13:211-4.
43. Decreto-Lei nº 96/2001, de 26 de Março.
44. Lei nº 45/2004, de 19 de Agosto.

Agradecimentos:

*À Professora Doutora Teresa Magalhães,
pela sua ajuda na conclusão desta caminhada;*

*À Mestre Patrícia Jardim,
por toda a disponibilidade, colaboração e incentivo;*

*À Doutora Sílvia Ribeiro,
pela sua simpatia e ajuda na pesquisa dos processos;*

*À Mestre Fernanda Rodrigues,
Por ter autorizado a recolha dos dados no Serviço de Clínica Forense;*

*À Metre Maria João Alves e ao Mestre Ricardo Escada,
pela disponibilidade e resolução das questões administrativas;*

À minha família por todo o carinho e incentivo;

Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2013, 5 de Novembro de 2013

1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afetam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa é apro-

ximadamente de 55% dos mais de 300 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.atamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#online> Submissions.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade

pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

As condições 1, 2 e 3 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref. _____)

AMP _____) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da

parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e

contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar

a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

- e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

- a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

- b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.
- c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.
- d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.
- e) A identidade dos revisores é confidencial.
- f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.
- g) O editor-chefe tem total independência editorial.
- h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.
- i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.
- j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.
- k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.
- l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.
- m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS

ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o “AMA Manual of Style”, 10th ed. e/ou “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”.

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, “Analisámos dados”, e não “Os dados foram analisados”. Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; “Os autores gostariam de agradecer”. Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via “Submissão Online” da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão online terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

- Título em **português e inglês**, conciso e descritivo
- Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- Título breve para cabeçalho

Na segunda página

- Título (sem autores)
- Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referencias a figuras.
- Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. clinicaltrials.gov). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 refe-

rências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

Abreviaturas: Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida: As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos: Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e

branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

Figuras: Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que

são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis¹⁴.”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço⁵⁻⁹.

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula^{12,15,18}.

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Notas: Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:

1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors, disponível em <http://www.ICMJE.org>.