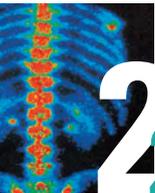


REVISTA PORTUGUESA

do Dano Corporal



22

ANO XX • N.º 22
DEZ 2011

Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
il Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
il Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
no Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
il Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
il Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal

APADAC
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE AVALIAÇÃO
DO DANO CORPORAL

INSTITUTO NACIONAL
DE MEDICINA LEGAL, I.P.
DELEGAÇÃO DO CENTRO



REVISTA PORTUGUESA DO DANO CORPORAL

DEZEMBRO 2011, Ano XX, N.º 22

DIRECTOR:

Duarte Nuno Vieira

DIRECTORA ADJUNTA:

Teresa Magalhães

EDIÇÃO:

Imprensa da Universidade de Coimbra (IUC) – www.uc.pt/imprensa_uc

APADAC – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal – www.apadac.net

Sede: *Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.*

REDACTORA PRINCIPAL:

Ascensão Rebelo

SECRETÁRIAS DE REDACÇÃO:

Carla Carreira, Cristina Cordeiro, Rosário Lemos Silva, Susana Tavares

CORPO REDACTORIAL:

Cristina Ribeiro, Francisco Corte-Real Gonçalves, Jorge Costa Santos

CONSELHO CIENTÍFICO:

JURISTAS

André Pereira, António Joaquim Piçarra, Carlos Dias, Costa Andrade, Diogo Pinto da Costa, Faria Costa, Euclides Dâmaso, Guilherme de Oliveira, Jerónimo Coelho dos Santos, João Rato, Jorge Leite, Maria João Antunes, Maria Manuel Veloso, Pinto Monteiro, Sínde Monteiro, Sousa Dinis

MÉDICOS

Ana Clara Grams, Ana Paula Sousa, Anabela Neves, Andrea Costanzo, António Mestre, Aurélio Luna Maldonado, Carlos Saúca, César Borobia, Claudio Hernández Cueto, Eduardo Murcia, Eugenio Laborda Calvo, Fernanda Rodrigues, Fernando Vieira, Francisco Lucas, Frederico Pedrosa, Genival Veloso de França, Giovanni Cannavò, Graça Santos Costa, Hélène Huges, Hinojal Fonseca, Ignacio Muñoz Barús, Isabel Antunes, J. Ferreira dos Santos, Javier Alonso, Joan Carol, José Bernardes, Juan Ugalde Lobo, Luis Kvitko, Mamede de Albuquerque, Maria Teresa Criado del Rio Máximo Colón, Paolo Arbarello, Pietrantonio Ricci, Pierre Lucas, Rita Duarte

Depósito Legal N.º 59744/92 • ISSN 1645-0760 • Tiragem deste número: 700 ex.

Preço PVP: 7€ (IVA incluído à taxa de 6%)

Vendas on-line: <http://www.livrariadaimprensa.com>

Execução Gráfica

SerSilito - Maia

Dezembro, 2011

Correspondência:

Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

Largo da Sé Nova – 3000-213 Coimbra – Portugal

Tel.: 239 854230 Fax: 239 820549

INFORMAÇÃO AOS AUTORES

A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* publica artigos dedicados à avaliação e reparação do dano corporal em Português, Espanhol, Italiano, Francês e Inglês. Também publica notícias e informações relativas a reuniões, cursos de pós-graduação, congressos, colóquios e outras actividades no âmbito da avaliação do dano corporal. Em intercâmbio com a *Revue Française du Dommage Corporel*, publica os resumos dos artigos contidos nessa Revista.

As opiniões emitidas são da inteira responsabilidade do(s) autor(es), assim como o rigor dos textos e respectivos resumos.

TIPO DE ARTIGOS – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* oferece as seguintes hipóteses de publicação:

- A – Artigos de opinião médico-legal e/ou jurídica
- B – Artigos de revisão e investigação
- C – Pareceres no âmbito da avaliação e/ou indemnização
- D – Apresentação de casos periciais

CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO – Os artigos não podem ter sido publicados anteriormente, a não ser que sejam considerados de interesse especial pelo Conselho Redactorial e a sua aceitação depende do parecer dos elementos do Conselho Científico consultados para esse efeito. Devem sempre ser acompanhados de título, resumo e palavras-chave em Português, Inglês e Francês.

PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS – Os autores devem enviar os artigos em documento word não protegido por e-mail para arebelo@inml.mj.pt

BIBLIOGRAFIA – As referências bibliográficas serão colocadas por ordem alfabética dos autores (ou para o mesmo autor respeitando a ordem cronológica da publicação). Devem ser seguidos os *National Library of Medicine Recommended Formats for Bibliographic Reference*, de que se apresentam alguns exemplos.

1. Referência a artigos de revista (no caso de mais do que 3 autores, estes devem ser seguidos de et al.)

Lee KY, Bedford CD, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

2. Referência a um livro

Ohlsen MM, Horne AM, Loew CF et al. *Group counseling*. 2nd ed. New York: Rinehart; 1998. 416 p. (Analysis and intervention series; 2).

3. Referência a capítulo de um livro

Anderson C, Robert J. Acute renal failure. In: Braunswald E, Isselbacher K, Petersdorf R, et al., editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 1987. p. 1149-55.

4. Referência a trabalhos em Actas de Congressos

Vivian V. Child abuse and neglect: a medical community response. 1st AMA National Conference on Child Abuse and Neglect; 1984 Mar 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association; 1985. p. 22-25.

5. Referência a artigo de revista online

Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. *Obstet Gynecol* [documento online] 1988 Jan [actualizado 1990 Nov 26]; 71(2):22-37. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

6. Referência a outros documentos online

Brown SA. The role of prostaglandins. [documento online] 1988 Jan [actualizado 1990 Nov 26]. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

SEPARATAS – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* enviará ao primeiro autor o respectivo artigo em formato PDF.

SUMÁRIO

Editorial	7
<i>Teresa Magalhães</i>	
Proteção de crianças e jovens em risco: considerações sobre o protocolo nacional de 2011.....	9
<i>Teresa Magalhães, Duarte Nuno Vieira</i>	
O impacto da perícia médico-legal na decisão judicial nos casos de abuso sexual de crianças. Estudo preliminar	23
<i>Patrícia Jardim, Eduarda Matos, Teresa Magalhães</i>	
O castigo físico de crianças. Estudo de revisão	55
<i>Cristina Silveira Ribeiro, Wilson Malta, Teresa Magalhães</i>	
Violência nas relações de intimidade. Avaliação do risco	75
<i>Ana Clara Grams, Teresa Magalhães</i>	
Avaliação do dano corporal no Brasil. O caso dos acidentes de viação	99
<i>Wagner Silva, Teresa Magalhães</i>	
Avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação e de trabalho em Angola.	133
<i>Guido Sózinho, Luís Coelho, Teresa Magalhães</i>	
Utilización del método “AIPE” en la valoración del perjuicio estético y su aplicación en la legislación brasileña civil y penal	167
<i>FCH Bouchardet, JA Cobo Plana</i>	

A avaliação pericial do estado de saúde. Uma Problemática Em Clínica Forense.	183
<i>Carina Oliveira, Rosário Lemos Silva, Graça Santos Costa, Diogo Pinto da Costa, Francisco Corte Real, Duarte Nuno Vieira</i>	
Intercâmbio.	195
Noticiário.	211
Lista dos Auditores com aproveitamento no XVI Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, IP, 2011	219
Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, IP realizado em Belo Horizonte, 2011	221
Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Norte do INML, IP, 2010/2011.	223

Neste número da *Revista Portuguesa do Dano Corporal* abordam-se questões sobre o dano corporal nos diversos âmbitos do Direito, designadamente Penal, Civil e do Trabalho, bem como problemáticas não só nacionais mas também estrangeiras, no caso relativas ao Brasil e a Angola, países que têm revelado um elevado interesse e atenção sobre o que em Portugal se tem feito e desenvolvido no domínio da avaliação e reparação do dano na pessoa. Este interesse é, aliás, extensivo a outros países, o que muito se deve ao excelente trabalho desenvolvido pelo Presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., Professor Duarte Nuno Vieira, em Portugal e além fronteiras. De qualquer forma, importa que todos os Associados da APADAC sintam, também, a responsabilidade pela visibilidade e respeito que o nosso país tem alcançado nesta matéria e se empenhem na constante promoção da sua qualidade e na sua divulgação.

Foi exatamente nesse sentido que no Editorial no último número da nossa Revista apelei ao esforço de todos no sentido de contribuírem para o desenvolvimento da vertente científica da avaliação do dano na pessoa, nomeadamente através da submissão de artigos de opinião, de revisão, de casos clínicos ou de investigação. Contudo, esse apelo não logrou o efeito desejado e, em 2011, não será possível publicar mais do que um número da Revista. Dizia, nesse editorial, que esse contributo seria “fundamental para desenvolver em Portugal um grupo de especialistas dotados de sólidos conhecimentos e constante atitude crítica que lhes permitam discutir as questões do dano na pessoa sempre alicerçadas não apenas na experiência diária de cada um mas, também, em bases científicas”.... Continuo convicta que esta atitude de partilha de conhecimentos e experiências com a comunidade de profissionais onde nos inserimos é não só fundamental para o desenvolvimento do conhecimento e da necessária massa crítica, como constitui também uma obrigação de cada um de nós.

Formulo, pois, neste momento, votos de que a próxima direção da APADAC seja capaz de estimular este tipo de participação, desejando-lhe, assim como a todos os Associados, os maiores êxitos no trabalho em sede de avaliação e reparação do dano na pessoa.

Proteção de crianças e jovens em risco: considerações sobre o protocolo nacional de 2011

Teresa Magalhães^(1,3, 4,5) Duarte Nuno Vieira^(2,3,4)

1. INTRODUÇÃO

Portugal conta atualmente com legislação, instituições e profissionais capazes de garantir uma intervenção adequada nos casos de crianças abusadas, tendo em vista quer o seu diagnóstico e tratamento, quer a respetiva proteção e investigação criminal. Isto sem prejuízo de se reconhecer existirem ainda deficiências diversas e persistirem algumas insuficiências de índole legislativa, que importa corrigir e alterar no sentido não apenas de proporcionar uma intervenção mais funcional e legalmente válida mas, também, e simultaneamente, de a tornar o menos penosa possível para a criança ou jovem (Carmo, 2010; Ribeiro e col. 2011). Se nos debruçarmos atentamente sobre a realidade nacional neste domínio, verificaremos facilmente que a maior dificuldade parece continuar a residir na frequente inexistência de articulação entre os profissionais e os serviços intervenientes nestas situações, já que estas exigem sempre (ou deveriam exigir) uma intervenção multidisciplinar que, lamentavelmente, continua a não ocorrer em muitas situações. Diríamos mesmo que esta articulação deveria constituir a “palavra de ordem” de toda a intervenção em crianças vítimas de abuso, muito particularmente no caso do abuso sexual, relativamente ao qual se colocam questões particularmente relevantes em termos da urgência de atuação, no sentido de preservar vestígios que, a não ser assim, se poderão perder ou comprometer irremediavelmente.

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

³ Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

⁴ CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal

⁵ Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto

Nesse sentido, os Ministros da Justiça e da Saúde, do XIX Governo, e o Presidente da Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, assinaram um Protocolo de colaboração entre as estas três entidades, visando garantir uma resposta mais célere e de melhor qualidade do que a que vem sendo proporcionada, no que se refere ao diagnóstico e encaminhamento de crianças alegadamente vítimas de abuso.

Este Protocolo envolve muito particularmente o Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. dado que, como decorre da lei, designadamente do Código do Processo Penal e da Lei 45/2004, de 19 de Agosto, compete a este Instituto a realização dos exames periciais neste tipo de casos, devendo os profissionais que nele exercem funções conhecerem os princípios e linhas de orientação nele estipuladas.

Curiosamente, apesar da sua relevância e significado, a celebração deste Protocolo, ao ter sido concretizada de forma discreta e sem cerimónias oficiais, acabou por não suscitar da parte da comunicação social o eco e divulgação que mereceria. E muitos profissionais permanecem sem conhecer por inteiro o seu conteúdo e alcance. Impõe-se, pois, proceder à divulgação do Protocolo em causa, pela nossa parte muito particularmente a quem se movimenta no âmbito da intervenção médico-legal e forense, aproveitando o ensejo para proceder simultaneamente a algumas reflexões sobre o mesmo.

2. “PROTOKOLO DE COLABORAÇÃO ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO”

Tendo entrado em vigor em 2011, o Protocolo em apreço preconiza o seguinte:

“No âmbito do sistema de promoção e protecção dos Direitos da Criança, seja no domínio da intervenção em saúde ou da investigação criminal, constitui o trabalho com crianças e jovens de menor idade vítimas de violência doméstica, maus tratos ou abuso sexual, uma tarefa complexa que implica o cumprimento de diversas linhas de actuação interinstitucionais. Tal verifica-se, em particular, nas situações de abuso sexual, designadamente no que respeita à protecção da criança ou do jovem vítima e à preservação da prova para efeitos processuais penais.

Nesses procedimentos intervêm, muitas vezes em simultâneo, as unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e os serviços médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML), cujas práticas importa articular.

O regime jurídico que enquadra esta matéria encontra suporte legal na Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, e exige o contributo de profissionais com adequada especialização técnico-científica, no âmbito das competências do INML.

Tratando-se da realização de perícias urgentes, o n.º 5 do art.º 13.º da Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, prevê que quando estas necessitem de ser realizadas fora das horas normais de funcionamento dos serviços médico-legais, os peritos poderão realizá-las em serviços de urgência de hospitais públicos ou outros estabelecimentos oficiais de saúde, dependendo neste último caso, da prévia celebração de Protocolos, o que já vem acontecendo.

Sucedendo que nem sempre é possível assegurar o exame imediato de todas as vítimas por peritos de medicina legal em todos os locais do país, ou o seu transporte aos locais onde estes peritos estejam de serviço. Nestes casos, e dado que as vítimas são geralmente observadas de início em unidades do SNS, importa que os médicos destes serviços possam assegurar a sua observação e, sobretudo, a atempada colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente. Após esta intervenção, de acordo com a lei, impor-se-á sempre um novo exame médico para fins periciais mas que poderá prescindir de uma nova colheita de vestígios. Ora sabendo-se que tendo em conta o melhor interesse da criança ou jovem, bem como a garantia da produção da prova, o exame físico deve idealmente ser único, importa concertar esforços da melhor articulação interinstitucional e interprofissional possível, no sentido de encontrar condições para a mais adequada resolução de cada caso.

Impõe-se, assim, nesta matéria, estabelecer um instrumento de concreta articulação entre o SNS – através, nomeadamente, dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e dos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), os quais encontram base legal no Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro -, o INML e as CPCJ, visando, nomeadamente:

a) Proteger as crianças e jovens vítimas de violência, especialmente de abuso sexual, assegurando que as mesmas possam ser observadas no mais curto espaço de tempo por peritos médico-legais ou observadas na unidade de saúde que garantir as melhores condições para a sua observação, atento o caso concreto;

b) Evitar a repetição de exames às crianças e jovens, prevenindo a sua vitimização secundária, conforme resulta da conjugação dos artigos 83.º e 87.º, n.º 1 e 5 da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro;

c) Assegurar a adequada colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente, pelos médicos do SNS, quando esta não puder ser concretizada atempadamente pelos serviços médico-legais;

d) Garantir as boas práticas na realização de exames médicos e na colheita e acondicionamento de vestígios pelos profissionais do SNS, sempre que não houver possibilidade de intervenção atempada dos serviços médico-legais, reconhecendo a validade processual destes procedimentos;

e) Garantir a total salvaguarda da cadeia de custódia dos vestígios colhidos;

f) Respeitar os procedimentos legais no âmbito da denúncia de crime público, após a adequada ponderação do caso.

Assim, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça e a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco acordam em celebrar o presente Protocolo, que tem como objectivo clarificar os termos da articulação funcional entre estas entidades na assistência médica a crianças e jovens menores de 18 anos que possam ter sido vítimas de abuso sexual, assim como fixar os termos da colaboração dos médicos do SNS com o INML na realização da observação, colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente, sempre que tal não puder ser assegurado atempadamente pelos serviços médico-legais.

O Protocolo rege-se-á pelas seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira **Objecto**

1 - O presente Protocolo estabelece o mecanismo de articulação entre os estabelecimentos do SNS, o INML e as CPCJ para efeitos da observação física, colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente, e das demais amostras necessárias para a orientação do caso, em crianças ou jovens vítimas de abuso sexual, quando tenham lugar em serviços de urgência de hospitais ou em outros estabelecimentos do SNS, sempre que tal não possa ser assegurado atempadamente pelos serviços médico-legais, na sequência de efectivo contacto estabelecido telefonicamente com estes serviços;

2 - O presente Protocolo estabelece ainda os termos em que os médicos do SNS podem ser indicados pelo INML para realização da observação, colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou

alterarem rapidamente, bem como colheita das demais amostras necessárias para a orientação do caso.

Cláusula Segunda **Articulação entre SNS e INML**

1 – Quando no âmbito da intervenção do SNS, o médico ou outro profissional de saúde detecte estar eventualmente perante situação de abuso sexual de criança ou jovem menor de 18 anos, impondo-se assegurar com brevidade a observação de lesões e a eventual colheita de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente, a realização urgente destes procedimentos deve ser concretizada:

a) Dentro do horário normal de funcionamento dos serviços médico-legais, pelos serviços médico-legais (Delegação ou Gabinete Médico-Legal da respectiva área);

b) Fora do horário normal de funcionamento dos serviços médico-legais, pelo perito escalado nos termos do n.º 2 do artigo 13.º da Lei 45/2004 de 19 de Agosto, que se deslocará às unidades de saúde da área da Delegação.

2 - Com vista a assegurar o mais rapidamente possível a realização da perícia médico-legal urgente, o médico ou profissional de saúde que esteja perante eventual situação de abuso sexual de criança ou jovem menor de 18 anos, deve contactar, via telefónica:

a) Dentro do horário normal de funcionamento dos serviços médico-legais, o director do Serviço de Clínica Forense ou o Coordenador, respectivamente, da Delegação ou do Gabinete Médico-Legal da zona, devendo os contactos ser actualizados e disponibilizados à DGS pelo INML;

b) Fora do horário normal de funcionamento dos serviços médico-legais, o perito constante da escala de perícias urgentes, através dos números de telemóvel disponíveis para a área, os quais serão actualizados e disponibilizados à DGS pelo INML;

3 - No âmbito do contacto telefónico referido no número anterior, os profissionais envolvidos analisarão o caso e decidirão em conjunto:

a) Quanto à urgência da situação, tendo em conta, designadamente, o tipo de prática suspeita, o tempo decorrido desde o abuso (mais ou menos de 72 horas), o tipo de intervenção médico-legal e forense prioritário face ao caso concreto, e o melhor interesse da criança ou do jovem;

b) Quanto ao interesse de proceder ao exame para descrição e fotodocumentação atempada de lesões, bem como para observação física, colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente, e das demais amostras necessárias para a orientação do caso, se houver legitimidade para essa intervenção;

c) Quanto ao tipo de acção subsequente a ter lugar, ponderando designadamente a denúncia do caso ao Ministério Público, atenta a idade da vítima.

Cláusula Terceira **Intervenção do SNS em caso de impossibilidade de realização de perícia médico-legal urgente por perito do INML**

1 – Quando for manifestamente impossível assegurar a realização atempada de perícia médico-legal por perito do INML, nomeadamente por a criança ou jovem menor de 18 anos se encontrar em local onde não existe escala de perícias urgentes – zona servida por Gabinete Médico-Legal –, deve ponderar-se a sua transferência para uma unidade do SNS da área da respectiva Delegação do INML, onde será observada pelo perito que nesse dia integra a escala de perícias urgentes.

– O transporte da criança ou jovem menor de idade é assegurado pelo SNS;

– O pagamento das despesas de transporte é suportado pelo IGFIJ, IP, sendo a respectiva quantia, nos casos em que há lugar a abertura de procedimento criminal, imputada a título de encargos no processo.

4 – Se não se mostrar aconselhável ou possível a transferência da criança ou jovem menor de idade, a sua observação, bem como a colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente, e das demais amostras necessárias para a orientação do caso, é assegurada por médico do SNS indicado telefonicamente pelo perito do INML, nos termos do n.º 2 do art.º 2º da Lei 45/2004, de 19 de Agosto.

5 – Para efeitos dos números anteriores e com vista a assegurar o mais rapidamente possível a realização da perícia médico-legal urgente, o médico ou profissional de saúde que esteja perante eventual situação de abuso sexual de criança ou jovem menor de 18 anos, deve contactar por via telefónica o perito constante da escala de perícias urgentes da respectiva área de Delegação, devendo os contactos ser actualizados e disponibilizados à DGS pelo INML.

Cláusula Quarta

Procedimentos de observação e colheita de vestígios ou outras amostras

1. Todos os procedimentos inerentes à observação das vítimas por médicos do SNS, bem como à atempada colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente, e das demais amostras necessárias para a orientação do caso, nos termos da alínea b) da Cláusula Terceira, devem obedecer às normas, modelos e metodologias periciais em vigor no INML, constantes do anexo 1 ao presente Protocolo, e ao regime jurídico contido na Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto;

2. A colheita de vestígios para preservação de prova deve ser efectuada em simultâneo com as colheitas para detecção de Infecções de Transmissão Sexual e Gravidez, quando aplicável;

3. No caso do número 4 da Cláusula Terceira, deverá a vítima ser referenciada ao serviço médico-legal da área da sua residência no dia útil imediato, para conclusão da perícia médico-legal;

4. No caso do número 4 da Cláusula Terceira, deverá também a descrição completa da observação efectuada à vítima, bem como os vestígios ou amostras colhidos na sequência desta, serem remetidos pela unidade do SNS ao serviço médico-legal respectivo, no dia útil imediato, garantindo-se a preservação da cadeia de custódia.

Cláusula Quinta

Articulação com as autoridades judiciárias e Comissões de Protecção de Crianças e Jovens

1 – Nas situações que configurem a existência de perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem, e haja oposição à intervenção, por parte dos detentores das responsabilidades parentais ou de quem tenha a sua guarda de facto, os serviços de saúde devem accionar o procedimento de urgência previsto nos termos dos artigos 91.º e 92.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

2 - Não se verificando os pressupostos que legitimam o recurso ao procedimento anterior, os serviços de saúde, através dos NACJR ou NHACJR, intervêm com o objectivo de remover o perigo em que a criança ou jovem se encontra nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, e só caso esta acção não seja suficiente e eficaz para assegurar a sua protecção, é que a situação em apreço deverá ser apreciada pela CPCJ da área da residência da criança ou do jovem nos termos do artigo 8.º e seguintes do mesmo diploma.

Cláusula Sexta **Orientações técnicas**

1 - O INML é responsável pelo processo de elaboração e divulgação de orientações técnicas inerentes aos procedimentos relativos à colheita de vestígios nos casos de suspeita de abuso sexual em crianças e jovens menores de 18 anos, cabendo à DGS a divulgação daquelas junto dos profissionais de saúde;

2 – Estes procedimentos constam do anexo 1 ao presente diploma e poderão ser objecto de actualização regular, a ser comunicada à DGS pelo INML;

3 – A DGS, através da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e as ARS respectivas, deverão assegurar, em estreita colaboração com o INML, nas zonas Centro, Norte e Sul do País, formação no domínio pericial aos médicos do SNS, em particular aos que desempenham funções a nível de urgências pediátricas e nos NACJR e NHACJR.

Cláusula Sétima **Kits de colheita de vestígios**

O INML garante a aquisição dos kits de colheita de vestígios relativos aos casos de suspeita de crimes sexuais, sendo o seu fornecimento regular às unidades do SNS assegurado pelas ARS respectivas.

Cláusula Oitava **Grupo de Acompanhamento**

É criado um grupo de acompanhamento do presente Protocolo composto por dois elementos designados por cada uma das entidades outorgantes, ao qual compete a monitorização da execução do Protocolo, designadamente no que se refere à actualização dos princípios orientadores de qualificação para a realização dos procedimentos consignados no presente Protocolo, bem como dos planos de formação e actualização.

Cláusula Nona **Vigência, rescisão e denúncia**

1 – O presente Protocolo entra vigor em 1 de Janeiro de 2011 e será válido por um ano a contar desta data, sendo tacitamente renovável por iguais e sucessivos períodos.

2 – A rescisão do Protocolo poderá ocorrer em caso de inobservância das normas legais e regulamentares aplicáveis, ou por violação das cláusulas supra estabelecidas.

3 - A denúncia por qualquer dos outorgantes deve ser comunicada aos outros outorgantes com a antecedência mínima de 30 dias, por documento escrito entregue em mão, ou carta registada com aviso de recepção, dela constando o(s) respectivo(s) motivo(s).

4 - O presente Protocolo é feito em triplicado, ficando cada um dos outorgantes na posse de um exemplar.”

3. ANÁLISE DO PROTOCOLO

A razão do Protocolo

Como se constata pela sua leitura, o Protocolo celebrado entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, e a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, centra-se em questões do foro médico-legal relacionadas com a realização do exame físico, colheita e acondicionamento de vestígios físicos e biológicos nos casos de suspeita de abuso sexual de indivíduos menores de 18 anos de idade.

Pretende-se através dele promover uma boa articulação entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML) e as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Esta articulação é particularmente relevante face à circunstância do SNS e das CPCJ constituírem entidades que se situam na primeira linha de intervenção em muitas destas situações; um grande número de casos são a elas reportados ou, por vezes, por elas detetados. Por outro lado, e de acordo com a lei, ao terem conhecimento destes casos, ficam tais entidades obrigadas a comunicá-los ao Ministério Público podendo, no caso de poderem existir lesões ou vestígios físicos ou biológico passíveis de se perderem ou comprometerem com o tempo ou com gestos correntes, como lavagens, simples atos fisiológicos ou outros procedimentos, ser essa comunicação feita diretamente ao INML; tal solução, aliás prevista na Lei 45/2004, de 19 de Agosto, tem como objetivo garantir a adequada e atempada colheita e preservação desses vestígios, motivo pelo qual se preconiza a existência de um serviço de perícias urgentes a funcionar nos serviços médico-legais, 24/24 hora, sempre que possível. No entanto, funcionando este serviço apenas nas áreas servidas pelas delegações do INML - as únicas onde atualmente tal é possível pela existência de especialistas do mapa de pessoal em numero suficiente -, a verdade é que a maioria do país deixa de poder contar com este tipo de apoio fora do horário normal de funcionamento dos serviços médico-legais. Neste sentido, e porque nestes casos

pode (e deve) haver recurso à colaboração dos médicos do SNS, o Protocolo preconiza, de forma cuidada, as prioridades em termos de atuação e a forma articulada como esta intervenção deverá verificar-se na prática.

As prioridades

Resulta claro do texto do Protocolo que os objetivos foram estabelecidos de acordo com determinadas prioridades, garantida que esteja sempre a qualidade e validade legal da intervenção, segundo a ordem seguinte:

a) O **melhor interesse da criança**, que deve ter em conta a sua proteção, tratamento e reabilitação emocional e psicológica, tendo igualmente em consideração, na medida do possível, o seu conforto e bem-estar (designadamente nas opções quanto ao momento da realização do exame pericial e ao recurso a determinadas técnicas).

b) A **celeridade da resposta**, sendo que nestes casos o tempo em termos de intervenção médico-legal suscetível de permitir a colheita de vestígios biológicos (e.g., esperma) no corpo da vítima com viabilidade para estudos de ADN, é limitado e, por vezes, mesmo muito reduzido (e.g., 6 a 8 horas no caso da cavidade oral, 24 horas na pele e cavidade ano retal, 72 horas na cavidade vaginal); e isto se entretanto não tiverem sido destruídos por lavagens, atos fisiológicos ou outros gestos (Jardim & Magalhães, 2010).

A este propósito, importa realçar que, apesar da tónica quanto à urgência da intervenção médico-legal ser particularmente colocada na colheita e análise de vestígios biológicos (dado serem estes suscetíveis de permitir identificar o abusador), as lesões, designadamente a nível ano genital, constituem também elementos fundamentais em termos de diagnóstico e prova da prática sexual, podendo cicatrizar rapidamente ou desaparecer por completo, pelo que todos os casos de suspeita de abuso sexual devem ser considerados urgentes em termos da intervenção médico-legal e não apenas aqueles em que o abuso tenha acontecido há menos de 72 horas. Estudos realizados em Portugal têm demonstrado que mais de 70% dos casos chegam aos serviços médico-legais depois de 72 horas após a suposta agressão sexual (Taveira e col, 2009; Magalhães e col, 2009), o que podendo estar relacionado com o atraso na revelação por parte da vítima ou outras testemunhas, está também muito relacionado com a circunstância de alguns profissionais não denunciarem os casos ou o fazerem de forma desadequada e tardiamente. Este facto perturba ou inviabiliza mesmo a prova médico-legal física e laboratorial da prática que se pretende demonstrar. Para garantir esta celeridade na resposta, existe no INML o serviço de escala, anteriormente referido, para a prática de atos periciais urgentes, podendo-se, em certos casos, e como adiante se referirá, recorrer também aos médicos do SNS.

c) O **evitar a repetição de exames**, sendo a literatura internacional nesta matéria absolutamente consensual quanto à importância do exame físico ser único (Magalhães e col, 2010 b.), não só para evitar a vitimização secundária da criança, mas para obviar, também, a uma maior possibilidade de contaminação e/ou destruição de vestígios.

Nesse sentido, e de forma a garantir estas prioridades em termos de objetivos, definiram-se igualmente no Protocolo prioridades no que se refere à intervenção:

a) O exame deve, sempre que possível, ser assegurado por um **perito do INML**, garantindo-se assim não apenas a realização de um único exame mas, também, a qualidade da intervenção. De facto, tem sido por demais realçada a complexidade destes exames, não só em termos da técnica de abordagem das crianças (para evitar a contaminação dos relatos e a vitimização secundária) (Magalhães e col, 2010 b.; Peixoto e col, 2011) mas, também, a nível da técnica de colheita, acondicionamento, preservação e garantia de cadeia de custódia dos vestígios (Campbell e col, 2011) e, ainda, a nível das técnicas de exame e de fotodocumentação, cada vez mais específicas (Weiss, 2009); acresce a tudo isto a complexidade no registo descritivo e interpretação de todos os achados. Daí a importância de que a pessoa que realiza o exame seja alguém com preparação especializada e com larga experiência na matéria. Nesta sequência, e tendo em vista garantir que a maior parte dos exames serão realizados por estes peritos, o Protocolo prevê a transferência da criança para um hospital onde o perito escalado no âmbito do serviço de perícias urgentes se possa deslocar para aí realizar a perícia; trata-se, aliás, de um procedimento a que frequentemente se recorre no SNS, no âmbito de outras especialidades, as quais não são passíveis de ser asseguradas a nível de todos os hospitais do país. Resulta daqui que as escalas mensalmente elaboradas pelas delegações do INML devem ser enviadas não apenas para os hospitais da área de atuação daquelas Delegações mas para todos os hospitais do país, incluindo para a Direção Geral de Saúde (DGS), tal como consta do Protocolo.

b) Quando, face à salvaguarda do melhor interesse da criança, tal transferência não se revelar adequada no caso concreto, e tratando-se de situação em que se admita poderem existir vestígios biológicos, deverão os procedimentos visando a sua seleção, colheita, acondicionamento, preservação e envio ao INML, entre outros, ser assegurados por **médico do SNS**, de acordo com as normas definidas pelo INML (Magalhães e col, 2011) e usando os kits que para o efeito devem por este ser fornecidos. Para garantir a qualidade desta intervenção, o médico do SNS deverá contactar sempre o perito médico-legal, que lhe prestará as orientações necessárias, estando também previsto no Protocolo a formação específica de médicos do SNS nesta matéria. De qualquer forma, nesta circuns-

tância, terá de haver posterior repetição do exame por perito do INML, não para colheita de vestígios ou outras amostras biológicas, mas para observação de eventuais lesões ou sequelas, as quais necessitam de ser pormenorizadamente descritas em relatório médico-legal (juntamente com a adequada fotodocumentação) (Magalhães e col, 2010 b.). No relatório, também se conjugam e analisam todos os achados, discutindo-se e fundamentando-se a eventual existência de nexos de causalidade entre a prática descrita e esses achados (Vieira & Corte-Real, 2008), considerando-se para o efeito o seu valor diagnóstico (“Diagnóstico”, “Altamente sugestivo”, “Sugestivo” e “Inespecífico”) (Adams, 2008; Jardim & Magalhães, 2010).

4. COMENTÁRIO FINAL

O Protocolo assinado em 2011 entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, e a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, visando *clarificar os termos da articulação funcional entre estas entidades na assistência médica a crianças e jovens menores de 18 anos que possam ter sido vítimas de abuso sexual, assim como fixar os termos da colaboração dos médicos do SNS com o INML na realização da observação, colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente, sempre que tal não puder ser assegurado atempadamente pelos serviços médico-legais*, constitui um documento orientador dos procedimentos gerais a seguir no caso de suspeita de abuso sexual de crianças. Não prevê situações concretas que, pelas suas especificidades e condições do contexto em que tenham tido lugar, podem implicar a necessidade de se adotarem medidas especiais, a serem ponderadas casuisticamente.

Assim, respeitando-se os princípios orientadores deste Protocolo, importará agora, para melhor agilização de todo este processo, promover também protocolos específicos que identifiquem as pessoas de referência e seus contactos, bem como procedimentos específicos pensados para a realidade concreta de cada unidade de saúde e serviço médico-legal.

Estes protocolos, associados a *guidelines* ou normas de boas práticas para cada tipo de procedimento (a maioria delas já plenamente sufragadas na literatura científica internacional), poderão constituir um valioso contributo para a promoção da qualidade e da credibilidade do exame médico-legal e, nessa sequência, também para uma maior segurança e tranquilidade de quem é avaliado e de quem, no final, tem de decidir sobre as medidas a implementar face cada caso em concreto; isto para já não falar da atenuação possível da vitimização secundária.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams JA (2008). Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: na update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 20:435-41.
- Campbell P, Covey B, DiSalvatore G, e col. (2011). Guidelines for the Care of the Sexual Assault Patient. Augusta: Office of the Attorney General.
- Carmo R (2010). A justiça e o abuso de crianças e jovens. Um caminho em constante construção. In: Magalhães T, ed. *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel. pp 199-204.
- Jardim P, Magalhães T (2010). Indicadores Físicos e Biológicos de Abuso. In: Magalhães T, ed. *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel. pp 109-18.
- Magalhães T, Corte-Real F, Costa Santos J, Vieira DN (2010) a. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Penal. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, XIX (20): 63-68.
- Magalhães T, Ribeiro C, Jardim P, e col (2010) b. Da investigação inicial ao diagnóstico de abuso. In: Magalhães T, ed. *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel. pp 147-87.
- Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P, Vieira DN (2011). [Forensic procedures for interview physical exam and evidence collection in children and young people victims of physical and/or sexual abuse]. *Acta Med Port*, 24:339-48.
- Magalhães T, Taveira F, Jardim P, e col (2009). Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med*, 16:455-9.
- Peixoto C, Ribeiro C, Lamb M (2011). Forensic interview protocol in child sexual abuse. Why and what for? In: Magalhães T, ed. *Abuse & Neglect, Series 1, To improve the management of child abuse and neglect*. Porto: SPECAN. pp 133-59.
- Ribeiro CS, Oral R, Carmo R, Magalhães T (2011). Management of child abuse and neglect in Portugal. A comprehensive and critical review. In: Magalhães T, ed. *Abuse & Neglect, Series 1, To improve the management of child abuse and neglect*. Porto: SPECAN. pp 11-30.
- Taveira F, Frazão S, Dias R, Matos E, Magalhães T (2009). [Intra and extra-familial sexual abuse]. *Acta Med Port*, 22:759-66.
- Vieira DN, Corte-Real F (2008). Nexo de causalidade em Avaliação do Dano Corporal. In: Vieira DN e Quintero JA eds. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. pp.61-83.
- Weiss S (2009). *Forensic photography. The importance of accuracy*, New Jersey: Pearson Education.

Resumo: Proteção de crianças e jovens em risco: considerações sobre o protocolo nacional de 2011

A articulação entre os diversos serviços e profissionais que trabalham com crianças, designadamente na suspeita de abuso sexual, constitui um aspeto de particular relevância para o êxito da intervenção. Nesse sentido, foi celebrado um Protocolo entre os Ministros da Justiça e da Saúde, do XIX Governo, e o Presidente da Comissão Nacional de Protecção de

Crianças e Jovens em Risco. Este Protocolo, que se apresenta e comenta, na perspetiva médico-legal, promove uma articulação funcional e fixa os termos da colaboração entre o Serviço Nacional de Saúde e o Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. na realização do exame físico, colheita e acondicionamento de vestígios ou amostras susceptíveis de se perderem ou alterarem rapidamente.

Palavras-chave: Crianças; Abuso sexual; Intervenção; Perícia médico-legal; Protocolo.

Summary: Protection of children and adolescents at risk: remarks about the national protocol of 2011

The articulation between the different services and professionals working with children, particularly in suspected sexual abuse, is an aspect of particular relevance to the success of the intervention. In this sense, a protocol was signed between the Ministries of Justice and Health, of the XIX Government of Portugal, and the President of the National Commission for Protection of Children and Youth at Risk. This Protocol provides a functional articulation and sets the terms of the collaboration of the National Health Service and the National Institute of Legal Medicine for physical assessment, collection and packaging of trace evidence and other samples likely to be lost or to change quickly. The protocol is presented and commented on a forensic perspective.

Key-words: Children; Sexual abuse; Intervention; Forensic assessment; Protocol.

Résumé: Protection des enfants et jeunes en risque: a propos du protocole nationale de 2011

L'articulation entre les différents services et les professionnels travaillant avec des enfants, en particulier dans les abus sexuels présumés, est un aspect particulièrement important pour la réussite de l'intervention. En ce sens, un protocole a été signé entre les Ministres de la Justice et de la Santé, du XIX Gouvernement de Portugal et le Président de la Commission Nationale pour la Protection des Enfants et Jeunes à Risque. Ce Protocole, qui on présente et commente sur le point de vue médico-légal, il fournit une articulation fonctionnelle et fixe les modalités de la collaboration du Système National de Santé et l'institut nationale de Médecine Légale, pour l'observation, la récolte et le conditionnement des traces susceptibles de se perdre ou de changer rapidement.

Mots-clés: Enfants; Abus sexuel; Intervention; Expertise médico-légale; Protocole.

Pedido de separatas:

TERESA MAGALHÃES

tmaga@med.up.pt

O impacto da perícia médico-legal na decisão judicial nos casos de abuso sexual de crianças. Estudo preliminar

Patrícia Jardim^(1,2,3), Eduarda Matos⁽⁴⁾, Teresa Magalhães^(1,4)

1. INTRODUÇÃO

Muitos estudos nacionais e internacionais têm vindo a ser desenvolvidos na área dos crimes de natureza sexual, particularmente sobre os praticados contra crianças. Estes têm revelado elevada prevalência e incidência do fenómeno, que se apresenta transversal a todos os países do mundo, culturas, e estratos sociais e económicos (Finkelhor, 1994; Pereda e col., 2009a; Pereda e col., 2009b). Por outro lado, a estas práticas associam-se: (a) baixas taxas de revelação por parte das vítimas (London e col., 2005; Nagel e col., 1996; Goddman-Brown e col., 2003); (b) reduzido número de denúncias pelas pessoas que suspeitam dos mesmos (Ribeiro & Magalhães, 2010); (c) graves consequências para as crianças e suas famílias, a curto, médio e longo prazo (Swanston e col., 2003; Briere & Elliot, 2003). Em conjunto, todos estes aspetos justificam que a Organização Mundial de Saúde (WHO) considere esta problemática como uma “*silent health emergency*” de relevância internacional, no âmbito da saúde pública (WHO, 2004).

Importa, assim, que em todos os países se desenvolva mais investigação nesta área, nos diversos domínios da sua intervenção e, sobretudo, articulando saberes e práticas, designadamente no que à intervenção médico-legal e forense, conjugada com a intervenção judicial, diz respeito.

¹ Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. – Delegação do Norte

² CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal

³ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁴ Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto

1.1. A problemática dos conceitos

Uma das dificuldades no estudo deste tema consiste no facto de na literatura internacional, e no contexto legal específico de cada país, serem utilizados diferentes conceitos para referir as agressões de natureza sexual contra crianças, estando estes relacionados com o meio cultural em que as vítimas se encontram inseridas, com as diferentes definições legais destes tipos de crime e com os diferentes níveis da abordagem técnica dos casos (Pereda e col., 2009b).

As agressões sexuais são, habitualmente, mencionadas na literatura científica como “abuso sexual”, sendo genericamente definidas pela OMS como o envolvimento da criança em atividades sexuais que ela não consegue compreender, que não tem capacidade e não está preparada, do ponto de vista desenvolvimental, para dar consentimento informado, e que são praticadas por um adulto ou outra criança que, por razão da idade ou desenvolvimento, se encontra numa relação de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 2003). Este abuso pode incluir experiências sexuais com ou sem contacto físico, como carícias sexualmente explícitas, contacto entre os órgãos sexuais, sexo oral (*fellatio* ou *cunnilingus*), manobras masturbatórias ou penetração (oral, vaginal ou anal) (Finkel, 2005).

No entanto, nos casos em que as vítimas são submetidas a exame médico-legal até 72 horas após o último contacto sexual, usa-se mais frequentemente, na literatura anglo-saxónica, a expressão “acute sexual assault” (Finkel, 2005) o que, pelo menos em termos médico-legais, assume bastante relevância.

Estes casos, ditos agudos, estão mais frequentemente relacionados com agressões extrafamiliares, isoladas e associadas a maior violência física, sendo mais suscetíveis, face à sua rápida revelação, de serem provados com base em lesões e/ou vestígios físicos ou biológicos que possam ser encontrados (Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998). Já os abusos sexuais são mais entendidos como associados a situações que acontecem no contexto da família, que se prolongam no tempo, que recorrem a práticas fisicamente pouco intrusivas e que só muito tardiamente são revelados (Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998). No entanto, uns casos e outros podem acontecer em qualquer contexto, sendo que em Portugal o termo “abuso sexual”, usado na epígrafe de um dos crimes constantes do capítulo relativo aos crimes contra a autodeterminação sexual do Código Penal (artigo 171º), não relaciona esta prática com as características que acabamos de identificar como mais frequentes nas situações de abuso, pelo que, também por este motivo, é frequente o uso generalizado do termo “abuso sexual”.

Estes problemas de linguagem e concetuais dificultam a comunicação entre os diferentes atores que intervêm nestes processos e dificultam, ou até

impedem, a comparação entre os diversos estudos que neste âmbito se realizam (Ribeiro & Magalhães, 2010). Importa, por isso, usar uma linguagem o mais neutra possível (e.g., alegada agressão sexual) mas, sobretudo, definir sempre, e à partida, qual o significado do conceito que se está a usar, evitando-se assim confusões e interpretações incorretas quanto ao que se pretende transmitir.

1.2. A alegada agressão sexual vs crime sexual

De alguma forma, relacionada com o primeiro problema acima elencado, surge a questão o “uso fácil” e generalizado do conceito de “crime” quando nos referimos a agressões sexuais em geral.

Por um lado, muitas agressões sexuais configuram, em Portugal, um crime de natureza semipública, pelo que nem todos os casos, mesmo que revelados pelas vítimas, se por esta ou pelo seu representante legal não forem denunciados, irão passar nas teias da lei e, portanto, nem todos virão a constituir-se como crime.

Por outro lado, também nem todas as alegadas práticas de agressão sexual irão ser consideradas crime pelo competente tribunal, em virtude de diversos aspetos que adiante se discutirão.

Assim, e relativamente à investigação científica destes casos, impõe-se ponderar sobre o seguinte: deveremos incluir nos estudos todos os casos alegados (revelados e/ou denunciados) ou, antes, só os que mereceram condenação? A decisão dependerá, obviamente, do tipo de estudo que se pretender realizar, apenas importando, à partida, que se esclareça qual o tipo de amostra selecionada e o significado dessa amostra, dado que, como se verá, umas e outras colocam limitações na interpretação dos resultados obtidos. De qualquer forma, o ideal mesmo, será cruzar os estudos e analisar as diferenças que, relativamente a estes casos, são encontradas entre eles, sendo que ambos são fundamentais.

1.2.1. Estudos sobre alegadas agressões sexuais

Relativamente aos alegados casos de agressões sexuais, não deverá ser descurada a hipótese de que alguns deles possam corresponder a falsas alegações por parte das vítimas, dos seus representantes legais ou de outras pessoas que os sinalizam ou denunciam.

Estas falsas alegações podem acontecer de forma deliberada, por parte da vítima ou de terceiros, para justificar uma qualquer circunstância (e.g., adolescente que alega ter sido “violada” para justificar uma saída não autorizada pelos cuidadores), ou por má fé, tendo em vista incriminar outra pessoa

(e.g., acusação, por um progenitor, de abuso sexual da criança, pelo outro progenitor, em caso de divórcio litigioso). Mas podem acontecer, também, por incorreta interpretação de certos factos por parte de quem levanta a suspeita (e.g., considerar um sintoma, como o prurido vulvar, como indicador altamente sugestivo ou diagnóstico de abuso sexual). Será ainda de salientar que, mesmo numa fase avançada do processo de investigação, a própria vítima, sendo criança, pode ser induzida a apresentar falsas alegações, designadamente se a sua abordagem quanto à suspeita de abuso, pelo profissional que a faz, for desadequada (Hershkowitz, 2001; Heger e col., 2002; Adams, 2008).

Assim, nem todos os casos que se apresentam como “crime” sexual, e que são encaminhados para os profissionais responsáveis pelo seu diagnóstico (no caso português, os peritos médico-legais) corresponderão, necessariamente, a uma agressão sexual. Como fazer, pois, este diagnóstico diferencial para seleccionar os verdadeiros casos? A medicina legal e forense, tal como a medicina em geral, não constitui uma ciência exata; num grande número de casos, o perito médico-legal não pode limitar-se a responder sim ou não. No caso das agressões sexuais, isto é particularmente verdade, podendo-se sistematizar as dificuldades desse diagnóstico diferencial em quatro aspetos:

a) Muitos dos casos cursam com ausência de lesões e de vestígios físicos ou biológicos (Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998; Heger e col., 2002; Adams, 2008; Adams e col., 1994; De Jong, Rose, 1991; Muram e col., 1991), o que não significa que a agressão não tenha acontecido. A verdade é que, em muitos deles, a inexistência destes indicadores já é esperada, tendo em conta que certo tipo de práticas abusivas não são compatíveis com a produção de lesões físicas, com a presença de material biológico do abusador ou com a transmissão de determinadas infeções (Finkel, 2005; De Jong, 1998); mas esta ausência de evidências também pode acontecer mesmo no caso de ter havido contacto físico, designadamente se sexualmente intrusivo (penetração oral, vaginal ou anal), tendo em conta que (Finkelhor, 1994; Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998; Heger e col., 2002; Adams, 2008; De Jong, 1998; Becker, 1994; Pillai, 2008): (i) o uso de lubrificantes, diminuindo a fricção entre os tecidos, reduz a probabilidade de ocorrerem lesões físicas visíveis; (ii) o uso de preservativos, além da diminuição da fricção entre os tecidos, impede também o contacto entre os mesmos, impossibilitando ou dificultando a deteção de material biológico do agressor no corpo da vítima; (iii) poderá ocorrer destruição deliberada ou natural de vestígios biológicos, através da lavagem do corpo da vítima ou dos próprios atos fisiológicos da mesma (e.g., micção, defecação); (iv) na maioria dos casos não há recurso a violência, pois as vítimas não opõem resistência à agressão por medo, por não terem capacidade para entender determinadas práticas como abusivas ou, ainda, por se encontrarem sob o efeito de

tóxicos (álcool, medicamentos, drogas de abuso ou substâncias estupefacientes); (v) geralmente a revelação da agressão sexual é tardia, sendo o exame médico-legal realizado muito tempo após o último contacto sexual, o que leva a que a maioria das lesões já tenha cicatrizado, muitas vezes sem sequelas, e que os vestígios biológicos tenham sido totalmente destruídos;

b) Nos casos em que resultam lesões ou vestígios, poucos são os indicadores atualmente considerados de diagnóstico. De facto, a não ser a gravidez e presença de sémen no corpo da vítima, todos os restantes indicadores de abuso sexual são entendidos apenas como sugestivos ou até inespecíficos (Adams, 2008; Pillai, 2008). Assim, podem existir diferentes graus de suspeição conforme as características das lesões ou vestígios encontrados (Jardim, Magalhães, 2010) mas em poucos casos se afirma categoricamente a existência de agressão sexual;

c) Podem existir lesões autoinfligidas ou provocadas por terceiros para simular a agressão sexual. Esta será, contudo, a dificuldade menos difícil de ultrapassar dado que estas lesões, sobretudo as provocadas pelo próprio, apresentam habitualmente um padrão lesional típico, caracterizando-se pela sua superficialidade e agrupamento em áreas corporais anteriores, pouco sensíveis e de fácil acesso à mão dominante, assim como pela inexistência de lesões de defesa (Faller-Marquardt e col., 1995);

d) A prova baseada no testemunho da vítima (muitas vezes a única) é geralmente pouco valorizada, sobretudo quando esse testemunho não é colhido com todas as garantias necessárias à validade desse tipo de prova, ou seja, de acordo com as normas da entrevista forense (Peixoto e col., 2011), pelo que também este valioso contributo para o diagnóstico fiável dos casos pode ficar prejudicado.

Desta forma, os estudos baseados em populações selecionadas a partir de casos alegados deverão ter sempre em conta todas estas limitações, considerando-se os casos apenas como suspeitos e admitindo-se que a amostragem possa estar construída por excesso.

1.2.2. Estudos sobre agressões sexuais que mereceram condenação

Relativamente aos casos judiciais, todos temos consciência de que muitas das situações arquivadas ou absolvidas poderão corresponder a efetivos crimes de natureza sexual, verificando-se tal desfecho apenas por falta de prova suficientemente robusta ou consistente - prova que, nestes casos, é particularmente difícil de produzir - ou por inimputabilidade do agressor. Tal não significa, pois, necessariamente, que a agressão não tenha ocorrido.

Múltiplos estudos baseados em decisões judiciais relativas a alegados casos de crime sexual, revelaram que a decisão de arquivamento ou de acusação do processo por parte do Ministério Público depende de múltiplos fatores, os quais incluem o valor da prova, a idade da vítima, a probabilidade de condenação, a gravidade do crime, a relação entre o agressor e a vítima, a forma como o caso foi revelado e investigado, o grau de apoio familiar e o nível de psicopatologia da vítima (De Jong, 1998; Myers, 1993, Martone e col., 1996; Tjaden & Thoennes, 1992; Myers, 1994). Os dois motivos mais frequentemente associados à decisão de arquivamento dos processos, de acordo com a literatura, são a falta de prova em geral e a baixa idade das vítimas (Patterson & Campbell, 2009; Bradshaw & Marks, 1990; Spears e col., 1997; Cross e col., 2003).

Os estudos têm revelado a existência de grandes variações quanto às taxas de acusação e de condenação no caso de crimes sexuais em geral (Ingemann-Hansen e col., 2008; Wiley e col., 2003; McGregor e col., 1999; Spears e col., 1997); no entanto, no caso dos estudos dedicados apenas aos crimes contra crianças, estas taxas têm sido semelhantes entre si (60% e 93-94%, respetivamente) (Patterson & Campbell, 2009; Cross e col., 1995; Goodman e col., 1992). Tais taxas parecem estar fortemente associadas à confissão do acusado, à revelação precoce por parte da vítima e à presença de testemunhas oculares do contacto sexual (De Jong, 1998).

Resulta daqui que os estudos baseados em amostragens limitadas apenas aos casos que mereceram condenação (admitindo que todas eles estão corretamente condenados) deverão ter sempre em conta a circunstância de se estar a estudar uma população construída por defeito.

1.2.3. Estudo do impacto dos exames médico-legais na decisão judicial

Tendo em conta o atrás exposto, o estudo dos crimes de natureza sexual deverá incluir tanto os casos alegados como os casos condenados e, se possível, o cruzamento desses dados, tendo em conta a particular complexidade destas situações, principalmente no que se refere à sua deteção, bem como ao diagnóstico médico-legal e forense.

Esta análise conjunta poderá permitir aprofundar o conhecimento e a compreensão quanto a esta realidade, o que é fundamental para promover a melhoria de práticas em todos os níveis da intervenção, designadamente no que ao diagnóstico médico-legal e forense diz respeito. De facto, é necessário garantir a validade desse diagnóstico dado que um diagnóstico errado poderá permitir perpetuar uma situação de agressão sexual ou contribuir para punir um inocente e/ou separar uma família (Jardim, Magalhães, 2010).

Neste sentido, a boa administração da justiça passa, também, pela segurança da prova médico-legal e forense, pelo que se torna importante, nesta fase do estado da arte, conhecer o efeito da avaliação médico-legal nas decisões judiciais. Sobre esta matéria, a literatura estrangeira refere que esta avaliação parece ter alguma influência na acusação e condenação, apesar de esta relação ainda não ter sido bem estudada e determinada (De Jong, 1998; Patterson & Campbell, 2009). Em Portugal, apenas se encontrou um estudo publicado em revista indexada, relativo a casos que tiveram lugar entre 1992 e 1995, incluindo, contudo, vítimas de todas as idades e apresentando uma amostra muito reduzida, o que limita as suas conclusões (Pinto da Costa e col., 1998); de qualquer forma, as conclusões nele apresentadas são semelhantes às atrás referidas.

1.3. Objetivos do estudo

Do exposto, conclui-se que no estudo das agressões sexuais de crianças, é fundamental o conhecimento das decisões judiciais e o efeito da avaliação médico-legal nas mesmas. Este tipo de análise já está disponível na literatura em relação a alguns países, tal como referido, o mesmo não se tendo ainda verificado em Portugal.

Assim, o objetivo geral deste estudo é contribuir para melhor caracterizar, na perspetiva médico-legal e forense, e em Portugal, as agressões sexuais contra crianças, tendo em vista promover a capacidade dos profissionais para as detetar e diagnosticar precocemente.

Os objetivos específicos são: (a) Caracterizar e comparar os casos de agressão de natureza sexual que foram objeto de condenação e os que foram arquivados ou absolvidos; (b) Determinar o valor da avaliação médico-legal e forense na tomada de decisão judicial, identificando os pontos fortes e fracos da mesma, para que, desta forma, se possam delinear estratégias de intervenção adequadas à nossa realidade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo baseado na análise de relatórios periciais selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (a) Alegados crimes de natureza sexual (independentemente do contexto intra ou extrafamiliar e da data da sua ocorrência); (b) Vítimas com idade inferior a 18 anos; (c) Submetidas a exame médico-legal nos serviços do norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (delegação do norte e gabinetes médico-legais

de Braga, Bragança, Chaves, Guimarães, Mirandela, Penafiel, Santa Maria da Feira, Viana do Castelo e Vila Real); (d) Entre 2004 e 2008; (e) Para os quais se obteve os despachos de arquivamento proferidos 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 correspondentes à Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML). Considerou-se como limite o ano de 2008, por se admitir como estimativa razoável para o tempo médio de resolução dos casos a nível do Tribunal Criminal, o período de 2 anos.

Tendo em conta os critérios de inclusão atrás descritos, foram identificados 1047 relatórios médico-legais, relativamente aos quais foram requeridas, por correio, aos serviços do Ministério Público e Tribunais Criminais das respetivas áreas, todas as correspondentes decisões judiciais. No entanto, apenas foram disponibilizadas para o presente estudo 185 decisões, as quais correspondem a 17.7% das solicitadas.

Para a execução deste trabalho, foi utilizada uma ficha de recolha de dados construída para o efeito, a qual foi aplicada apenas pela investigadora, assegurando, desta forma, a fiabilidade na colheita dos dados. A ficha incluía 134 questões, divididas nas seguintes secções (a) Identificação do processo; (b) Caracterização da vítima; (c) Caracterização do suposto agressor; (d) Caracterização do suposto crime; (e) Observação clínica; (f) Exames complementares de diagnóstico; (g) Entrevista forense; (h) Conclusões médico-legais; (i) Conclusões judiciais.

Relativamente às expressões utilizadas nesta exposição, importará assinalar que, no que à vítima se refere, foi tida em conta a Lei 112/2009, de 16 de setembro, a qual refere 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”. Já quanto ao suspeito e ao ato cometido pelo mesmo, usaram-se as expressões “alegado agressor” e “alegada agressão”, tendo em conta o artigo 32º da Constituição Portuguesa, o qual refere que “o arguido presume-se inocente até ao trânsito em julgado da sentença de condenação”.

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 em “sugestivas” e “inespecíficas” foi efetuada de acordo com as *“Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused”* (Adams, 2008).

As conclusões médico-legais dos relatórios periciais apresentavam-se formuladas de acordo com 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 (Adams, 2008) é: (a) “Diagnóstico”; (b) “Sugestivo”; (c) “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”.

Foi efetuado 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 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.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização das decisões judiciais

A análise das 185 decisões judiciais revelou que a maioria dos casos (68.1%) foram arquivados pelo Ministério Público e apenas 30.8% foram acusados e julgados; em 2 deles (1.1%), o processo foi provisoriamente suspenso (SPP) (Figura 1). O motivo mais frequente para o arquivamento foi a insuficiência ou ausência de provas (54.8%) (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=57), 14% foram absolvidos e 86% condenados, correspondendo isto, respetivamente, a 4.3% e 26.5% do total dos casos iniciais (Figura 1).

Aos condenados, foi aplicada pena de prisão em 49% dos casos e pena suspensa em 42.8% (Figura 1). Quatro condenados (8.2%) foram considerados inimputáveis em razão da idade ou por patologia do foro psiquiátrico, tendo-lhes sido aplicadas apenas medidas de segurança (internamento em centros de reabilitação). Em média, a pena foi de 49.4 meses (min.=6; máx.=144; SD=33.8). Em 7 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 3 casos em que passou de efetiva para suspensa.

O tempo médio decorrido entre o exame médico-legal e a decisão judicial final foi de 14 meses (min.=1; máx.=45; SD=11.3), sendo nos casos arquivados ou provisoriamente suspensos de 10.6 meses e nos julgados de 22.4 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) e os casos condenados (CC) (73.5% e 26.5%, respetivamente).

3.2. Caracterização da vítima

As vítimas eram maioritariamente do género feminino (78.4%), com idade média de 9.8 anos (min.=0.35; max.=16.64; SD=4.03) - 10.5 anos nos CC e 9.6 anos nos CNC, não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($r=0.33$) (Tabela 1). Quanto ao tipo de atividade, 72.3% dos casos em que havia informação eram estudantes. Dos restantes, $n=45$ ainda não atingido a idade escolar e 4 eram portadores de handicap mental, pelo que não exerciam qualquer atividade. Comparando os grupos relativos aos CC e CNC, encontrou-se uma associação significativa entre os mesmos, ocorrendo a condenação sobretudo nos casos que envolvem crianças em idade escolar ($r<0.05$) (Tabela 1). Relativamente ao tipo de família, não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em estudo ($r=0.33$), sendo que a maior parte integra uma família nuclear (47% dos casos em que existe informação) - Tabela 1.

3.3. Caracterização do alegado agressor

Os alegados agressores eram maioritariamente do género masculino (99.5%) (Tabela 2). Apenas num dos casos o suposto crime terá sido perpetrado por uma mulher (ama) que, segundo a informação, terá “acariciado” a região genital de criança com 2 anos de idade; no entanto, este caso foi arquivado por falta de provas. A análise dos grupos etários e da atividade ocupacional dos alegados agressores (nos casos em que havia informação disponível), indica que estes se encontravam, na sua grande maioria, em idade ativa e exercendo uma atividade profissional (Tabela 2). Verificou-se, no entanto, que em 19.3% dos casos conhecidos se tratavam de indivíduos menores de idade, sendo a idade mínima de 13 anos. A idade máxima conhecida do suposto agressor foi de 74 anos. Em 85.4% dos casos, o alegado agressor era alguém conhecido da vítima (50.3% familiares e 35% conhecidos). Não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em estudo quanto a este aspeto ($r=0.13$): (a) familiares, em 53% dos CC e 49% dos CNC; (b) conhecidos, em 40.8% dos CC e 33% dos CNC; (c) desconhecidos, em 6% dos CC e 17.6% dos CNC (Tabela 2).

3.4. Caracterização da primeira suspeita

A primeira suspeita quanto à possível ocorrência de crime de natureza sexual partiu, mais frequentemente, de familiares (56.2% 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 ($r=0.57$); essa suspeita foi levantada por familiares (30.6% dos CC e 32.4% dos CNC) e por não familiares (28.6% dos CC e 23.5% dos CNC) de forma idêntica (Tabela 3).

Na maior parte dos casos a suspeita teve como fonte a revelação feita pela vítima (57.1% dos casos em que existe informação). Verificou-se existir diferenças significativas entre os CC e CNC ($r<0.05$), demonstrando-se que a condenação se verifica mais quando a primeira suspeita assenta na revelação feita pela vítima ou quando existem testemunhas oculares das referidas práticas e que a não condenação se verifica mais quando a primeira suspeita é baseada apenas na observação de sinais e sintomas sugestivos de contacto sexual, tendo em conta que, para ambas as situações, os valores obtidos, para cada um dos itens, foram superiores aos esperados pelo cálculo estatístico. Assim, considerando os dois grupos, a suspeita teve por base a: (a) observação de sinais e sintomas considerados sugestivos de contacto sexual (6% dos CC e 19.1% dos CNC); (b) revelação pela vítima (42.9% dos CC e 31.6% dos CNC); (c) presença de testemunhas oculares (16.3% dos CC e 8.1% dos CNC) (Tabela 3).

A suspeita foi predominantemente comunicada aos serviços de saúde (44.4% dos casos em que existe informação), polícias e comissões de proteção de crianças e jovens em perigo (CPCJ) (Tabela 3). Não se verificou existir diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos em estudo ($r=0.95$).

3.5. Caracterização da alegada agressão

O tipo de práticas maioritariamente descritas foram as carícias sexualmente explícitas (33.5%): 38.8% dos CC e 31.6% dos CNC. A penetração vaginal e/ou anal foi referida em 27% dos casos: 34.7% dos CC e 24.3% dos CNC (Tabela 4). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo ($r=0.66$) (Tabela 4).

Na grande maioria dos casos em que existe informação, o alegado crime terá ocorrido na casa da vítima e/ou agressor (65.1%) - Tabela 4; não foram identificadas diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos quanto ao local dos supostos factos ($r=0.16$).

Em relação à frequência das práticas sexuais, estas terão sido recorrentes em 43.6% dos casos em que existe informação. Verificaram-se diferenças

significativas entre os dois grupos em estudo ($r < 0.05$), demonstrando-se que a condenação se verifica mais quando as práticas abusivas são reiteradas.

As ameaças verbais e a violência física aconteceram em 30.4% e 32.9% dos casos em que existe informação, respetivamente (Tabela 4); não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em análise ($r = 0.14$).

3.6. Caracterização da perícia médico-legal e forense

O intervalo de tempo entre o último contacto sexual e o exame médico-legal foi superior a 72 horas na maior parte dos casos (75.7%), verificando-se em 77.6% e 75%, respetivamente para os CC e os CNC (Tabela 5). Não se detetaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre estes dois grupos ($r = 0.72$).

Na grande maioria dos casos não foram diagnosticadas quaisquer lesões ou sequelas (68.1%): 69.4% e 67.6%, respetivamente para os CC e os CNC (Tabela 5). As lesões sugestivas de contacto sexual apenas foram detetadas em 16.3% dos CC e em 11.8% dos CNC, não havendo associação estatística entre os grupos ($r = 0.51$) (Tabela 5). Num dos CC, a vítima, de 16 anos, engravidou do agressor (pai), tendo voluntariamente interrompido a gravidez.

Os estudos de genética e biologia forense para análises de ADN tiveram lugar em 18.4% dos casos (20.4% dos CC vs 17.7% dos CNC). Destes, em apenas 10.2% dos CC e em 1.5% dos CNC, se obteve um perfil genético diferente do da vítima nas amostras biológicas recolhidas do seu corpo ou roupas ou, ainda, no exame do local (Tabela 5). Estes resultados revelaram significância estatística entre os dois grupos em estudo ($r < 0.05$), demonstrando-se que a condenação se verifica mais quando é detetado um perfil genético heterólogo na vítima. Os casos em que se obteve um perfil genético heterólogo e que não foram condenados ($n = 2$) corresponderam a: (a) adolescente do género feminino, com 15 anos, que terá mantido “relações sexuais consentidas” com o namorado de 22 anos, tendo o processo sido arquivado por “prova insuficiente”; (b) adolescente do género feminino, com 13 anos, que seria alegadamente abusada pelo pai desde os 6 anos, tendo o alegado agressor sido absolvido por “prova insuficiente”; o perfil genético do suposto agressor foi obtido de um cobertor, que terá sido apontado pela examinada como local para onde o seu pai terá ejaculado após a agressão, não tendo os resultados deste exame genético sido mencionados a nível da decisão judicial.

Os estudos toxicológicos e microbiológicos foram conduzidos apenas em 13% e 2.7% de todos os casos, respetivamente. Não foram obtidos quaisquer resultados positivos em nenhuma das situações, pelo que não se efetuaram estudos de correlação (Tabela 5).

A entrevista forense só foi efetuada em 52.4% de todos os casos (57.1% dos CC vs 50.7% dos CNC) (Tabela 5), decorrendo sempre posteriormente ao exame médico-legal. Não se encontraram associações significativas entre os dois grupos ($r=0.44$).

Com base na análise de toda a informação disponível (que podia incluir resultados do exame físico, dos exames laboratoriais e da entrevista forense), as conclusões da perícia médico-legal foram maioritariamente no sentido de se considerarem os achados inespecíficos para o diagnóstico de agressão sexual (89.2%). Apenas em 7% dos casos os achados foram considerados como sugestivos e em 3.8% como diagnósticos. Relativamente aos grupos em estudo, os resultados foram os seguintes: (a) diagnóstico (8.2% dos CC e 2.2% dos CNC); (b) sugestivo (16.3% dos CC e 3.7% dos CNC); (c) inespecífico (75.5% dos CC e 94.1% dos CNC) (Tabela 6). Estes resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas, demonstrando que a condenação se verifica mais quando o exame médico-legal diagnostica o contacto sexual ou é sugestivo de tal ($r<0.05$).

4. DISCUSSÃO

Em Portugal existem já alguns estudos publicados em revistas indexadas sobre crimes de natureza sexual perpetradas contra crianças, relativamente aos aspetos médico-legais e forenses (Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998), mas todos eles baseados em alegados casos. Este será o primeiro que analisa, também, os casos que foram alvo de decisão judicial, avaliando o efeito do exame médico-legal nessas decisões.

4.1. O alegado abuso sexual. Casos não condenados vs casos condenados

A análise dos alegados casos de crimes de natureza sexual revelou que a maioria das vítimas é do género feminino (78.4%), com idade média de 9.8 anos, estudante (69.2%), tendo sido supostamente abusadas por um indivíduo do género masculino (99.5%), seu conhecido (85.4%) e que pertencia à sua família em 50.3% dos casos. Na maioria, a revelação foi feita pela vítima (57.1%) a um elemento da família (56.2% dos casos em que existe informação), o qual comunicou a situação maioritariamente aos serviços de saúde (44.4% dos casos em que existe informação). A alegada agressão terá ocorrido, predominantemente, em casa da vítima e/ou do suposto agressor (65.1% dos casos em que existe informação), sob ameaças verbais e/ou violência física (30.4% e 32.9%, respetivamente, dos casos em que existia informação), com recurso a práticas sexuais reiteradas (43.6% dos casos em que existia informação).

Estas foram, mais frequentemente, carícias sexualmente explícitas (33.5%) e penetração vaginal e/ou anal (27%). Em 75.7% dos casos, o intervalo de tempo entre o último contacto sexual e o exame médico-legal foi superior a 72 horas e na grande maioria dos casos (68.1%) não foram diagnosticadas quaisquer lesões, sendo que as sugestivas de contacto sexual apenas terão sido diagnosticadas em 13% das vítimas. Os estudos de ADN foram realizados em apenas 18.4% dos casos e, destes, apenas 20.6% detetaram um perfil genético diferente do da vítima nas amostras biológicas recolhidas do seu corpo, roupas e/ou no exame do local. Os exames toxicológicos e microbiológicos foram realizados em muito poucas situações (13% e 2.7%, respetivamente) e a entrevista forense foi efetuada em cerca de metade dos casos (52.4%). O exame médico-legal considerou os achados diagnósticos e sugestivos em apenas 3.8% e 7% de todos os casos, respetivamente. Note-se que, apesar de terem sido identificadas lesões sugestivas em 13% dos casos, não se verificou uma correspondente conclusão médico-legal (apenas em 7% os achados foram considerados sugestivos), dado que esta conclusão considera não apenas o valor diagnóstico da lesão mas esse valor analisado no contexto de toda a situação.

Estes resultados estão, na maioria dos aspetos, de acordo com a bibliografia nacional e estrangeira já publicada sobre o tema para este tipo de amostras (Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998; De Jong e col., 1983; Csorba e col., 2005; Fischer & Macdonald, 1998), tendo-se contudo verificado alguma discrepância no que se refere à percentagem de abusos intrafamiliares. No presente estudo, este valor é de cerca de 50%, sendo superior ao apresentado pelos estudos anteriormente citados (25-40%). Estas diferenças podem resultar da utilização de diferentes amostras no que se refere à sua dimensão ou época do estudo, por exemplo, mas também podem dever-se a um aumento da denúncia dos casos de abuso intrafamiliar em Portugal, resultado da melhor intervenção dos profissionais no terreno, cada vez mais sensibilizados e atentos a esta problemática, às suas especificidades e à sua particular gravidade (Magalhães e col., 2009; Fischer & Macdonald, 1998).

4.2. Decisões judiciais

A análise das decisões judiciais revelou que:

- a) 68.1% dos casos foram arquivados ao nível do Ministério Público, a maioria por falta de provas (54.8%), tendo 30.8% dos casos sido acusados. A literatura publicada está de acordo quanto ao facto da maior parte dos casos serem arquivados por falta de provas (De Jong, 1998; Becker, 1994; Pillai, 2008; Jardim & Magalhães, 2010; Faller-Marquardt e col., 1995; Myers, 1993; Martone e col., 1996;

Tjaden & Thoennes, 1992; Myers, 1994; Patterson & Campbell, 2009; Bradshaw & Marks, 1990; Spears & Spohn, 1996). Mas observam-se grandes variações no que se refere às taxas de acusação, principalmente nos trabalhos mais recentes, onde estas variam entre os 28% e os 94% (Bradshaw & Marks, 1990; Cross e col., 2003; Ingemann-Hansen e col., 2008; Wiley e col., 2003; McGregor e col., 1999; Spears e col., 1997). Estas variações podem ser explicadas por diferenças de amostragem e das metodologias de estudo, as quais podem estar influenciadas por questões culturais, sociais e legais (Pereda e col., 2009b; WHO, 2003), que variam entre diferentes países e, por vezes, dentro do mesmo país (WHO, 2003).

b) 1% dos processos foram suspensos provisoriamente (SPP), de acordo com o artigo 281º do Código de Processo Penal português. Este artigo prevê que no caso de um suspeito que nunca tenha sido condenado por um crime de natureza sexual, nem beneficiado anteriormente de SPP, e que cumpra todas as regras de conduta que lhe forem impostas, o Ministério Público, com a concordância do Juiz de Instrução e do próprio suspeito, pode suspender o processo de forma provisória, até ao máximo de cinco anos, e arquivá-lo posteriormente;

c) Os alegados agressores foram condenados em 86% dos casos acusados (26.5% do total dos casos). Estes resultados estão também de acordo com a literatura, que revela que a probabilidade de condenação é muito grande nos casos que são acusados e julgados (93-94%) (Patterson & Campbell, 2009; Bradshaw & Marks, 1990; Cross e col., 1995; Goodman e col., 1992);

d) Nos casos condenados, houve pena de prisão efetiva ou suspensão em 49% e 42.8%, respetivamente. O tempo médio das penas foi de 4.1 anos, o que é inferior aos resultados de cerca de 7 anos encontrados em estudos estrangeiros (Martone e col., 1996; Sague-Castillo, 2009). Este valor está diretamente relacionado com a lei penal de cada país;

e) O tempo médio decorrido entre o exame médico-legal e a decisão judicial final foi de 22.4 e 10.6 meses para os casos julgados e para os arquivados/provisoriamente suspensos, respetivamente. Note-se, contudo, que este valor médio poderá ainda ser maior para os casos sujeitos a julgamento, pois só se obtiveram 17.7% de todos os casos solicitados, sendo que muitos deles poderão não ter sido disponibilizados por ainda não estarem concluídos. Estes resultados justificam a opção de neste estudo só terem sido incluídos casos sujeitos a exame médico-legal até ao fim de 2008, pretendendo-se, com isto, reduzir o mais possível a taxa de casos ainda não concluídos.

4.3. Aspectos com impacto na decisão judicial

O estudo revelou diferenças estatisticamente significativas entre os casos condenados e os não condenados ($p < 0.05$), estando as condenações predominantemente associadas à: (a) Idade da vítima; (b) Revelação do abuso; (c) Frequência do abuso; (d) Estudos de DNA; (e) Conclusões médico-legais.

4.3.1. Idade da vítima

Relativamente à idade das vítimas, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os casos condenados e os não condenados ($p = 0.12$), apesar da média de idades das vítimas dos CC ser ligeiramente superior aos CNC (10.5 vs 9.6 anos). No entanto, o presente estudo revelou que os casos com vítimas em idade escolar apresentavam maior taxa de condenação do que as que, por razão da idade ou *handicap* mental, não tinham iniciado esta atividade ($p < 0.05$). Ora, este aspeto não pode ser dissociado da idade, verificando-se, portanto, uma relação das condenações com a mesma. Também vai neste sentido a literatura publicada, a qual refere que a baixa idade é uma das razões mais associadas ao arquivamento processual (Patterson & Campbell, 2009; Bradshaw & Marks, 1990; Spears & Spohn, 1996). Isto poderá estar associado com a maior dificuldade das crianças mais pequenas para revelarem e/ou testemunharem o abuso, bem como com o tipo de práticas (fisicamente menos intrusivas) a que nestes casos os mais pequenos são geralmente sujeitos (Magalhães e col., 2009).

4.3.2. Revelação do abuso

Os casos em que a primeira suspeita da existência de um crime de natureza sexual assentou na revelação feita pela própria vítima ou na presença de uma testemunha ocular quanto às práticas abusivas, associaram-se a uma probabilidade aumentada de condenação. Por outro lado, os casos em que esta suspeita se baseou na observação de sinais e sintomas identificados, na maioria das vezes, por familiares ou conhecidos, sem formação especializada na área médica ou médico-legal, estiveram significativamente correlacionadas com a não condenação. Estes resultados são corroborados com os estudos publicados, que associam a revelação das práticas abusivas por parte da vítima e a presença de testemunhas oculares a maiores taxas de condenação (De Jong, 1998).

No entanto, a presença de testemunhas oculares é rara neste tipo de situações, pois, como se demonstrou, uma grande percentagem dos casos são intrafamiliares (50.3%) e ocorrem dentro das casas das próprias vítimas e/ou agressores (65.1%), o que está de acordo com outros estudos (Taveira e col.,

2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998; De Jong e col., 1983; Csorba e col., 2005; Fischer & Macdonald, 1998), levando a que o testemunho da criança seja uma das provas mais importantes (Peixoto e col., 2011). Dada essa importância, é essencial criar estratégias para a otimização do processo de entrevista forense, não só com o objetivo de preservar o relato, sem o contaminar mas, também, para a prevenção da vitimização secundária da criança (Peixoto e col., 2011; Peixoto, Ribeiro, 2010; Magalhães, Ribeiro, 2007; Ribeiro, 2009). No entanto, e apesar das diversas alterações da lei penal portuguesa nas últimas décadas, as crianças vítimas destes tipos de crime, continuam a ser interrogadas múltiplas vezes, como demonstra um estudo português, publicado em 2009 (Ribeiro, 2009), referindo que estas vítimas têm que prestar, em média, 8 depoimentos durante o decorrer de todo o processo. A investigação sobre o desenvolvimento humano mostra que as crianças apresentam características específicas de linguagem, memória e sugestibilidade, que só um profissional especializado pode controlar durante a entrevista (Peixoto e col., 2011). Neste sentido, as mais recentes *guidelines* médico-legais portuguesas sobre a intervenção forense nos casos de abuso sexual de crianças (Magalhães e col., 2011), referem que deverá ser efetuada entrevista forense a todas as crianças alegadamente vítimas de crimes de natureza sexual, sendo que os restantes profissionais que intervêm no processo devem limitar ao estritamente necessário a abordagem da criança quanto aos factos ocorridos.

Mas, o que se verificou no presente estudo, foi que a entrevista forense foi apenas solicitada em 52.4% dos casos, não se verificando qualquer correlação significativa com os casos condenados. Isto pode dever-se, não só ao facto das referidas *guidelines* só terem sido publicadas em 2011, mas principalmente porque no período em estudo não se contava com uma equipa de entrevistadores forenses capazes de dar resposta a todas as necessidades do país; este último aspeto já se encontra solucionado desde 2011, através do INML.

4.3.3. Frequência do abuso

Os resultados deste estudo demonstraram que a condenação é mais provável quando as práticas abusivas são reiteradas. Este facto encontra-se fortemente associado aos abusos intrafamiliares que, pela relação de proximidade entre a vítima e o agressor, a sua baixa visibilidade e o seu grande impacto psicológico na vítima (Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998), são considerados particularmente graves (Myers, 1993; Martone e col., 1996; Tjaden & Thoennes, 1992; Myers, 1994), sendo por isso imperativo um diagnóstico precoce. No entanto, o diagnóstico nestas situações é muito difícil, tendo em conta que os casos intrafamiliares estão envolvidos

em dinâmicas particulares de segredo, ocorrem maioritariamente dentro das casas dos próprios abusadores e incluem práticas sexuais fisicamente pouco intrusivas e sem recurso a violência física, levando ao atraso do conhecimento público da situação e reduzindo a probabilidade de se observarem vestígios de contacto sexual (Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998; De Jong e col., 1983; Fischer & Macdonald, 1998). Nesse sentido, a informação da população em geral, e das crianças e adolescentes em particular, sobre esta matéria, mostra-se particularmente relevante.

4.3.4. Perícia médico-legal e forense

Relativamente à relação entre os procedimentos e conclusões médico-legais e as decisões judiciais, este estudo revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os casos condenados e os não condenados, estando os primeiros predominantemente associados ao achado de um perfil genético heterólogo no decurso dos exames forenses e a uma conclusão diagnóstica ou sugestiva de contacto sexual no relatório médico-legal.

4.3.4.1. Presença de perfil genético heterólogo

Um dos principais objetivos da avaliação médico-legal é a colheita de vestígios biológicos para estudos de ADN, o que deverá acontecer nas primeiras 72 horas após o contacto sexual, para viabilizar os estudos (WHO, 2003; Finkel, 2005; Jardim & Magalhães, 2010). Ora, dado que a maior parte dos casos são tardiamente revelados (75.7% depois das 72 horas), apenas em 18.4% das situações estudadas foram feitas colheitas para estudos de ADN.

Os estudos genéticos, neste tipo de casos, consistem na determinação de perfis genéticos contidos nas amostras disponibilizadas, que provém maioritariamente do corpo da vítima (particularmente das mucosas oral, anal e genital) 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 (10.2% dos casos condenados). Este resultado era, aliás, expectável, tendo em conta que na literatura (Finkel, 2005; Adams, 2008; Stewart, 2011) este tipo de vestígio é considerado como um dos poucos indicadores diagnósticos de contacto sexual.

No entanto, a maioria dos estudos publicados sobre este tema negligencia esta associação, o que pode ser explicado por diversos fatores: (a) a maioria destes exames médico-legais não é efetuada nas primeiras 72 horas após o último contacto sexual (Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009;

Magalhães e col., 1998; Fischer, Macdonald, 1998); (b) a maioria das vítimas não apresenta indicadores físicos ou biológicos de contacto sexual (Taveira e col., 2009; Magalhães e col., 2009; Magalhães e col., 1998; Heger e col., 2001; Adams, 2008; De Jong & Rose, 1991; Muram e col., 1991; De Jong, 1998; Patterson & Campbell, 2009; Bradshaw & Marks, 1990); (c) nos casos pediátricos alguns autores consideram que não se devem efetuar zaragatoas para pesquisa de ADN após as 13h após o último contacto sexual (Christian e col., 2000) e outros consideram que só se devem colher estas amostras em crianças com mais de 10 anos (Palusci e col., 2006); (d) em alguns países em desenvolvimento, a tecnologia necessária para estudos genéticos não se encontra disponível devido ao seu elevado custo e os resultados dos testes genéticos não são admissíveis como prova em tribunal por não haver controlo dos procedimentos e garantia da cadeia de custódia (Sugue-Castillo, 2009).

Estes aspetos realçam a importância da deteção e intervenção precoces, que poderão ser efetuadas pelos profissionais que estão em contacto direto e diário com estas vítimas (professores, educadores de infância, pediatras, clínicos gerais, ginecologistas, enfermeiros, psicólogos, polícias, assistentes sociais, entre muitos outros). No entanto, para detetar um crime desta natureza é necessário que estes profissionais estejam alertados para a possibilidade da sua ocorrência e conheçam os sinais e sintomas que lhes estão associados, sendo para tal necessária formação especializada.

4.3.4.2. Conclusões médico-legais

Este estudo demonstra que as condenações neste tipo de crimes são mais prováveis quando as conclusões médico-legais, após a conjugação de todos os elementos disponíveis (resultados do exame físico, estudos genéticos, microbiológicos e toxicológicos, bem como da entrevista forense), consideram os achados como diagnósticos ou sugestivos de contacto sexual.

Note-se, no entanto, que para tal é necessário que os peritos médicos responsáveis pela avaliação destes casos solicitem os exames laboratoriais necessários e adequados a cada situação e interpretem todos os achados como um todo, que se potenciam entre si, e não apenas como a soma das partes. Para que isso suceda, é necessário que o exame médico-legal seja efetuado por peritos médicos especializados na área da sexologia forense, fazendo sempre recurso à foto ou vídeo-documentação dos casos, cujo objetivo não é só o de melhorar a prova mas, também, permitir o *peer review* de cada um dos casos.

A inexperiência do perito médico nas práticas forenses de observação de lesões ou sequelas, colheita, e acondicionamento das amostras biológicas, assim como na interpretação dos achados, pode comprometer todo o pro-

cesso judicial (Patterson & Campbell, 2009; Bradshaw & Marks, 1990; De Munnynck e col., 2006).

No entanto, na maioria dos países o exame médico-legal por suspeita de crime de natureza sexual não é efetuado por médicos especializados na área forense mas sim por médicos especializados na área clínica (pediatras, ginecologistas, cirurgiões, clínicos gerais), que muitas vezes se encontram nos serviços de urgência. Um estudo americano publicado em 2009 (Patterson & Campbell, 2009) demonstra que as taxas de acusação pelo Ministério Público são significativamente maiores quando os casos são avaliados por médicos especializados na área forense, se comparados com os casos que são avaliados por médicos sem especialização nesta área. Este facto pode também contribuir para explicar porque razão os estudos publicados ainda não são claramente conclusivos quanto ao impacto do exame médico-legal e forense nas decisões judiciais (De Jong, 1998; Patterson & Campbell, 2009).

Em Portugal, a realização de exame médico-legal em todos os casos de crimes de natureza sexual encontra-se salvaguardada pelo Código de Processo Penal, que obriga a que todas as vítimas de crimes desta natureza sejam observadas por peritos médicos pertencentes ao INML. Para isso, têm sido criados protocolos de atuação entre os serviços médico-legais, os hospitais, os Ministérios Públicos, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e, mais recentemente, entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, e a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, tendo em vista a correta e atempada intervenção neste tipo de situações.

4.4. Pontos fortes e fracos da intervenção médico-legal e forense

Os resultados deste trabalho permitem inferir que a perícia médico-legal e forense contribui de forma significativa para a decisão judicial. Mas, ainda quanto a esta perícia, importa identificar os seus pontos fortes e fracos para que, desta forma, se possam delinear estratégias de intervenção adequadas à nossa realidade.

Como pontos fortes, podemos considerar os seguintes aspetos:

a) As perícias médico-legais e forenses serem sempre efetuadas por peritos forenses do INML, o que permite contar com um bom nível de experiência e especialização, garantindo-se, assim, a qualidade e a fiabilidade destas perícias perante a justiça;

b) A existência de um serviço de perícias urgentes, *on call*, a funcionar 24 sobre 24 horas, o que permite responder em qualquer momento às solicitações feitas ao INML, com a realização precoce da avaliação médico-legal para exame físico

e colheita de vestígios suscetíveis de se perderem com o tempo. Note-se que se verificam limitações no funcionamento destes serviços nas zonas não servidas diretamente pelas delegações do INML, mas os protocolos atualmente existentes entre os diversos serviços intervenientes são suficientemente ágeis para permitir ultrapassar estas limitações;

c) A existência de um modelo nacional de relatório pericial, o que além de orientar o perito na elaboração do seu relatório, garante uma estrutura uniforme do mesmo, e promove a descrição pormenorizada dos achados, evitando, desta forma, a perda de informação; por outro lado, é fundamental para a harmonização das práticas a nível nacional;

d) As auditorias internas regulares aos relatórios médico-legais, promovendo-se, assim, a qualidade dos mesmos.

Não se identificaram como pontos fortes a existência de *guidelines* nacionais para os procedimentos forenses (Magalhães e col., 2011), nem os protocolos celebrados entre diversas entidades intervenientes, por o estudo estar limitado ao ano de 2008 e estes factos serem posteriores, mas estes devem ser, na verdade, referidos também como pontos fortes. Acrescem, ainda, as múltiplas ações de formação sobre o tema, abrangendo profissionais de diferentes áreas de formação, implicados na intervenção deste tipo de casos, e que mais recentemente têm vindo a ser disponibilizadas em Portugal.

Como pontos fracos, podemos considerar os seguintes aspetos:

a) O atraso na revelação/denúncia dos casos, o que inviabiliza muitos estudos de ADN, pelo que importa investir em campanhas de informação da população em geral e das crianças em particular mas, também, na formação especializada dos técnicos que trabalham com crianças e adolescentes;

b) A reduzida solicitação de exames toxicológicos, sendo certos que muitos casos de agressões sexuais estão associados a intoxicação das vítimas. Assim, estes deverão ser solicitados a todas as crianças com (Harper, 2011; Oral e col, 2011a): (a) menos de 2 anos de idade; (b) lesões físicas graves; (c) desorientação; (d) amnésia para eventos recentes; (e) história de violência doméstica; (f) história de prisão efetiva de um dos cuidadores; (g) história de abuso de substâncias tóxicas por parte destes. Os resultados destes exames podem constituir mais um elemento, que por si só não provando a ocorrência do crime, podem, no contexto do abuso sexual, tornar a prova mais consistente e robusta e, desta forma, contribuir para uma decisão judicial mais justa;

c) A reduzida solicitação de exames microbiológicos, sendo que a literatura refere que estes deverão ser solicitados, de forma sistemática, a adolescentes e a crianças pré-púberes sempre que (Oral e col., 2011b; Botash e col., 2005; Workowski & Berman, 2010): (a) haja história e/ou sintomas/sinais de infeções sexualmente transmissíveis (IST); (b) a agressão tenha sido perpetrada por múltiplos indivíduos; (c) o agressor seja desconhecido; (d) haja história ou suspeita do agressor estar infetado por IST; (e) o agressor pertença a um grupo de risco (e.g., usuário de drogas de abuso); (f) a comunidade tenha uma elevada prevalência da doença; (g) seja solicitado pela vítima ou acompanhantes. O diagnóstico das IST é fundamental para o diagnóstico médico-legal, principalmente, em crianças com idade inferior a 14 anos ou sem atividade sexual consentida, pois constituem indicadores sugestivos (Adams, 2008) e, por alguns autores (Oral e col., 2011b, Workowski & Berman, 2010; De Jong, 2009; Hammerschlag & Guillen, 2010), até diagnósticos de abuso sexual, dependendo do agente etiológico em questão;

d) A reduzida solicitação de entrevista forense que, como atrás referido, deverá ser requerida de forma sistemática, sendo fundamental na valoração do relato da criança (Peixoto e col., 2011; Peixoto, Ribeiro, 2010), o qual por vezes constitui a única prova do abuso e que, como se demonstrou, constitui um dos fatores com grande impacto na decisão judicial;

e) O número reduzido dos especialistas em medicina legal, impossibilitando a implementação de um serviço de perícias urgentes em mais pontos do país, levando a que em algumas situações a colheita de vestígios seja efetuada por profissionais não forenses (Ribeiro e col., 2011).

Para que a intervenção médico-legal e forense neste tipo de casos seja cada vez mais atempada e correta, com o estabelecimento de um diagnóstico médico-legal seguro, que parta da interpretação de todos os elementos disponíveis à luz dos conhecimentos científicos atuais, será fundamental que se continue a providenciar no sentido de:

a) Estes exames serem feitos por especialistas de medicina legal particularmente vocacionados para esta área;

b) Sempre que possível, estes exames contarem com a presença de dois médicos;

c) Os relatórios médico-legais serem, se não elaborados por dois médicos, pelo menos revistos por um segundo médico;

- d) Existirem *checklists* a serem utilizadas pelos peritos durante a realização destes exames, principalmente nas perícias urgentes, designadamente: (i) material para a realização do exame; (ii) procedimentos gerais da avaliação; (iii) passos da observação, fotodocumentação e colheita de vestígios;
- e) Atualizar o equipamento dos *kits* para exame;
- f) Os relatórios médico-legais obedecerem sempre às normas definidas para a sua elaboração;
- g) O modelo de relatório ser regularmente atualizado, tendo em conta a evolução científica relativa ao tema e a sua adequação à realidade nacional;
- h) Se realizarem, regularmente, avaliações aos relatórios elaborados;
- i) Serem solicitados exames toxicológicos e microbiológicos a todos os casos incluídos nos critérios acima enunciados;
- j) Serem efetuadas entrevistas forenses por profissionais especializados a todas as vítimas com idade inferior a 18 anos;
- k) Serem desenvolvidos mais estudos científicos sobre o tema, principalmente no que diz respeito: (i) à interpretação das lesões e sequelas; (ii) aos exames genéticos, toxicológicos e microbiológicos; (iii) às decisões judiciais, cujas amostragens necessitam de uma maior dimensão do que a conseguida no presente trabalho;
- l) Ser promovida e disponibilizada mais formação a todos quantos trabalham com crianças e adolescentes;
- m) Serem promovidos mais protocolos que agilizem a articulação dos diferentes profissionais e instituições a nível da intervenção que, nestes casos, é obrigatoriamente multidisciplinar.

5. CONCLUSÕES

A análise dos casos alegados de crimes de natureza sexual revelou que:

- 1) Na maioria dos aspetos, os resultados obtidos são sobreponíveis aos publicados na literatura nacional e estrangeira, verificando-se, contudo, uma maior taxa de abuso intrafamiliar;

- 2) As decisões judiciais que foram objeto de estudo correspondem a 18% dos alegados casos de crime sexual em crianças com idade inferior a 18 anos, presentes a exame médico-legal nos serviços médico-legais da região norte de Portugal entre 2004 e 2008;
- 3) Foram sujeitos a arquivamento ou suspensão provisória do processo, 69% dos casos denunciados ao Ministério Público;
- 4) Foram acusados e julgados 31% dos referidos casos;
- 5) Destes, 86% foram condenados (27% do total de casos em estudo);
- 6) Dos condenados, a pena foi de prisão efetiva ou suspensa em 49% e 42.8% dos casos, respetivamente;
- 7) O tempo médio da pena foi de 4 anos;
- 8) O tempo médio decorrido entre o exame médico-legal e a decisão judicial final foi de 11 meses nos casos arquivados ou provisoriamente suspensos e de 22 meses nos casos julgados;
- 9) As condenações apresentaram uma relação estatisticamente significativa com:
 - a) a idade da vítima;
 - b) a revelação do crime pela própria vítima;
 - c) a presença de testemunhas oculares das práticas abusivas;
 - d) as práticas abusivas reiteradas;
 - e) a existência de perfil genético do suspeito no corpo e/ou roupas da vítima;
 - f) as conclusões médico-legais diagnósticas ou sugestivas de contacto sexual.

Estes últimos resultados vão no sentido de que a perícia médico-legal e forense contribui de forma significativa para a decisão judicial.

Ainda quanto à perícia médico-legal, identificaram-se: como pontos fortes, o facto de estas serem sempre feitas por peritos forenses do INML, com um serviço *on call* a funcionar 24 sobre 24 horas, contando com um modelo nacional de relatório pericial; como pontos fracos, o atraso na revelação/denúncia dos casos, o que inviabiliza muitos estudos de ADN, e a reduzida solicitação de exames toxicológicos, microbiológicos e de entrevista forense.

Este estudo deixou ainda muitas questões em aberto, tornando-se evidente a necessidade de se avançar para um estudo mais aprofundado sobre esta

problemática, com uma amostra mais alargada e mais atualizada de casos, tendo em vista o melhor conhecimento da realidade judicial para que se possa adequar cada vez mais a atividade pericial a uma boa administração da Justiça, tanto do ponto de vista criminal como da proteção da criança.

Figura 1. Decisões judiciais

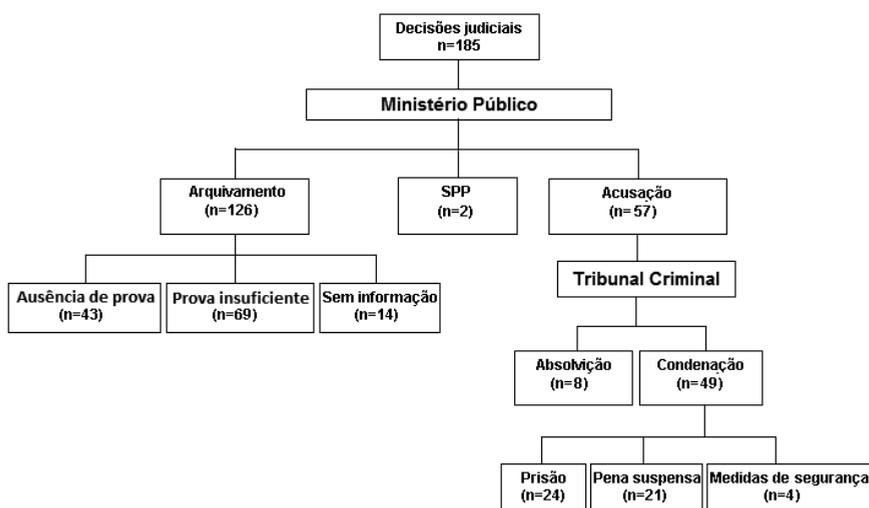


Tabela 1. Caracterização da vítima (n=185)

		CC (n=49) n (%)	CNC (n=136) n (%)	r
Género	Feminino	36 (73.5)	109 (80.1)	0.33
	Masculino	13 (26.5)	27 (19.9)	
Idade (anos)	Média	10.52	9.57	0.12
	Min.	0.35	0.63	
	Max.	16.64	16.37	
	SD	3.46	4.20	
Atividade	Nenhuma	7 (14.3)	42 (30.9)	0.02
	Estudante	40 (81.6)	88 (64.7)	
	Sem informação	2 (4.1)	6 (4.4)	
Tipo de família	Nuclear	21 (42.9)	49 (36.0)	0.83
	Monoparental	6 (12.2)	24 (17.6)	
	Recombinada	5 (10.2)	10 (7.4)	
	Alargada	7 (14.3)	18 (13.2)	
	Instituição/Família de acolhimento	2 (4.1)	7 (5.2)	
	Sem informação	8 (16.3)	28 (20.6)	

Tabela 2. Caracterização do alegado agressor (n=185)

		CC (n=49) n (%)	CNC (n=136) n (%)	r
Género	Masculino	49 (100)	135 (99.3)	0.74*
	Feminino	0	1 (0.7)	
Idade (anos)	13-17	5 (10.2)	11 (8.1)	0.37
	18-30	6 (12.2)	17 (12.5)	
	31-40	12 (24.5)	10 (7.4)	
	41-50	5 (10.2)	7 (5.1)	
	51-74	4 (8.2)	6 (4.4)	
	Sem informação	17 (34.7)	85 (62.5)	
Atividade	Profissão	15 (30.6)	19 (14.0)	0.94
	Estudante	2 (4.1)	3 (2.2)	
	Desempregado	5 (10.2)	8 (5.9)	
	Sem informação	27 (55.1)	106 (77.9)	
Relação com a vítima	Desconhecido	3 (6.1)	24 (17.6)	0.13
	Conhecido	20 (40.8)	45 (33.1)	
	Familiar	26 (53.1)	67 (49.3)	

* *Fisher exact test*

Tabela 3. Caracterização da primeira suspeita (n=185)

		CC (n=49) n (%)	CNC (n=136) n (%)	r
Sinalização e/ou Denúncia	Familiares	15 (30.6)	44 (32.4)	0.57
	Outras pessoas	14 (28.6)	32 (23.5)	
	Sem informação	20 (40.8)	60 (44.1)	
Fonte da suspeita	Observação de sinais e sintomas sugestivos	3 (6.1)	26 (19.1)	0.03
	Revelação pela vítima	21 (42.9)	43 (31.6)	
	Testemunha ocular	8 (16.3)	11 (8.1)	
	Sem informação	17 (34.7)	56 (41.2)	
Instituição à qual foi comunicada a suspeita	Serviços de saúde	9 (18.4)	23 (16.9)	0.95*
	Polícia	7 (14.3)	13 (9.6)	
	CPCJ	5 (10.2)	11 (8.1)	
	Outros	1 (2.0)	3 (2.2)	
	Sem informação	27 (55.1)	86 (63.2)	

* Em 3 células (37.5%), os valores esperados são inferiores a 5.

Tabela 4. Caracterização da alegada agressão (n=185)

		CC (n=49) n (%)	CNC (n=136) n (%)	r
Tipo	Carícias sexualmente explícitas	19 (38.8)	43 (31.6)	0.66*
	Tentativa de penetração oral, anal ou vaginal	4 (8.2)	13 (9.6)	
	Penetração oral	0 (0)	2 (1.5)	
	Penetração anal	8 (16.3)	12 (8.8)	
	Penetração vaginal	5 (10.2)	17 (12.5)	
	Penetração anal e/ou vaginal	4 (8.2)	4 (2.9)	
	Sem informação	9 (18.4)	45 (33.1)	
Local	Casa da vítima e/ou agressor	20 (40.8)	64 (47.1)	0.156
	Local isolado	16 (32.7)	29 (21.3)	
	Sem informação	13 (26.5)	43 (31.6)	
Frequência	Única	12 (24.5)	50 (36.8)	0.004*
	Esporádica	10 (20.4)	8 (5.9)	
	Regular	9 (18.4)	21 (15.4)	
	Sem informação	18 (36.7)	57 (41.9)	
Circunstâncias	Ameaças verbais	13 (26.5)	11 (8.1)	0.14
	Violência física	11 (22.5)	15 (11.0)	
	Outras	8 (16.3)	21 (15.4)	
	Sem informação	17 (34.7)	89 (65.4)	

* O valor de r corresponde aos grupos “carícias sexualmente explícitas”, “tentativa de penetração” e “penetração”

Tabela 5. Caracterização do exame médico-legal (n=185)

		CC (n=49) n (%)	CNC (n=136) n (%)	r
Horas entre o alegado crime e o exame médico-legal	≤ 72 horas	11 (22.4)	34 (25.0)	0.72
	> 72 horas	38 (77.6)	102 (75)	
Lesões e sequelas	Sugestivas	8 (16.3)	16 (11.8)	0.51
	Inespecíficas	7 (14.3)	28 (20.6)	
	Ausência de lesões/ sequelas	34 (69.4)	92 (67.6)	
Genética	Positivo	5 (10.2)	2 (1.5)	0.03*
	Negativo	5 (10.2)	22 (16.2)	
	Não realizado	39 (79.6)	112 (82.4)	
Toxicologia	Realizado	1 (2.0)	4 (2.9)	-
	Não realizado	48 (98.0)	132 (97.1)	
Microbiologia	Realizado	8 (16.3)	16 (11.8)	-
	Não realizado	41 (83.7)	120 (88.2)	
Entrevista forense	Realizada	28 (57.1)	69 (50.7)	0.44*
	Não realizada	21 (42.9)	67 (49.3)	

* Fisher exact test

Tabela 6. Caracterização das conclusões médico-legais (n=185)

	CC (n=49) n (%)	CNC (n=136) n (%)	r
Diagnóstico	4 (8.2)	3 (2.2)	
Sugestivo	8 (16.3)	5 (3.7)	
Inespecífico	37 (75.5)	128 (94.1)	0.002

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*, 1994; 94:310-7.
- Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2008; 20:435-41.
- Becker J. Offenders: characteristics and treatment. The future of children. *Sexual Abuse of Children*, 1994; 4:176-97.
- Botash AS, Galloway AE, Booth T e col. Continuing medical education in child sexual abuse: cognitive gains but not expertise. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2005; 159:561-6.
- Bradshaw T, Marks A. Beyond a reasonable doubt: Factors that influence the legal disposition of child sexual abuse cases. *Crime & Delinquency*, 1990; 36:276-85.
- Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl*, 2003; 27:1205-22.
- Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR e col. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics*, 2000; 106:100-4.
- Cross TP, Walsh WA, Simone M, Jones LM. Prosecution of child abuse: a meta-analysis of rates of criminal justice decisions. *Trauma Violence Abuse*, 2003; 4:323-40.
- Cross TP, Whitcomb D, De Vos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: a case flow analysis. *Child Abuse Negl*, 1995; 19:1431-42.
- Csorba R, Aranyosi J, Borsos A e col. Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001: a longitudinal, prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2005; 120:217-21.
- De Jong A, Rose M. Legal proof of child sexual abuse in the absence of physical evidence. *Pediatrics*, 1991; 88:506-11.
- De Jong A. Sexually transmitted infections in child sexual abuse. In: Reece R, Christian C, editors. *Child abuse: Medical diagnosis & management*. 3rd edition. Philadelphia: AAP publications; 2009. p. 343-76.
- De Jong AR, Hervada AR, Emmett GA. Epidemiologic variations in childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 1983; 7:155-62.
- De Jong, A. Impact of child sexual abuse medical examinations on the dependency and criminal systems. *Child Abuse Negl*, 1998; 22(6): 645-52.
- De Munnynck K, De Houwer L, Bronselaer K e col. Medico-legal approach to sexual assault victims: the Belgian situation. *J Clin Forensic Med*, 2006; 13:211-4.
- Faller-marquardt M, Ropohl D, Pollak S. Excoriations and contusions of the skin as artefacts in fictitious sexual offences. *J Clin Forensic Med*, 1995; 2:129-35.

- Finkel M. Sexual abuse: the medical examination. In: Giardino A, Alexander R, editors. Child maltreatment. A clinical guide and reference. St. Louis: GW Medical; 2005. p. 253-88.
- Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child*, 1994; 4:31-53.
- Fischer DG, McDonald WL. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 1998; 22:915-29.
- Goodman GS, Taub EP, Jones DP e col. Testifying in criminal court: emotional effects on child sexual assault victims. *Monogr Soc Res Child Dev*, 1992; 57:1-142.
- Goodman-brown T, Edelstein R, Goodman G e col. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 2003; 27:525-40.
- Hammerschlag MR, Guillen CD. Medical and legal implications of testing for sexually transmitted infections in children. *Clin Microbiol Rev*, 2010; 23:493-506.
- Harper N. Drug-facilitated sexual assault, In: Jenny C, editor. Child abuse and neglect. Diagnosis, treatment, and evidence. St Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2011. p. 118-26.
- Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*, 2002; 26:645-59.
- Hershkowitz I. A case study of child sexual false allegation. *Child Abuse Negl*, 2001; 25:1397-411.
- Ingemann-Hansen O, Brink O, Sabroe S e col. Legal aspects of sexual violence-does forensic evidence make a difference? *Forensic Sci Int*, 2008;; 180:98-104.
- Jardim P, Magalhães T. Indicadores Físicos e Biológicos de Abuso. In: Magalhães, ed. Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico, Lisboa: Lidel; 2010. p. 109-18.
- London K, Bruck M, Ceci S, Shuman D. Disclosure of child sexual abuse. What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law*, 2005; 11:194-226.
- Magalhães T, Carneiro de Sousa MJ, Gomes da Silva e col. Child sexual abuse: a preliminary study. *J Clin Forensic Med*, 1998; 5:176-82.
- Magalhães T, Ribeiro C. [Interviewing victims of sexual crimes]. *Acta Med Port*, 2007; 20:439-45.
- Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P, Vieira DN. [Forensic procedures for interview physical exam and evidence collection in children and young people victims of physical and/or sexual abuse]. *Acta Med Port*, 2011; 24:339-48.
- Magalhães T, Taveira F, Jardim P e col. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med*, 2009; 16:455-9.
- Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse Negl*, 1996; 20:457-64.
- McGregor MJ, Le G, Marion SA, Wiebe E. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *CMAJ*, 1999; 160:1565-9.
- Muram D, Speck P, Gold S. Genital abnormalities in female siblings and friends of child victims of sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 1991; 15:105-10.
- Myers JE. A call for forensically relevant research. *Child Abuse Negl*, 1993; 17:573-9.
- Myers JE. Adjudication of child sexual abuse cases. *Future Child*, 1994; 4:84-101.
- Nagel D, Putnam F, Noll J. Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at 11-year follow up. *Child Abuse Negl*, 1996; 21:137-47.

- Oral R, Bayman L, Assad A e col. Illicit drug exposure in patients evaluated for alleged child abuse and neglect. *Pediatr Emerg Care*, 2011; 27:490-5 (a).
- Oral R, Jardim P, Magalhães T. Sexually transmitted infections in child sexual abuse/assault: diagnosis, forensic significance, and treatment. In: Magalhães T, ed. *Abuse & Neglect, Series 1 - To improve the management of child abuse and neglect*. Maia: SPECAN; 2011. p.161-74 (b).
- Palusci VJ, Cox EO, Shatz EM, Schultze JM. Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 2006; 30:367-80.
- 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.
- Peixoto C, Ribeiro C, Lamb M. Forensic interview protocol in child sexual abuse. Why and what for? In: Magalhães T, ed. *Abuse & Neglect, Series 1 - To improve the management of child abuse and neglect*. Maia: SPECAN; 2011. p. 133-59.
- Peixoto C, Ribeiro C. Indicadores psicológicos de abuso. In: Magalhães, ed. *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico*, Lisboa: Lidel; 2010. P. 39-49.
- Pereda N, Guilera G, Forns M, Gomez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl*, 2009; 33:331-42 (a).
- 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 (b).
- Pillai M. Genital findings in prepubertal girls: what can be concluded from an examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2008; 21:177-85.
- Pinto da Costa D, Magalhães T, Matos E e col. Sexual offences. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 1998; 5:12.
- Ribeiro C. A criança na Justiça. Trajectórias e significados do processo judicial de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Coimbra: Almedina, 2009.
- Ribeiro CS, Magalhães T. Aspectos epidemiológicos do abuso. In: Magalhães, ed. *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico*, Lisboa: Lidel; 2010. p. 23-9.
- Ribeiro CS, Oral R, Carmo e col. Management of child abuse and neglect in Portugal. A comprehensive and critical review. In: Magalhães T, ed. *Abuse & Neglect, Series 1 - To improve the management of child abuse and neglect*. Maia: SPECAN; 2011. p. 11-30.
- Spears FM, Brown BW, Atkinson EN. The effect of incomplete knowledge of parameter values on single- and multiple-stage designs for logistic regression. *Biometrics*, 1997; 53:1-10.
- Spears J, Spohn C. The genuine victim and prosecutors' charging decisions in sexual assault cases. *American Journal of Criminal Justice*, 1996; 20:183-205.
- Stewart D. Physical Findings in children and adolescents experiencing sexual abuse or assault In: Jenny C (editor). *Child abuse and neglect. Diagnosis, treatment, and evidence*. St Louis: Elsevier Saunders; 2011. p. 82-92.
- 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.
- Swanston HY, Plunkett AM, O'Toole BI e col. Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 2003; 27:967-84.
- Taveira F, Frazão S, Dias R e col. [Intra and extra-familiar sexual abuse]. *Acta Med Port*, 2009; 22:759-66.

- Tjaden PG, Thoennes N. Predictors of legal intervention in child maltreatment cases. *Child Abuse Negl*, 1992; 16:807-21.
- Wiley J, Sugar N, Fine D, Eckert LO. Legal outcomes of sexual assault. *Am J Obstet Gynecol*, 2003; 188:1638-41.
- Workowski K, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep*, 2010; 59:1-110.
- WHO - World Health Organization. Child sexual abuse: A silent health emergency. Regional Office for Africa. [documento online] 2004; [atualizado em 06.11.2011]; AFR/RC54/15 Rev.1. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/123456789/1878>.
- WHO - World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2003.

Resumo: O impacto da perícia médico-legal para a decisão judicial nos casos de abuso sexual de crianças. Estudo preliminar

Na investigação científica sobre o abuso sexual, sobretudo na perspetiva médico-legal e forense, deparamo-nos com múltiplas dificuldades, designadamente a nível dos conceitos usados e seus significados, e a nível da amostragem das populações. O objetivo geral deste estudo é contribuir para melhor caracterizar, em termos médico-legais e forenses, os abusos sexuais contra crianças em Portugal e baseou-se na análise de relatórios periciais de alegados crimes de natureza sexual, contra vítimas com idade inferior a 18 anos, submetidas a exame médico-legal nos serviços médico-legais do norte de Portugal, entre 2004 e 2008, para os quais se obteve as decisões judiciais (n=185), comparando-se os casos que foram condenados com os que não foram. Os resultados revelaram que apenas 30.8% dos casos foram acusados e julgados, sendo que destes, 86% foram condenados. O tempo médio decorrido entre o exame médico-legal e a decisão judicial final foi de 11 meses nos casos arquivados ou provisoriamente suspensos e de 22 meses nos casos acusados e julgados. As condenações apresentam uma relação estatisticamente significativa com (p <0.05): (a) vítimas em idade escolar; (b) a revelação do abuso pelas vítimas; (c) a existência de testemunhas oculares das práticas abusivas; (d) a reiteração dos abusos; (e) a deteção do perfil genético do suspeito no corpo e/ou roupas da vítima; (f) as conclusões médico-legais diagnósticas ou sugestivas de contacto sexual. Daqui se infere que a perícia médico-legal e forense contribui de forma significativa para a decisão judicial.

Palavras-chave: Abuso sexual; crianças; perícia médico-legal; decisão judicial.

Summary: The impact of the forensic evaluation for the judicial decision in cases of children sexual abuse. Preliminary study

In the field of scientific research on sexual abuse, particularly from the forensic perspective, we often come across several hurdles, namely concerning the terms used and their specific meaning, as well as the sampling of the population studied. The objective of this study is to better characterize child sexual abuse in Portugal, from a forensic perspective. An analysis on the forensic examination reports of alleged sexual crimes against victims under 18 years of age was performed, concerning cases from the northern forensic services between 2004

and 2008, for which we also obtained the correspondent legal outcomes (n=185), which allowed the comparison between convicted and non-convicted cases. The results revealed that only 30.8% were charged and trialed, and that in 86% of such cases the abusers were convicted. The average time span between the forensic examination and the final judicial decision was 11 months in non-prosecuted cases and 22 months in prosecuted cases. Convictions presented a significant statistic correlation ($p < 0.05$) with: (a) victims in school age, (b) the disclosure of the abuse by the victims, (c) the availability of eyewitnesses accounts, (d) the repetition of the abuses, (e) the detection of the suspect's genetic profile on the body and/or clothes of the victim, (f) the reference to diagnostic or suggestive sexual contact in medico-legal conclusions. It therefore follows that medico-legal and forensic intervention significantly contributes to the judicial decision.

Key-words: Sexual abuse; child; forensic expertise; judicial decision.

Résumé: Impact de l'expertise médico-légale sur la décision légale en cas d'abus sexuel chez l'enfant. Étude préliminaire.

Quand nous effectuons une recherche scientifique sur les abus sexuels, en particulier dans la perspective médico-légale, nous sommes confrontés à des nombreuses difficultés, aussi bien au niveau des concepts utilisés et de leur signification ainsi qu'à l'échantillonnage des populations. L'objectif de cette étude est de contribuer à mieux caractériser, en termes médico-légaux, les abus sexuels chez les enfants au Portugal. Il s'appuie sur l'analyse des rapports médico-légaux relatifs aux allégations de crimes sexuels par rapport aux victimes âgées de moins de 18 ans. Les victimes ont été soumises à un examen médico-légal dans les services médico-légaux du nord du Portugal, entre 2004 et 2008, analysant les cas où les décisions judiciaires ont été conclusives (n=185). Les auteurs ont comparé les cas qui ont aboutis en accusation des agresseurs par rapport aux cas sans accusation. Les résultats ont révélé que seulement 30.8% des cas ont été inculpés et jugés et que 86% des agresseurs ont été condamnés. Le temps moyen écoulé entre l'examen médico-légal et la décision judiciaire finale était de 11 mois dans les cas déposés ou provisoirement suspendue et de 22 mois en cas de poursuite et de jugement. Les condamnations montrent une relation statistique significative avec ($p < 0.05$): (a) les victimes d'âge scolaire, (b) la divulgation de l'abus par les victimes, (c) l'existence de témoins oculaires, (d) la répétition des abus, (e) la détection du profil génétique du suspect aussi bien sur le corps ainsi que dans les vêtements de la victime, (f) les conclusions médico-légales de diagnostic ou suggestives de contact sexuel. Il s'ensuit donc que l'expertise médico-légale contribue de manière significative pour la décision légale.

Mots-clés: Abus sexuel; enfant; expertise médico-légale; décision légale.

Pedido de separatas:

PATRÍCIA JARDIM

patricia.j.a.jardim@gmail.com

O castigo físico de crianças. Estudo de revisão

Cristina Silveira Ribeiro^(1,2,3), Wilson Malta⁽⁴⁾, Teresa Magalhães⁽¹⁻⁴⁾

1. INTRODUÇÃO

O castigo físico (CF) de crianças, tendo em vista a sua educação e correção, constitui um comportamento que tem sido socialmente legitimado ao longo da História da humanidade, o qual ou encontrava conforto na lei ou não estava criminalizado (como maioritariamente continua a não estar), tratando-se, por isso, de uma prática generalizada a nível mundial. Este comportamento, que num grande número de casos persiste, é pois estimulado por fatores cognitivos presentes nas crianças e seus cuidadores, e por crenças, muitas delas perpetuadas em dizeres populares, como: “*De pequenino se torce o pepino*”, “*Se não vais ao bem vais ao mal*”, “*Quem bem ama bem castiga*”.

No entanto, na atualidade é outra a visão sobre estas práticas, quer em termos científicos e sociais, quer em termos de direitos humanos e legais, pelo menos em alguns países, começando-se a questionar a sua legitimidade ou, pelo menos, o limite em que elas não poderão ser toleradas por constituírem um abuso contra as crianças.

De facto, desde há largos anos que em vários países têm vindo a ser implementadas medidas educacionais, sociais e legais no sentido de limitar e reprimir o uso do CF em contexto educacional, chegando-se até à punição criminal desta conduta. Em 1996, o *Third National Incidence Study (NIS-3)* considerou pela primeira vez que o CF sobre crianças constituía uma forma de maus-tratos (Sedlak e col, 1996).

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

² Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. – Delegação do Norte

³ CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal

⁴ Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto

Atualmente, de acordo com a OMS e a UNICEF, o CF deve ser entendido como uma forma de abuso (WHO & ISPCAN, 2006). Aliás, neste sentido vai também o atual Código Penal português, que nos crimes de “Violência doméstica” (artigo 152º) e de “Maus tratos” (artigo 152º-A) faz referência aos castigos corporais relacionados com os casos que acontecem na família ou estruturas equiparadas e com os que acontecem em contexto institucional ou de dever de cuidado, respetivamente.

Importa, pois, repensar o conceito de CF, de uma forma objetiva e abrangente, designadamente no que aos seus limites concerne. Este passo será fundamental para se poder distinguir entre castigo físico e abuso (que inclui violência doméstica ou maus tratos, na perspetiva do Código Penal português), tanto mais que sabemos que a grande parte das denúncias de abuso infantil pelos cuidadores recaem hoje sobre casos em que a prática denunciada teria como objetivo, alegadamente, uma finalidade educativa, concretizada através do CF.

Assim, tendo em vista promover a reflexão sobre o assunto, apresenta-se um estudo de revisão sobre a evolução das abordagens sociais, científicas, religiosas e legais do CF aplicado a crianças como forma de disciplina.

2. DISCIPLINA E CASTIGO

Apesar de usados por vezes de forma indiferenciada, disciplina e castigo constituem diferentes conceitos.

A disciplina é algo que se cultiva, estimula e deve impor, sendo fundamental para o harmonioso funcionamento das relações humanas numa família e sociedade. O termo *disciplina* reporta-nos a *Durkheim* (início do século XX) e *Foucault* (década de 60/70), cujos estudos, produzidos em tempos e contextos diversos, e alvos de diferentes significados, apresentam um carácter sempre atual, na medida em que abordam a questão da disciplina a partir da noção moral (*Durkheim*) e de normalização (*Foucault*) (Bourdieu, 1996) - “ (...) Provavelmente nenhum outro sociólogo de educação terá, melhor do que *Durkheim*, posto em evidência a função do controlo social inerente à disciplina escolar, ao relacioná-la, simultaneamente, com a necessidade da educação moral e de ordem social”. *Durkheim* (*Durkheim*, 1984) afirma que “a família constitui um ambiente que, pelo seu calor natural, se apresenta particularmente apto a fazer despontar as primeiras inclinações altruístas, os primeiros sentimentos de solidariedade, mas a moral que ali se pratica é sobretudo afetiva. É na escola que a criança deve adquirir o necessário respeito pela regra e aprender a cumprir o seu dever. Assim, a escola desempenha o

importante papel de guarda avançada da moral e é através da escola que a coesão social é assegurada”.

O *castigo* corresponde a uma prática (por ação ou omissão), que tem usualmente como objetivo promover a correção, punindo ou reprimindo a indisciplina ou uma conduta que se considera incorreta, no sentido de induzir uma mudança de atitude ou comportamento. Pode acontecer no âmbito de um sistema legal (e.g., a um trabalhador, a um delinquente, de acordo com um determinado normativo legal, seja ele disciplinar ou penal), a nível institucional (e.g., a uma criança na escola) ou no contexto familiar (e.g., a uma criança em casa) (Magalhães, 2010).

Os perfis destas condutas estão de acordo com a cultura da época e sociedade em que estas tenham lugar, podendo haver, ou não, restrições legais face às mesmas (Magalhães, 2010).

Genericamente podem classificar-se os castigos como: (a) *Impositivos* [sujeição da pessoa a algo de penoso ou oneroso/pecuniário (e.g., multa)]; (b) *Restritivos* [aquele que restringe a realização de uma determinada atividade por uma pessoa ou *corporal* (e.g., prender, suspender, impedir a pessoa de sair de casa, de sair da sala de aulas no intervalo, de ver televisão ou de jogar)] - destes, a maior parte têm caráter educativo e não põe em causa os direitos das pessoas; (c) *Corporais ou físicos*, constituindo uma forma violenta de repressão ou coação que se traduz na produção intencional de dor física a alguém (e.g., açoite, palmada, bofetada) (Magalhães, 2010). Esta última forma não constituirá o meio mais adequado para punir a indisciplina sendo, quase sempre, desproporcional face à “gravidade” daquela.

Recentemente é notória a global e crescente preocupação sobre a real prevalência dos CF no espaço família - perpetuado pela permissividade e até aprovação social deste gesto -, bem como pela melhor compreensão deste fenómeno, designadamente no que concerne às suas diferentes apresentações e limites. A maioria dos CF dirigidos a crianças envolve o uso da mão (e.g., bofetada, murros, puxão de cabelos ou de orelhas, beliscões ou abanões), do pé (e.g., pontapé ou calcadela), da boca (e.g., mordedura), de um objeto atuando como instrumento contundente (e.g., cinto, sapato, colher de pau), cortante (e.g., lâmina de barbear, X-ato ou faca), perfurante (e.g., ponta de tesoura, agulhas) ou através de outras características (e.g., cigarro, secador de cabelo ou outros instrumentos aquecidos, ou cordas para prender), podendo ter ainda diferentes contornos, como forçar a permanecer em posições desconfortáveis e dolorosas, queimar com produtos cáusticos ou água a ferver, forçar a ingestão de alimentos, objetos ou substância líquidas impróprias, forçar a aceitação do biberão, obrigar a engolir ou sujeitar ao frio (e.g., imersão em banheira com água fria).

Ainda que se assumam com finalidade educativa, estes comportamentos encerram gestos que podem provocar danos importantes para a saúde, segurança e normal desenvolvimento físico e psicológico daqueles que a eles estão sujeitos, nomeadamente crianças, pondo em causa os direitos e garantias que a lei confere a cada indivíduo.

Os CF são invariavelmente degradantes (Comité dos Direitos da Criança, 2006) mas, além destes, existem outras modalidades de castigo que são, por vezes, até mais cruéis e degradantes incluindo-se aqui, por exemplo, a punição que menospreza, desvaloriza, humilha, ameaça, assusta ou ridiculariza a criança.

3. O CASTIGO FÍSICO AO LONGO DA HISTÓRIA

Aspetos socioculturais

O CF constitui uma prática secular integrante da maior parte das culturas e épocas, inclusive no contexto da educação religiosa (Maimon, 1945). Esta prática, traduzida pela violência física, esteve sempre ligada ao papel que na sociedade e na família foi sendo atribuído à criança e que em alguns casos persiste até à atualidade. Este papel, ao invés de conferir à criança um estatuto próprio enquanto pessoa titular de direitos era, antes, potenciador de práticas violentas contra ela perpetrada, pelo que, além de frágil, a criança foi sempre um ser desprotegido (Magalhães, 2010).

Encontram-se relatos da prática de CF no século X a.C. (e.g., *Míshle Shlomoh* - Provérbios de Salomão), bem como nas civilizações clássicas, sendo usado na Grécia, Roma e Egipto como forma de impor disciplina judicial e educacional (McCole e col, 1999) - bater em crianças era um comportamento normativo e não ilegal. Também no *Talmud* há indicação de que o pai podia bater nos seus filhos, e um professor nos seus alunos, mas apenas com um determinado modelo de sapato de uso comum na época (em pele) (Epstein, 1935).

No final do século VII a.C., *Senaqueribe*, um sábio assírio (mencionado na *Tobit*), escreveu: "*O filho que é treinado e ensinado e [cujos] pés em obstáculos colocado [prosperará]*" (Baron, 2005). E, ainda, "*não retires o teu filho do castigo, senão tu não serás capaz de o salvar [da] maldade. Se eu te ferir, meu filho, tu não queres morrer, mas se eu te deixar entregue a ti próprio e ao teu coração tu [não queres viver]*" (Pritchard, 1978).

Uma voz contraditória surgiu no século VI a.C. com *Alexandrino Pseudo-Phocylides*, clamando que "não se usa a mão violentamente em crianças (...) não se pode ser severo com os filhos, mas sim gentil." (Collins, 1997) e que "se um pai estiver excessivamente irritado, e por isso punir ou matar um filho, não é, como no direito romano, imune às consequências dos seus atos: deverá ser assassinado" (Cohen, 1946).

No século IV a.C., na Grécia, *Menandro* afirmou que "quem não é açoitado não é educado" (Cohen, 1946). Também cerca de 2000 a.C., existem referências de que em escolas da Suméria os alunos eram castigados se fossem os primeiros a sair da sala, se falassem sem permissão, se não soubessem falar sumeriano, se não tivessem uma caligrafia cuidada ou quando chegavam atrasados (Kramer, 1961).

Durante a baixa e média Idade Média, sabe-se que não eram reconhecidas às crianças as suas necessidades específicas nem os seus direitos. Imperava, como comportamento normativo, a prática de castigos humilhantes e violentos, a negligência e o abandono afetivo, a exploração pelo trabalho e atos sexuais com adolescentes; tudo isto fazia parte do quotidiano e era naturalmente admitido (Elliman e col, 2000).

No século XVI, *Desiderius Erasmus* referiu-se à importância da educação em idades precoces, tendo comparado a criança com cera que pode ser moldada enquanto ainda está macia (Cunningham, 2005). *John Locke*, no século XVII, foi um dos pensadores que maior responsabilidade terá tido na modificação das atitudes relativamente à infância, através da publicação, em 1693, do livro "*Algumas Reflexões sobre a Educação*", no qual projectou a imagem da criança como *tabula rasa*, a partir da qual a educação podia fazer uma grande diferença (Cunningham, 2005; Heywood, 2001).

Outro autor de referência obrigatória neste domínio é *Jean-Jacques Rousseau* (século XVIII) que, pela primeira vez, afirmou que "a criança tem o direito a ser criança e a ser feliz nessa condição, antes de se tornar um adulto", reiterando o facto de a criança nascer inocente e de correr o risco de ser sufocada por preconceitos ou autoridade, defendendo claramente também o fim dos castigos físicos aplicados a crianças (Canha, 2003).

Até meados do século XIX são raros os relatos sobre CF, não porque esse gesto não existisse mas porque era considerado normal (Weissbach, 1977). Encontram-se, ainda assim, em alguns textos, referências sobre a utilização do CF enquanto auxiliar educativo como, por exemplo, nas escolas britânicas; a partir de 1860, na Grã-Bretanha, a lei passou a autorizar o castigo corporal da criança "para corrigir o que está mal", podendo os pais "causar razoável a moderada punição corporal" (Gibson, 1978; Elliman e col, 2000).

No final do século XIX alguns países começaram a considerar como ilegal o CF nas escolas; Portugal é um exemplo desses países, existindo uma Portaria

publicada em 1893 que proíbe o CF na escola, apesar de ainda consentir a aplicação de castigos que “não ofendessem a saúde do aluno”. Nos EUA, em 1867, em mais de 27 Estados, era proibido o CF nas escolas e, no entanto, em 1977, o Supremo Tribunal daquele país rejeitou a moção de que a punição corporal de crianças era cruel (Wilgoren, 2001).

A noção de que as crianças possuem direitos individuais foi articulada pela primeira vez em 1923, na Declaração sobre os Direitos da Criança, publicada pela Aliança Internacional *Save the Children* (Save the Children, 2010). Um ano depois, esta declaração foi adotada pela *Liga das Nações* e tornou-se conhecida como a *Declaração de Genebra dos Direitos da Criança*. Nessa sequência, nos anos 30 novas ideias sobre a criança e a infância começaram a ganhar espaço em muitos países enquanto aumentava o conhecimento entre pediatras, psicólogos infantis e pedagogos sobre o impacto negativo do CF e do tratamento emocionalmente abusivo sobre as crianças.

A Suécia foi o primeiro país a abolir o CF. Em 1979, a “*Emenda ao Código de Pais e Filhos*” registra a “proibição de todas as formas de castigo físico e outro tratamento emocionalmente abusivo”, tendo passado por um longo processo prévio de sensibilização social e cultural através de uma campanha publicitária, dirigida aos pais, que teve a duração de várias décadas. Essa inédita campanha, que surgiu na década de 1930 após um jornal sueco ter publicado uma série de artigos destacando o drama das crianças que estavam sob os cuidados de instituições devido a “comportamento antissocial” ou por terem sido negligenciadas, desenvolveu-se através de reuniões, palestras e apresentações de organizações não-governamentais, associações educativas que envolviam pais e outros responsáveis de todo o país em discussões sobre como criar os filhos sem violência. Esta iniciativa gerou uma consciência de que as crianças que são assustadas, ameaçadas e agredidas ficam com marcas por toda a vida, aprendendo não a corrigir comportamentos, mas sim que violência gera violência, ressaltando desta campanha que “as crianças devem ser tratadas com respeito e compreensão no sentido de que cresçam como cidadãos responsáveis”.

A partir do exemplo da Suécia, e com o apoio da *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança*, outros países no mundo passaram a adotar estratégias sociais e legais no sentido de abolir o CF de crianças. Esta Convenção (Convenção dos Direitos da Criança, 2004) determina claramente que os governos devem tomar medidas legislativas e outros procedimentos para proteger a criança de todas as formas de violência física e mental quando esta estiver sob o cuidado dos pais, representantes legais ou qualquer outra pessoa por ela responsável.

A *Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa* apelou formalmente, em 2004, à erradicação do CF em todo o continente europeu - “qualquer castigo

físico contra crianças é uma quebra dos seus direitos fundamentais à dignidade humana e à integridade física” (Convenção dos Direitos da Criança, 2004).

A evolução científica

Estes gestos, perpetrados ao longo da História, apenas começaram a ser objeto de interesse por parte dos cientistas a partir da primeira década do século XX, talvez por falta de uniformidade de opiniões, considerando-se o CF como aceitável e da responsabilidade dos progenitores (especificamente os do sexo masculino), os quais detinham o direito, e até dever, de punir fisicamente as crianças nas situações de “transgressão”.

Em 1920, a psicologia promoveu a área de estudo do desenvolvimento infantil, descrevendo diferentes estadios de desenvolvimento associados ao benefício de diferentes formas de disciplinar. Em 1940, psicólogos e psiquiatras registaram em múltiplas publicações conselhos sobre formas de educar as crianças, questionando o CF mas não o fazendo de forma sistemática. Na década de 40-50, as teorias psicanalíticas de *Freud* (já afloradas nos anos 1910 e 1920), foram retomadas, considerando-se que o CF no contexto educacional podia provocar dano psíquico a longo prazo, passando a ser abordada a motivação dos progenitores para a aplicação de castigos corporais nas crianças, tendo sido identificados os riscos relacionados com a utilização do CF. Foram estabelecidos os padrões de comportamento para os diversos estadios de desenvolvimento da criança, sendo sugerido e considerado que muitas das “alterações de comportamento” que tinham justificado o CF como método educativo num passado recente, correspondiam a comportamentos normais do desenvolvimento infantil.

Pediatras e psicólogos do desenvolvimento começaram então a examinar de perto a importância do relacionamento pais/filhos, assim como as forças que o promoviam ou enfraqueciam. Nessa sequência surgiu o debate efetivo sobre a distinção entre CF e abuso da criança e, também, sobre o impacto futuro destes comportamentos traumáticos sobre a mesma. Estudos relacionados com sequelas resultantes da utilização regular de CF educativo revelaram os efeitos nefastos sobre o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança, com graves repercussões na vida adulta (Weber LND, Dobrienskyj N e col, 2004; Weber LND, Viezzer AP e col, 2004). Desta forma, o CF começou a deixar de ser visto como uma resposta normativa à “maldade” da criança, para passar a ser interpretado como uma resposta desviante do adulto a comportamentos infantis normais.

A partir de 1946 a pediatria assumiu, nos EUA, a liderança na área do aconselhamento sobre disciplina no contexto do desenvolvimento infantil. Em

1962, com a definição de Kempe sobre “*Síndrome da criança batida*” (Kempe e col, 1962), surgiu a preocupação sobre a pequena “distância” entre CF e abuso, aparecendo as primeiras *guidelines* para orientação diagnóstica: “*O castigo físico que causa equimoses ou outro tipo de lesão que exija tratamento médico considera-se como estando fora do campo do castigo aceitável. A presença de equimoses implica traumatismo intenso*” e, ainda, “*para minimizar o risco de abuso físico é necessário minimizar o uso de castigo físico educativo*”, reforçando-se, assim, a natureza contínua deste constructo de violência, ou seja, o *continuum* entre o CF e o comportamento abusivo.

Entretanto verificaram-se alguns retrocessos nesta nova perspectiva sobre o CF. Benjamin Spock publicou, em 1968, “*Baby and Child Care*” (já com 179 edições), advogando que o CF poderia ser útil em determinadas circunstâncias - “*(...) não sou a favor do castigo físico mas penso que por vezes ele se torna menos venenoso do que outro castigo, porque clarifica a atmosfera entre progenitor e filho (...)*” (Smith, 1977). Baumrind, em 1973, sugeriu que os efeitos do CF na criança devem ser considerados tendo em conta o contexto social vigente de “controle parental”, estando este diretamente relacionado com o nível de aceitação de violência física que existe na sociedade, tal como acontece na atualidade (Baumrind, 1973). Em 1977, na obra “*Introduction to Clinical Pediatrics*” voltou-se a defender o CF como método de condicionamento em certos estadios de desenvolvimento infantil (Smith, 1977).

Outras posições mais moderadas surgiram também. Em 1994, Graziano definiu o conceito de “*violência sub-abusiva*” contra crianças, sendo este termo usado para descrever aquele tipo de *violência socialmente aceitável* dirigida a crianças com a finalidade de disciplinar, desferindo estalos, palmadas ou provocando traumatismos usando objetos (Graziano, 1994). Simmons e colaboradores (Ronald e col, 1994) referiram-se à situação de “*parentalidade insuportável*”, relacionando-a com a convivência com gritos, palmadas, empurrões e traumatismo com objetos, misturando-se assim com a definição de abuso e saindo reforçada a ideia da necessidade de focar a atenção na natureza contínua, e não dicotômica, destes constructos (Whipple, 1997).

Mais recentemente, enquanto alguns pediatras norte americanos se opunham terminantemente ao uso de qualquer tipo de CF, outros consideravam existir situações em que o CF “não abusivo” devia continuar a ser uma opção de disciplina (McCormick, 1992). Gershoff, autor de uma das maiores revisões bibliográficas realizada sobre este tema, manifestou a sua total oposição a qualquer tipo de CF (Gershoff, 2002, 2008), enquanto outras três revisões bibliográficas levavam a conclusões menos absolutas (Larzele, 1996, 2005).

Mas, mesmo com intenção disciplinar educativa, o ato de bater facilmente ultrapassa os limites à partida admitidos pelo próprio educador. Segundo Bessa e colaboradores, a punição física muitas vezes é utilizada de maneira

descontrolada, mais como alívio para quem bate do que como meio disciplinar (Bessa e col, 1989). Quando o CF não conduz aos resultados desejados pelo educador, a tendência é o aumento da intensidade e da frequência levando a um círculo vicioso que pode terminar em situações trágicas. Zagury postula que em algumas situações, mesmo apanhando e com medo e identificando esse ato como humilhante, a criança encontra forças para enfrentar os pais quando diz “*nem doeu!*”; essa é uma forma de defesa que pode redundar em mais agressões, devido a um possível descontrolo por parte dos progenitores/cuidadores (Zagury,1993).

Alguns autores identificaram nos seus estudos as dimensões que mais comumente se encontram associadas às definições de CF (Strauss e col, 1991): (a) tipo de comportamentos dos progenitores/cuidadores; (b) níveis de severidade de punição; (c) intenção do progenitor/cuidador; e (d) antecipação de efeitos na criança. Identificaram, ainda, que estas dimensões podem ser agravadas por (Strauss e col, 1994): (a) fontes e nível de stresse na família associados ao temperamento da criança; (b) antecedentes dos progenitores/cuidadores e características das suas personalidades; (c) valores culturais e religiosos; e (c) normas sociais. Associados às situações anteriores estão referenciados fatores de stresse específicos associados a famílias em maior risco para ocorrência de CF (Wolfner e col, 1993): (a) maternidade precoce; (b) alta mobilidade geográfica; (c) família numerosa; (d) pobreza; (e) situação étnica minoritária; (f) baixo nível educacional; e (g) desemprego. Neste modelo de abordagem também Barroso (2010) discute que o processo de aplicação de práticas fisicamente punitivas na relação pais/filhos se encontra, de alguma forma, compreendido no exercício da parentalidade e que este decorre de um conjunto de circunstâncias sociais e/ou dificuldades interpessoais - individuais, familiares, sociais e culturais - no desempenho das necessárias tarefas da parentalidade.

Várias definições de CF têm sido propostas:

a) Ato de violência legalmente permissível adotado no contexto de papel parental incluindo a forma de violência severa como por exemplo agressão utilizando objetos (Strauss, 1991);

b) Forma de maus-tratos em que uma lesão é infligida à criança por um cuidador através de diversos meios e de forma não acidental, de maneira a provocar-lhe dor ou mau estar físico, incluindo bater com a mão, com um pau, correia ou outros objetos, socos, pontapés, abanões, empurrões, queimaduras, etc. - Third National Incidence Study (NIS-3), 1996 (Sedlak e col, 1996);

c) Lesões que, dependendo da sua gravidade, impliquem a necessidade de cuidados médicos, as quais podem ir desde o eritema que desaparece em algumas horas até lesões graves que terminam na morte, resultantes de traumatismos provocados pelos cuidadores – tem por base critérios médicos e coloca a tónica sobre o efeito que a lesão tem na criança e menos na intenção que se depreende existir por parte do cuidador (Kempe A, 1998);

d) Todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual assim como o uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra uma criança, por um indivíduo ou grupo, que prejudique ou que tenha grandes probabilidades de prejudicar a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança (Krug e col, 2002);

e) Qualquer ação utilizando força física com a intenção de provocar algum grau de dor ou desconforto ainda que leve (Convenção dos Direitos da Criança, 2004);

f) Qualquer punição em que a força física seja usada com a intenção de causar um certo grau de dor ou desconforto, ainda que ligeiro (Comité dos Direitos da Criança, 2006);

g) Ação de natureza disciplinar ou punitiva através do uso da força física que resulte em sofrimento ou lesão à criança ou adolescente (projeto de Lei nº 7672/2010 que altera a Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, e que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, apresentado ao Senado brasileiro em 14 de dezembro de 2011); este projeto de Lei define ainda tratamento cruel ou degradante como “conduta ou forma cruel de tratamento que humilhe, ameace gravemente ou ridicularize a criança ou o adolescente”, considerando-o, tal como no caso do CF, se causados por “pais, integrantes da família ampliada, responsáveis, agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer pessoa encarregada de cuidar, tratar, educar ou proteger crianças e adolescentes”.

Os limites de intensidade, frequência e formas do CF educativo tolerados e culturalmente aceites, continuam, contudo, muito distintos entre grupos sociais e familiares.

É fundamental perceber que os fatores associados à violência dirigida às crianças estão usualmente associados a uma rotura na relação familiar a qual atenta contra a dignidade e o bem-estar dessa criança e, por vezes, contra a sua própria vida. Este é o principal motivo pelo qual a prevenção da violência

doméstica e dos maus tratos é hoje reconhecida como uma preocupação dos direitos humanos, incluindo-se aqui o CF.

4. O CASTIGO FÍSICO NO SÉCULO XXI

No final do século XX o CF continuava a ser perpetrado por cerca de 94% dos progenitores em todo o mundo (Strauss, 1999). De facto, a nível mundial, apenas uma muito ínfima percentagem de crianças está na atualidade legalmente protegida relativamente ao CF, quer na família, quer nas instituições, designadamente nas escolas e lares.

Contudo, um número significativo de países (StopHitting, 2008) (29 países até ao ano de 2011) banuiu já o seu uso (Tabela 1), promulgando leis que proíbem o CF em crianças, em contextos familiar e educacional, por estes serem considerados como uma violação dos direitos humanos.

Tabela 1 - Países e ano de abolição do CF em crianças (espaço escola e família)

Ano	País
1979	Suécia
1983	Finlândia
1987	Noruega
1989	Áustria
1994	Chipre
1997	Dinamarca
1998	Letónia
1999	Croácia
2000	Alemanha; Bulgária; Israel
2003	Islândia
2004	Hungria ; Ucrânia; Roménia
2007	Espanha; Grécia; Holanda; Nova Zelândia; Portugal; Uruguai; Venezuela
2008	Costa Rica; Luxemburgo; Liechtenstein
2009	Moldávia
2010	Quénia; Tunísia; Polónia

Na Suécia, o CF por progenitores foi legalmente banido em 1979, sendo este gesto considerado como medida social e política necessária para reduzir a questão do abuso de crianças. Num estudo realizado em 1999, naquele país, os números encontrados revelaram que a proibição do CF pouco adiantou (Larzele, 1989), havendo evidências, não publicadas, que sugerem que a frequência de abuso da criança continuou a manter-se elevada, apesar da taxa de mortalidade associada ter diminuído.

Em Inglaterra a “bengalada” foi abolida das escolas públicas só em 1986 (*Education Act*), continuando a ser aceite e tolerado o CF na família e nas escolas privadas, desde que os progenitores concordem com o código disciplinar da escola (Elliman e col, 2000).

A Lei Canadiana proíbe o CF mas o Supremo Tribunal Canadano, em janeiro de 2004, passou a permitir aos progenitores a possibilidade de dar palmadas nas crianças, mas, apenas, naquelas com idades compreendidas entre os 2 e os 12 anos, desde que com limitação na força usada na palmada (Durrant, 2003).

Em Portugal, o CF está proibido nas escolas, a nível institucional em geral e no espaço da família, constituindo um crime público (integrado nos crimes de “Violência doméstica” e de “Maus tratos”), existindo contudo, ainda no século XXI, acórdãos que ainda consideram que *“o facto de o arguido, com intuito de punir e molestar o filho menor com quem vive, ter desferido, na residência e na sequência deste ter pegado sem o seu consentimento na quantia de 20€, lhe ter desferido no rabo com um cinto duas pancadas, que lhe causaram dores e ferimentos sem necessidade de tratamento hospitalar não revela uma imagem global do facto agravada nem concretiza um especial conteúdo de culpa em resultado de formas de realização do facto especialmente desvaliosas ou de qualidades da personalidade do agente especialmente desvaliosas (sobre os conceitos de especial censurabilidade e perversidade)”*, considerando-se ainda no mesmo acórdão que *“o enquadramento da atuação do arguido nos atos disciplinadores exercidos no âmbito dos poderes/deveres de correção atribuídos aos pais, não autorizam a qualificação jurídica agravada sugerida na acusação, pelo que os factos alegados integram a autoria material por parte do arguido de um crime de ofensa à integridade física mas simples, p. e p. pelo artigo 143º, nº 1, do Código Penal”* (STJ, janeiro de 2010).

O país que mais recentemente prepara a penalização criminal do CF de crianças, é o Brasil, tendo sido apresentado ao Senado, em dezembro de 2011, para promulgação, um projeto de Lei (projeto de Lei 7672/2010 - artigo 18º), já designado de *“Lei da Palmada”*. A publicação desta Lei será o culminar de um processo com cerca de 20 anos de evolução, iniciado em 1990, considerando-se que a criança e o adolescente têm o direito de serem educados e cuidados sem o uso de CF ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar, tratar, educar ou proteger.

Mas, apesar de existirem muitas diferenças em termos culturais e sociais sobre a legitimidade e a eficácia do CF, as pessoas em geral continuam a legitimá-lo. Enquanto num estudo Canadano, 59% das pessoas inquiridas

entenderam que o CF era altamente desaconselhado (Durrant, 2003), estudos efetuados nos EUA identificaram que 84% dos inquiridos concordaram que “por vezes é necessário disciplinar uma criança com um bom estalo” (Strauss, 1996; Durrant, 2003). Na Nova Zelândia, um estudo onde foram inquiridos indivíduos com 25 anos de idade com filhos (aplicando a *Parent-Child Conflict Tactics Scale*), identificou que 75% daqueles reportaram ter sido fisicamente castigados enquanto crianças e quase 12% dos mesmos referiram ter castigado fisicamente, de forma severa, um filho durante o ano anterior ao do estudo (Woodward e col, 2007). Outro estudo na República da Coreia revelou que 90% dos progenitores entendiam o CF como necessário (Kim, 2000) e num inquérito efetuado a crianças, proveniente do Yemem, cerca de 90% dos inquiridos descreveram que o CF e a humilhação eram as principais formas de disciplina na família, sendo a mais comum a agressão física (Harper, 2005).

5. COMENTÁRIO FINAL

Para muitos torna-se hoje incompreensível porque é que as crianças recebem menos proteção contra ataques à sua dignidade e integridade psíquico-física do que os adultos, sendo, em razão do seu estado de desenvolvimento e até por vezes da sua compleição física, particularmente vulneráveis a danos físicos e psicológicos. Mas, como se viu, nem todos partilham desta opinião; muitas crianças ainda vão necessitar de esperar mais tempo para receber a mesma proteção legal que os adultos usufruem contra agressões deliberadas – como é o caso do CF.

Neste estudo de revisão percebemos, através da abordagem dos aspetos socioculturais e da evolução científica sobre este tema, que a eliminação do CF de crianças requer mais do que mudanças legislativas, estando-lhe fortemente associados fatores cognitivos e culturais, relacionados com crenças partilhadas por cuidadores, crianças e até profissionais.

De facto, apesar das leis, convenções e tratados, estes comportamentos continuam a ser socialmente tolerados. Tal facto resulta de circunstâncias socioculturais (sobretudo a tradição e a transmissão geracional desses comportamentos), o que legitima e incentiva os castigos à luz daquilo que é ainda considerado como sendo o “*poder de correção*” ou o “*poder-dever de educar*”. Este poder continua, assim, a confundir-se com o poder de agredir, de abusar, mesmo que se trate “apenas” de um beliscão, de uma palmada, bofetada ou puxão de orelhas. Além do dano psicológico, tais práticas podem provocar danos físicos significativos e, em alguns casos, mesmo fatais (Magalhães, 2010).

O uso de conceitos como “castigo moderado” e “castigo tolerado” (AAP, 2001) resulta da circunstância de persistir ainda a ideia de que a criança é

propriedade dos pais e de que os pais têm direitos, mascarados de “deveres”, sobre aquelas. Estes “direitos” baseiam-se na relação de poder/confiança entre progenitores/crianças/progenitores, no poder do mais forte sobre o mais fraco, e são perpetuados através da violência e da humilhação.

Estes castigos, que constituem uma violência, podem ser um ato deliberado de castigo ou apenas a reação impulsiva de um cuidador que perdeu o controlo da situação. Ambas as causas constituem uma quebra dos direitos humanos, sendo o respeito pela dignidade humana e o direito à integridade física princípios universais. A OMS, a UNICEF e muitas outras organizações internacionais consideram hoje que o castigo físico deve ser entendido como uma forma de abuso.

O objetivo da proibição do CF contra crianças é a prevenção do abuso associado a danos graves, muitas vezes irreversíveis e até fatais, promovendo-se a mudança de atitude e das práticas no sentido da implementação de métodos não violentos de educação, importando neste ponto citar Cordeiro (2011), pediatra português que propõe métodos de disciplina adaptados a casos concretos e a faixas etárias, sem recurso à violência. Neste sentido, é fundamental construir uma mensagem clara sobre o que é considerado como comportamento absolutamente inaceitável, apesar de ter como finalidade a educação; ou seja, ainda que se trate de uma tarefa altamente complexa, é necessário estabelecer qual é o limite entre o castigo legítimo e positivo (não-violento) e a violência física e psicológica (abuso). Efetivamente, por vezes os adultos responsáveis por crianças revelam-se confusos quanto à forma eficaz de lidar com situações/comportamentos difíceis exibidos por aquelas.

Este é um assunto pelo qual todos somos responsáveis, mas muito particularmente aqueles que trabalham com crianças. Lembremo-nos que no seu dia-a-dia muitas crianças continuam a ser espancadas, a levar estalos, murros, abanões, beliscões, pontapés, tarefas com paus, chicotes ou cinto em nome da “disciplina” e da “educação”, em geral pelas mãos de adultos dos quais dependem e em quem confiam - *“existem muitas coisas terríveis no mundo, mas a pior delas é quando uma criança tem medo de seu pai, de sua mãe ou de seus professores”* (Janusz Korczak, pediatra, escritor e pedagogo infantil polaco, 1878-1942) (Beiner F, 1987).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAP (American Academy of Pediatrics) Division of Child Health Research. AAP survey on corporal punishment reveals divergent views".AP News 1998; 14 (9): pp. 16 [documento online] 2001 [atualizado em 2011 Dez 08]. Disponível em: at: <http://www.aap.org/>.

- Baron JH (2005). Corporal Punishment of Children in England and the United States: Current Issues. *The Mount Sinai Journal of Medicine*; No. 1 January.
- Barroso RG (2010). Da punição física ao abuso físico: conceptualização e consequências práticas. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*; 20(2): 279-304.
- Baumerind D (1973). The development of instrumental competence through socialization. In A.D. Pick (Ed.), *Minnesota Symposia on child psychology* (Vol. 7). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; p. 3-46.
- Beiner F, Dauzenroth E, Lax E (1987). J. Korczak, bibliographie, Quellen und Literatur 1943-1987. Heinsberg, Agentur Dieck (eds).
- Bessa MRV, Oliveira CA, Ricas J, Campos MGA, Castro MHMD (1989). Abordagem psicológica da criança. In: Leão E, Mota JAC, Viana MB, Correa EJ, organizadores. *Pediatria ambulatorial*. 2ª. ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica. p.115-24.
- Bourdieu P (1996). A ilusão biográfica. In: Ferreira, Marieta de Moraes e Amado, Janaína (org). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas. 484 p.
- Canha J (2003). Criança Maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cohen A (1946). *Proverbs*. London: Soncino Press. p.148.
- Collins JJ (1997). *Jewish wisdom in the Hellenistic age*. Edinburgh: Westminster John Knox Press. p.167.
- Cordeiro M (2011). *O grande livro dos medos e das birras*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Comité dos Direitos da Criança (2006). General Comment No.8. The Right of the Child to Protection from Corporal Punishment and Other Cruel or Degrading Forms of Punishment. (Art. 19, 28 (2) and 37, inter alia), CRC/C/GC/8.
- Convenção dos Direitos da Criança [documento online] 2004 [documento online] [atualizado em
- Cunningham H (2005). *Children and Childhood in Western Society Since 1500* (2ª ed.). Harlow, England: Pearson Education Limited. Dez 08]. Disponível em: <http://www.stophitting.com/>.
- Durkheim E (1984). *Sociologia, Educação e Moral*. Porto: Rés-Editora. 398 p.
- Durrant JE (2003). Maternal Beliefs about physical punishment in Sweden and Canada. *Journal of Comparative Family Studies*; 34: 586-604. Citado em *Corporal Punishment: Prevalence, Predictors and Implications for Child Behavior and Development* (2005). In: Hart SN. *Eliminating Corporal Punishment*. Paris, UNESCO.
- effects on children. [document online] 2008 [atualizado em 2011 Dez 08]. Columbus, OH: Center for Effective Discipline. Disponível em: http://www.phoenixchildrens.com/PDFs/principles_and_practices_of_effective_discipline.pdf.
- Elliman D, Lynch MA (2000). The physical punishment of children. *Arch Dis Child* 2000; 83(3): 196-98.
- Epstein I (1935). *The Babylonian Talmud: Baba Bathra*. London: Soncino Press; 21a. p.106.
- Gershoff ET (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*; 128: 539-579.
- Gershoff ET. Report on physical punishment in the United States: what research tells us about its

- Gibson I (1978). *The English vice*. London Duckworth Press; 1978. p.48–51.
- Graziano A (1994). Why we should study sub abusive violence against children. *Journal of Interpersonal Violence*. 9: 412-463.
- Harper K, Horno P, Landsdown G et al. Physical and Humiliating Punishment of Children in Yemen. Save the Children Sweden. International Alliance Save the Children. Ending Physical and Humiliating Punishment of Children. Making It happen, part. 2 [document on line] 2005 [atualizado 2011Dez08]. Disponível em: <http://mena.savethechildren.se/Global/scs/MENA/Resources/Ending%20Physical%20and%20Humiliating%20Punishment%20of%20Children%20%28ENGLISH%29>.
- Heywood C (2001). *Uma História da Infância: Da Idade Média à Época Contemporânea no Ocidente*. Porto Alegre: Artmed Editora
- Kemp A (1998). *Abuse in the family: An introduction*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962). The battered-child syndrome. *JAM* 1962; 181:17-403.
- Kim D-H (2000). Children's Experience of Violence in China and Korea: A Transcultural Study. *Child Abuse & Neglect*; 18: 155-166.
- Kramer SN (1961). *The Sumerians: their history, culture, and character*. Chicago: University Press. p. 235–236.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (2002). *Relatório Mundial sobre a Violência e*
- Larzele RE (1996). A review of the outcomes of parental use of non abusive or customary physical punishment. *Pediatrics* 1996; 98: 824-828.
- Larzele RE (2005). Child outcomes of nonabusive and customary physical punishment by parents: An updated literature review. *Clinical Child and family Psychology Review*; 8: 1-37.
- Larzelere RE, Johnson B (1989). Evaluations of the effects of Sweden's spanking ban on physical child abuse rates: a literature review. *Psychol Rep*; 85(2): 381-92.
- Magalhães T (2010). *Violência e Abuso. Respostas simples para questões complexas*. Imprensa da Universidade de Coimbra. p 61-96.
- Maimon S (1945). *Autobiography*. London: East and West Library. p. 31.
- McCole W, Robert A (1999). *Study of Attitudes Towards Corporal Punishment as an Educational Procedure the Earliest Times to the Present*, Nifmegen University; 1st ed. Chap. 2.3 to 2.6.
- McCormick KF (1992). Attitudes of primary care physicians toward corporal punishment. *Journal of the American Medical Association*. 267: 3161-3165.
- Pritchard JB (1978). *Ancient Near Eastern texts relating to the Old Testament*. Princeton: University Press. p. 428b.
- Projeto Lei 7672/2010. [document on line] 2011 [atualizado 2011Dez18]. <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483933>.
- Ronald LS, Johnson C, Conger RD (1994). Harsh Corporal Punishment versus Quality of parental Involvement as an explanation of Adolescent Maladjustment. *Journal of marriage and The Family*. 56: 591-607.

- Save the children. [document on line] 2010 [atualizado 2011 Dez 08]. Disponível em: http://www.savethechildren.net/alliance/about_us/mission_vision/index.html.
- Sedlak AJ, Broadhurst DD. Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-3 Final Report). US Dept of Health and Human Services. Contract No. 105-94-1840. [document on line] 1996 [atualizado 2011 Dez 08]. Disponível em: <http://www.childwelfare.gov/pubs/statsinfo/nis3.cfm>.
- Smith DW (1977). Introduction to clinical pediatrics. Philadelphia: Saunders. 452 p. (Pediatrics series. xviii). p. 1926-81.
- StopHitting. Discipline and the Law: Legal Reforms. [document online] 2008 Dez [atualizado 2011]
- Straus MA, Moynihan MM (1994). Who spansks the most? In M. A. Straus (Ed.), *Beating the devil out of them: Corporal punishment in American families* (pp. 49-63). New York: Lexington Books.
- Strauss MA, Gelles RJ (1991). Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8.145 families. Incidence Rates, Causes, and Trends. *Abused and Battered: Social and Legal Responses to Family Violence*, ed. by D. D. Knudsen and J. L. Miller. NY: Aldine De Gruyter.
- Strauss MA, Mathur AK (1996). Social Change and Trends in Approval of Corporal Punishment by Parents from 1968 to 1994. In: Frehsee D et al. (Eds). *Violence against Children*. Berlin and New York, Walter de Gruyter, p.91-105.
- Strauss MA, Stewart JH (1999). Corporal punishment by American parents: National data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics. *Clinical Child and Family Psychology Review*; 2: 55-70.
- Weber LND, Dobrianskyj N, Prado PM, Viezzer AP, Bradenburg OJ (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicol Refl ex Crit*;17(3): 323-31.
- Weber LND, Viezzer AP, Bradenburg OJ (2004). O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estud Psicol (Natal)*. 9(2): p. 227-37.
- Weissbach LS (1977). "Child Labor Legislation in Nineteenth-Century France". *The Journal of Economic History* 37 (1): 268-271.DOI:10.1017/S0022050700112112
- Whipple EE, Richey CA (1997). Crossing the line from Physical Discipline to Child Abuse: How much is too much? *Child Abuse & Neglect*. 21(5): 431-444.
- WHO & ISPACN (2006). Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. [document on line] 2006 [atualizado 2011Dez08]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
- Wilgoren J. Lawsuits touch off debate over paddling in the schools. *N Y Times*, Sect. A:1, 22
- Wolfner GD, Gelles RJ (1993). A profile of violence toward children: A national study. *Child Abuse & Neglect*, 17, 197-212.
- Woodward LJ, Fergusson DM, Chesney A, Horwood LJ (2007). Punitive parenting practices of contemporary young parents. *N Z Med J*.14 (120): 1267-2866.
- Zagury T (1993). Palmada – sim ou não? Educar sem culpa. São Paulo: Círculo do Livro; p.111-20.

Resumo: O castigo físico de crianças. Estudo de revisão

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma reflexão sobre o castigo físico (CF) como forma de disciplina aplicada a crianças e jovens em contexto educacional no espaço da família.

É feita revisão bibliográfica sobre a representação social e legal do CF ao longo dos tempos em várias sociedades, incluindo a forma como a ciência e as religiões olharam para o mesmo tema, e como ainda, na actualidade, continuam a fazê-lo. Um castigo tem usualmente como objectivo promover a correcção, punir ou reprimir uma conduta que se considera incorrecta. Pode acontecer no âmbito de um sistema legal ou a nível institucional ou familiar. Nestes dois últimos contextos, tendo em conta o tipo de relacionamento interpessoal “cuidador versus menor de idade”, facilmente se pode transformar em comportamentos física e psicologicamente violentos ou até de coacção que se sabe deixarem para o futuro um conjunto de sequelas a nível emocional e até, eventualmente, a nível físico, além do risco de reprodução transgeracional, conforme é corroborado por vários estudos científicos citados. Apresenta-se uma reflexão sobre a actualidade social e legal do CF na sociedade actual em vários países. Mesmo com intenção de educar, os gestos de natureza violenta põem em causa os direitos das vítimas. O entendimento do CF não está relacionado com a descrição do gesto aplicado, mas com a gravidade da lesão resultante. As definições médicas concentram-se mais sobre o efeito que a lesão tem sobre a criança do que sobre a intenção demonstrada por parte do cuidador. A OMS, assim como a UNICEF, consideram que “o castigo físico deve ser entendido como uma forma de abuso”.

Palavras-chave: Castigo físico; educação; abuso; violência; crianças e jovens; contexto cultural e social.

Summary: Physical punishment against children. A review

The aim of this study is to discuss physical punishment (PP) as a mean of discipline applied to children and teenagers in an educational context in a family environment.

A bibliographic research is made on social and legal representation of PP in various societies throughout time including the perspective of science and religion on this topic, focusing the current outlook on this subject. Punishment is usually used as a means of correction, to punish or reprimand certain behavior which is considered incorrect. This can happen in a scope of a legal system or at institutional or family level. In the last two contexts, taking into account the type of interpersonal relationship “caregiver versus minor”, it could be easily transformed into violent physical and psychological behavior or even coercion which is known to leave a number of after-effects at emotional level or even, eventually, at a physical level, surely existing the risk of generational reproduction, as is corroborated by various quoted scientific studies. A research of bibliography about current social and legal point a view over PP in present society in various countries is presented.

Even with the purpose of education, the gestures of offensive nature may put victim’s rights at stake. The understanding of PP is not so closely tied to the type of the gesture applied, but more with the seriousness of the resulting injury. The medical definitions

concentrate nowadays more on the effect which the injury has on the child than on the intention demonstrated by the caregiver. The OMS as well as UNICEF consider that “*physical punishment must be understood as a form of abuse.*”

Key-words: Physical punishment; education; abuse; violence; children and teenagers; cultural and social context.

Résumé: Les châtiments corporels sur les enfants. Étude de révision

Ce travail vise à réfléchir sur les châtiments corporels (CC) comme une forme de discipline appliquée aux enfants et aux adolescents dans le contexte éducatif et au sein de la famille. Les auteurs ont fait une revue de la littérature sur la représentation sociale et juridique du CC au cours des années dans de nombreuses sociétés, notamment la façon dont la science et la religion ont regardé le même thème, et encore, comme aujourd'hui, continuent à le faire. Une punition est habituellement conçu pour promouvoir la correction, de punir ou sanctionner une conduite qui est jugée incorrecte. Il peut arriver dans un système juridique ou institutionnel ou familial. Dans les deux derniers contextes, en tenant compte du type de relation interpersonnelle «soignant contre un mineur», la punition peut facilement se transformer en comportement psychologiquement et physiquement violent et coercitif et même laisser, à l'avenir, un ensemble de conséquences émotionnelles et, éventuellement, même physiques. Il doit également être envisagé le risque de reproduction transgénérationnelle laquelle est corroboré par plusieurs études scientifiques citées. Ont présente une réflexion sur le cadre social et juridique actuel du CC dans la société d'aujourd'hui dans de nombreux pays. Même avec l'intention d'éduquer, les gestes de nature violente saper les droits des victimes. La compréhension de ce que est le CC n'est pas liée à la description du geste appliqué, mais avec la gravité du dommage subi. Le focus des définitions médicales se concentre davantage sur l'effet de la lésion sur l'enfant victime que sur l'intention démontrée par le soignant. L'OMS et l'UNICEF considèrent que «le châtiment physique doit être compris comme une forme d'abus».

Mots-clés: Punition corporel; éducation; abus physique; violence; enfants et jeunes; contexte culturel et social.

Pedido de separatas:

CRISTINA SILVEIRA RIBEIRO

mcribeiro@dpinml.mj.pt

Violência nas relações de intimidade. Avaliação do risco

Ana Clara Grams^(1,2,3), Teresa Magalhães^(1,2,3,4)

INTRODUÇÃO

A violência nas relações de intimidade (VRI) inclui atos de agressão física, sexual, abuso emocional e outros comportamentos controladores perpetrados por cônjuge, parceiro(a), namorado(a) da vítima ou progenitor(a) de filho comum (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Pode ocorrer durante uma relação, independentemente da sua duração, ou após o seu término (Harvey, Garcia-Moreno & Butchart, 2007).

Esta forma de violência acontece à escala mundial, abrangendo uma grande variedade de países e culturas (Archer, 2006; Garcia-Moreno e col., 2006; Straus, 2008). Uma pesquisa multinacional realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através de uma entrevista efetuada a 24,097 mulheres em dez países diferentes, incluindo Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Perú, Samoa, Sérvia, Montenegro, Tailândia e Tanzânia, evidenciou taxas de prevalência de vitimização de mulheres entre 15% e 71% (Garcia-Moreno e col., 2006).

Nas últimas duas décadas, têm-se verificado grandes mudanças na resposta à VRI, quer pelo público em geral, quer a nível dos serviços judiciais, judiciais, sociais e de cuidados de saúde (Campbell, 2005; Kline e col, 1997). O aumento da utilização destes serviços pelas vítimas de VRI levou ao desenvolvimento de estratégias para identificar os casos que necessitam de maior atenção e de intervenções dirigidas, dado que

¹ Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. - Delegação do Norte

² Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³ CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal

⁴ Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto

as necessidades excedem largamente a oferta (Crowell & Burgess, 1996). Além disso, as estratégias e os recursos precisam de ser adaptados ao nível de perigosidade na relação violenta, a fim de minimizar a perturbação na vida das suas vítimas e das crianças expostas, bem como controlar a por vezes desnecessária restrição da liberdade dos agressores. De facto, sabemos que o resultado mais grave da VRI é o homicídio de um dos intervenientes, e os profissionais que trabalham no domínio da VRI devem ter a permanente preocupação quanto ao risco de homicídio ou de homicídio seguido de suicídio, tomando sempre todas as medidas possíveis para evitar tal resultado.

É nesse sentido que mais recentemente se tem verificado uma solicitação crescente de métodos para a avaliação precisa do risco em matéria de VRI.

A avaliação deste risco iniciou-se em Portugal a 1 de Janeiro de 2006 na sequência do disposto na Resolução do Conselho de Ministros n.º 21/2005, de 28 de Janeiro, a qual teve como objetivo fundamentar a eventual promoção de medida de coação ao agressor e proteger a vítima nos casos em que do preenchimento do *Auto de Notícia Padrão* resultasse que esta corria perigo intenso. Nessa data, juntamente com a implementação desse *Auto*, a ser utilizado pela Polícia de Segurança Pública (PSP) e Guarda Nacional Republicana (GNR) nos casos de violência doméstica (VD), foi também aprovado o *Auto de Avaliação de Risco* (AAR) – a ser preenchido em duas circunstâncias: (1) nos casos de perigo intenso para a vítima, presumido aquando da elaboração do *Auto de Notícia Padronizado*, tendo em vista a fundamentação de eventual promoção de medida de coação a impor ao agressor para proteção da vítima e cessação da atividade criminosa; (2) a pedido da autoridade judiciária, no decurso do inquérito e tendo em vista a aferição da premência na promoção de medida de coação a aplicar ao arguido para cessar a prossecução da atividade criminosa. Os elementos recolhidos e que constam do AAR são elementos entendidos como indicadores de risco, designadamente, e entre outros: (1) história da agressão/violência; (2) caracterização da vítima e do agressor; (3) dependência económica da vítima ou do denunciado; (4) comportamentos violentos e obsessivos do agressor; (5) posse e/ou utilização de armas por parte do agressor; (6) tentativas de asfixiar a vítima; (7) agressões presenciadas por crianças e jovens; (8) motivos invocados pela vítima para a não apresentação de queixas anteriores; (9) apoios institucionais recebidos pela vítima; (10) registo prévio de intervenções policiais por ocorrências da autoria do mesmo suspeito; e (11) informações complementares acerca dos dependentes do agregado familiar. O AAR termina com a apresentação de uma lista de medidas de proteção/coação a aplicar de acordo com a avaliação efetuada, sem contudo permitir determinar o nível do risco do caso em análise. Este instrumento, que teoricamente se poderia revelar fundamental na

proteção da vítima, acaba, contudo, por não ter grande utilização no âmbito dos inquéritos, dado que: (1) não são seguidos os critérios estabelecidos para o seu preenchimento (ora são elaborados indiscriminadamente em todas as situações ora, nas situações verdadeiramente graves, não são sequer preenchidos); (2) a fonte da informação é restringida à própria vítima, não sendo possível em muitos casos uma comprovação do relato; (3) alguns magistrados desconhecem a sua existência.⁵

Quanto à investigação desenvolvida em Portugal sobre a avaliação do risco nas relações de intimidade importa realçar o trabalho financiado pelo Programa Daphne da Comissão Europeia (Ref. 2004-2-044-W – SARA Travels – S-Risk Assessment for Spousal Assessment in Europe), no qual colaboraram a Escola da Polícia Judiciária, a GNR e a PSP, com o objetivo de adaptar a *checklist* “Avaliação de Risco de Violência Conjugal: Versão para Polícias” (SARA: PV) à população portuguesa (Almeida & Soeiro, 2010).

Assim, dada a relevância desta problemática e o muito que em Portugal ainda há a fazer neste sentido, designadamente ao nível da intervenção dos serviços médico-legais e forenses, tendo em vista promover cada vez mais a proteção das vítimas de VRI, apresenta-se uma revisão crítica da literatura sobre a matéria.

A NATUREZA DO RISCO

O conceito de risco não é consensual na literatura teórica e empírica sobre o que se pretende concretizar quando é feita referência ao risco de VRI (Kropp, 2004).

Mais comumente, os estudos que analisam o risco de recidiva de VRI definem risco como a probabilidade de um incidente de violência ocorrer no futuro, embora os estudos variem consideravelmente na sua operacionalização quanto ao significado de "futuro", incluindo períodos de acompanhamento que vão de meses a anos. Esta concetualização do risco coloca a tónica na previsão de comportamentos sem considerar o contexto individual envolvido.

Na prática, o conceito de risco é multifacetado e não inclui apenas a probabilidade de que um indivíduo seja ou não violento no futuro mas, também, considera a natureza do risco em questão (por exemplo, o tipo de

⁵ Comentário extraído de conferência apresentada por Maria João Taborda no Colóquio da Associação Portuguesa de Mulheres Juristas em 27 de Maio de 2010. http://www.apmj.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=56:comentario-da-dra-maria-joao-taborda-&catid=44:comentarios&Itemid=73

violência, a sua gravidade e iminência), bem como as circunstâncias em que esse risco pode ser acrescido ou reduzido (Douglas & Kropp, 2002).

No entanto, a definição de risco é suscetível de variar com a abordagem que é feita quanto à sua avaliação. Por exemplo, os defensores da abordagem atuarial definem o risco como a probabilidade estatística de um indivíduo ser processado por um delito de VRI durante um período de tempo definido (Hilton e col., 2010). Em contraste, os indivíduos que adotam abordagens clínicas tendem a usar uma definição de risco que reflete sua natureza multidimensional.

METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE VRI

As abordagens para a avaliação do risco de VRI refletem as tendências gerais no desenvolvimento da avaliação de risco em geral, agrupando-se em três categorias: clínica, atuarial e profissional estruturada (Douglas e col., 1999; Moore, 1996; Quinsey e col., 2006).

Avaliação clínica não estruturada

Kropp (2004) considera que das três abordagens ou "gerações" de avaliação do risco, a avaliação clínica não estruturada continua ser a mais amplamente utilizada, em parte devido à falta de instrumentos de avaliação disponíveis para os profissionais.

A avaliação clínica não estruturada para a avaliação do risco consiste numa forma intuitiva de tomada de decisão (Hilton e col., 2010), ou seja, recorre a procedimentos intuitivos ou informais para identificar informações relevantes a partir das quais resulta uma apreciação sobre a probabilidade de recidiva. Esta abordagem exige que o médico tome decisões relativas à avaliação do risco através da avaliação idiossincrática de informações consideradas relevantes para cada caso individual, decisões essas que podem, em última análise, refletir a experiência pessoal, as observações clínicas e intuições (Hilton e col., 2010). Consequentemente, a natureza e o alcance das informações analisadas varia de forma não sistematizada entre os casos (Doyle & Dolan, 2008).

No âmbito da avaliação do risco de violência mais alargada e da literatura sobre a avaliação clínica, esta abordagem tem recebido duras críticas devido à falta de validade e fiabilidade (Grove & Meehl, 1996). Além disso, a evidência empírica sobre a validade desta abordagem pelos médicos, por exemplo, sugere que as previsões clínicas de risco estão apenas um pouco acima das avaliações ao acaso, e que a competência nesta área varia significati-

vamente entre esses profissionais (Monahan, 1981). Há diversas razões que justificam o motivo pelo qual a predição clínica é fraca. Foram identificadas uma série de estratégias de processamento de informação heurísticas ou tendenciosas que são adotadas pelos médicos com vista à tomada de decisões complexas. Estes vieses incluem a assunção de correlações ilusórias entre dois fatores que não existem empiricamente, por exemplo, esquizofrenia e alto risco de crime violento (Elbogen, 2002). Enviesamentos adicionais também podem ocorrer se os médicos não tiverem em consideração os índices de base da violência, levando à sobrevalorização ou subvalorização do risco (Borum, 1996). Também tem sido sugerido que características idiossincráticas ou altamente evidentes podem falsear as percepções de risco, independentemente da existência de evidências empíricas para documentar uma associação com a violência (Quinsey, 1995).

Entretanto, têm sido documentados outros vieses, tais como o viés de confirmação (que se foca na evidência que confirma uma opinião, ignorando evidências contrárias), o viés retrospectivo (pela hipervalorização de um resultado após a sua ocorrência), e o excesso de confiança na memória (Borum e col., 1993). Fatores adicionais associados à precisão incluem a confiança do médico (McNeil e col., 1998), o enquadramento do risco (Monahan, 1996), bem como o sexo do médico e da vítima (Coontz e col., 1994; Lidz e col., 1993; McNeil & Binder, 1995).

Avaliação atuarial

A abordagem atuarial, ou de "segunda geração" da avaliação de risco, depende da utilização de métodos estatísticos para prever o comportamento futuro (Douglas e col., 1999). O foco situa-se na previsão de um comportamento específico dentro de um dado período de tempo (Kropp, 2004). Na avaliação atuarial do risco de violência, os itens preditores (fatores de risco) baseiam-se em estudos de *follow-up* bem concebidos, que permitem identificar os itens que estão prospetivamente associados ao resultado (Hilton e col., 2010). Ao adotar este método, a seleção ideal de itens considera a validade incremental - ou seja, os preditores mais fortes são escolhidos mas apenas os fatores que aumentam significativamente a capacidade preditiva do modelo são incluídos. Tais abordagens podem usar equações estatísticas (previsão estatística), tabelas atuariais e/ou programas algorítmicos (Grove e col., 2000).

O termo atuarial também é usado para referir a seleção de variáveis preditoras com base no peso da evidência empírica que suporta a sua associação estatística com resultados violentos em amostras representativas (Hilton e col., 2004).

Kropp (2004) considera que os objetivos da previsão atuarial são prever a violência, num sentido relativo, através da comparação do indivíduo com as normas da população e prever a violência, num sentido absoluto, identificando uma estimativa probabilística precisa da probabilidade da ocorrência de violência no futuro.

Mas o debate sobre a superioridade preditiva dos métodos atuariais relativamente à avaliação clínica persiste. Provas relativas à precisão da avaliação da primeira e da segunda geração das abordagens de avaliação do risco inclinam-se para as avaliações da segunda geração como as mais fiáveis, embora ao contrário da opinião expressa dos proponentes da abordagem de segunda geração (e.g., Hilton e col., 2010) as evidências não sejam completamente conclusivas. Por exemplo, na sua meta-análise de estudos que empregaram, tanto a abordagem clínica como a “mecânica” (estatística, atuarial e algorítmica) para prever o comportamento humano, fazer diagnósticos ou prognósticos médicos, ou avaliar estados e traços, Grove e colaboradores (2000) encontraram evidências mistas; nos 136 estudos incluídos na análise verificou-se, na generalidade, que a predição dos métodos mecânicos excedia a dos métodos clínicos em cerca de 10%, em média. No entanto, em aproximadamente metade dos estudos a previsão dos métodos clínicos foi tão precisa quanto a dos mecânicos e em 6-16% dos casos até substancialmente superior.

Numa meta-análise limitada à comparação da avaliação clínica de profissionais da saúde mental com as abordagens atuariais, Ægisdóttir e colaboradores (2006) constataram a existência de uma eficácia de 13% superior dos métodos atuariais relativamente às abordagens clínicas. Noutra análise de 48 estudos, pouco mais de metade (52%) deu preferência à previsão estatística, 38% consideraram não haver diferença entre as duas abordagens e 10% preferiu o método clínico.

Apesar desta evidência, muitos clínicos continuam relutantes em aceitar este facto e os autores advertem contra o método atuarial, visto como uma panaceia (Grubin, 1997). Na verdade, a abordagem atuarial tem as suas próprias limitações. Douglas e colaboradores (1999) argumentam que a abordagem atuarial é limitada devido ao seu foco na previsão de um comportamento futuro, tendo em consideração que a avaliação do risco de violência é suposto ser um processo contínuo de revisão da avaliação e reavaliação através do qual, à luz de uma previsão de violência no futuro, se consideram cursos de ação passíveis de serem empreendidos para evitar novos episódios de violência (Douglas & Kropp, 2002; Hart, 1998).

Consequentemente, embora possa ser útil conhecer a probabilidade estatística de recidiva, a fim de determinar o grau de supervisão necessário (por exemplo, se devem ser aplicadas penas restritivas de liberdade), a aborda-

gem tem pouco a dizer sobre a natureza da supervisão e das estratégias de gestão de risco que possam provar ser mais benéficas.

Várias outras preocupações relativas às abordagens atuariais foram levantadas por Grubin (1997) e Hart (1998). Estas centram-se sobre o uso de apenas um número limitado de variáveis a partir das quais os instrumentos atuariais são construídos e que, conseqüentemente, podem não ter em consideração a natureza idiossincrática do risco individual. Além disso, tem sido considerado que a aplicação de dados agregados aos casos individuais se baseia na falsa lógica referida como a "falácia ecológica" que leva a suposições errôneas sobre os indivíduos com base nas características dos grupos a que pertencem (Hilton e col., 2010).

Outra questão é saber até que ponto uma avaliação atuarial é válida quando usada com uma amostra ou num ambiente para o qual não houve validação do instrumento. Em 2004, Kropp referiu que o desenvolvimento de um instrumento atuarial para a VRI que estabelece valores de *cut off* que permitem que marcadores de decisão em sentido absoluto determinem categorias de risco para a VRI, poderá nunca ser possível de obter. Isto baseia-se na crença de que o risco de VRI não é simplesmente uma função linear do número de fatores de risco presente (o pressuposto atuarial fundamental) mas é, até certa medida, idiossincrática e dependente do contexto.

É interessante notar que, apesar de todas estas preocupações, foram já criados vários instrumentos de avaliação atuarial de risco. Referir-nos-emos a três deles (*Domestic Violence Screening Instrument* [Williams & Houghton, 2004], *Ontario Domestic Assault Risk Assessment* [Hilton e col., 2004] e *Domestic Violence Risk Appraisal Guide* [Hilton e col., 2008]), para depois discutirmos um outro na perspetiva da avaliação feita pela própria vítima (*Danger Assessment Scale*):

a) *Domestic Violence Screening Instrument* (DVSI): foi desenvolvido pelo Departamento de Serviços de Liberdade Condicional do Colorado e baseou-se num guia de 34 itens criado para avaliação clínica. A motivação para o desenvolvimento da escala surgiu da necessidade local de aumentar a celeridade de processamento dos casos, pelo que as informações necessárias para completar o DVSI podem ser colhidas a partir de registos e de bases de dados relativos aos antecedentes criminais, de tal forma que as informações podem estar disponíveis para o Ministério Público logo após a abertura do processo (Williams & Houghton, 2004). O DVSI inclui 12 itens pontuados entre 0 e 2 ou 0 e 3, sendo a pontuação total de 0-30, com os *scores* mais elevados traduzindo maior risco de recidiva, incumprimento de ordens judiciais e liberdade condicional e, portanto, maior risco para as vítimas. Em 2006, foi publicada uma versão revista do DVSI (o DVSI-R), clarificando-se uma série de itens

e reformulando-se e removendo-se itens redundantes; contém, atualmente, 11 itens, dos quais 7 se referem a antecedentes de comportamento (Williams & Grant, 2006).

b) Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA): foi desenvolvido pelo mesmo grupo de investigadores, tendo como objetivo ser aplicado por polícias para a tomada de decisões respeitantes à detenção de suspeitos acusados de VRI e para apoio adicional às vítimas (Hilton e col, 2010). É composto por 13 itens que incluem fatores de risco VRI específicos e, também, fatores de risco gerais para o comportamento criminal (Hilton e col., 2004). Em cada caso, o item é avaliado como presente (pontuação 1) ou ausente (pontuação 0) e, conseqüentemente, o *score* individual pode variar entre 0 e 13. Os autores criaram 7 categorias baseadas na distribuição dos *scores* associados ao cálculo de uma taxa de recidiva durante um período de acompanhamento de quase cinco anos, para uma amostra de 589 infratores - 5% dos infratores com pontuação de 1, 41% com pontuação de 4 e 70% com pontuação entre 7 e 13, reincidiram durante este período.

c) Domestic Violence Risk Assessment Guide (DVRAG): foi desenvolvido a partir do ODARA, através da adição de informação clinicamente relevante que não está rotineiramente disponível para a polícia (Hilton e col., 2008). Tal informação inclui dados de outras avaliações do risco, quer de VRI especificamente, quer de violência em geral: SARA, *Danger Assessment (DA)* e DVSI (Williams & Houghton, 2004), The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 1991) e *Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)* (Harris e col., 1993). A amostra utilizada para determinar a validade preditiva da medida foi obtida a partir de registos policiais e incluiu homens que haviam cometido uma qualquer agressão física ou tinham feito uma ameaça de morte credível empunhando uma arma (independentemente de terem sido posteriormente acusados ou detidos). Usando uma avaliação baseada no PCL-R, verificou-se que as pontuações por este fornecidas melhoravam significativamente a validade preditiva da pontuação base do ODARA. Conseqüentemente, os 14 itens do DVRAG incluem todos os 13 itens do ODARA acrescentando um item resultante da pontuação do PCL-R. No entanto, ao invés da pontuação dicotômica adotada para o ODARA, a pontuação do DVRAG usa o sistema de ponderação *Nuffield*, de acordo com o VRAG.

Mas a inclusão nestas avaliações de dados relativos à vítima nas avaliações de risco e à perigosidade devem ser também regularmente colhidas na avaliação de agressores nas relações de intimidade, tendo em vista obter uma estimativa mais válida do risco (Kropp, 2007). De facto, alguns estudos que têm investigado sobre a capacidade das mulheres vítimas de VRI preverem com precisão a probabilidade da sua própria vitimização futura, em comparação

com a avaliação clínica e a avaliação de risco estruturada, têm sugerido que, na medida em que estas mulheres vivem as suas vidas diárias avaliando o risco “minuto a minuto”, devem ter uma visão única do comportamento do parceiro, o que as torna de certo modo “especialistas” em avaliação do risco dentro do seu próprio contexto interpessoal (Dutton, 1996). De facto, mesmo os relatos inocentes da percepção probabilística de vitimização futura apresentam estimativas de precisão preditiva a par das alcançadas por muitos dos instrumentos de avaliação do risco. A precisão das avaliações das vítimas parece ser sistematicamente influenciada por uma série de fatores, incluindo a experiência passada de “stalking” e a sintomatologia de *Perturbação de Stresse Pós Traumático*, fornecendo uma base para contextualizar e ampliar a competência das avaliações da vítima ao incorporar tais avaliações na avaliação do risco (Bowen, 2011).

Apesar disso, também tem sido argumentado que, devido à contínua exposição ao abuso e trauma psicológico resultante, as vítimas do sexo feminino serão menos propensas a ser capazes de perceber com precisão o seu próprio risco (Campbell, 1995), e que a sua recordação dos episódios particularmente graves pode ser especificamente incapacitante (Browne, 1987). Além disso, os efeitos do abuso psicológico persistente, os insultos e a difamação também podem tornar uma vítima menos confiante quanto à validade das suas percepções e capacidade crítica (Dutton & Dionne, 1991).

Como pode ser constatado, os itens do ODARA e do DVRAG, bem como as instruções para o SARA, integram as percepções e as experiências das vítimas na avaliação do risco de forma mais ou menos explícita. Aliás, evidências de um estudo usando o SARA reforçam esta recomendação; quando a informação prestada pela vítima foi incorporada nas avaliações verificou-se um aumento na percepção do risco em comparação com as avaliações baseadas apenas no agressor e na informação arquivada (Whittemore & Kropp, 2002). Este facto sugere que as vítimas fornecem informações importantes e clinicamente relevantes, no entanto, apenas um instrumento foi concebido baseando-se exclusivamente em tais informações, a *Danger Assessment Scale* (DAS) (Campbell, 1995).

A DAS é um instrumento de avaliação atuarial na medida em que se baseia num conjunto de evidências empíricas retrospectivas relativas a fatores de risco de agressão grave ou de homicídio no contexto das relações de intimidade. Foi criada principalmente para avaliar o risco das vítimas de VRI serem seriamente feridas e/ou assassinadas por um parceiro atual ou anterior e para avaliar o risco das mulheres matarem o seu parceiro abusivo (Campbell e col., 2009). O instrumento, composto por 20 itens, é dividido em 2 seções; a primeira requer que as mulheres completem um

calendário retrospectivo detalhando as suas experiências de VRI durante o ano transato; a segunda, composta pelos 20 itens, avalia a presença de uma variada gama de fatores de risco. Cada item tem pontuação dicotômica (sim/não), e a pontuação é baseada na soma do número total de respostas "sim", considerando-se que o aumento do risco é proporcional ao das respostas positivas.

Baseados num algoritmo de pontuação ponderada concebido a partir de uma análise multivariada de casos de homicídio de mulheres nas relações de intimidade (em contraste com controles de mulheres agredidas nas relações de intimidade) Campbell e colaboradores (2009) identificaram 4 níveis de perigo que integravam as pontuações da DAS. Assim, as pontuações de 0 a 7 foram classificadas como de perigo variável, de 9 a 13 como de perigo acrescido, de 14 a 17 como de perigo grave e pontuação igual ou superior a 18 como de perigo extremo. A fim de determinar a validade preditiva dos 20 itens da DAS, foi efetuado um estudo retrospectivo a partir de tentativas de homicídio de mulheres no contexto das relações de intimidade (n=194), bem como de controlos da comunidade (mulheres agredidas no contexto das relações de intimidade - n=414); quando os níveis de perigo da DAS foram comparados com os homicídios tentados e o grupo de controlo da comunidade a AUC para a curva ROC indicou uma validade preditiva excelente (0.916). Também se verificou que 5 itens da DAS podem ser usados como instrumento de rastreio de violência futura, por exemplo na população de um serviço de urgência. Snider e colaboradores (2009) descobriram que usando itens relacionados com a escalada da violência (e.g., uso de arma, percepção do agressor como capaz de matar, violência durante a gravidez e ciúme violento), garantem um bom grau de precisão na previsão com 3 respostas "sim" (AUC=.79), isto através de um estudo que inclui uma amostra de 400 mulheres acompanhadas durante um período de 9 meses.

A principal dificuldade concetual em torno da validação de cada versão da DAS, tem sido a dependência de uma abordagem retrospectiva, pelo que as vítimas conhecidas de VRI grave ou as que conheciam a vítima o suficiente bem para prestar informações sobre a violência por ela sofrida (no caso de homicídio) identificam a presença de um fator de risco após o resultado (VRI grave ou homicídio). No entanto, é possível, como Campbell e colaboradores (2009) reconhecem, que tal abordagem possa aumentar a probabilidade de um indivíduo identificar a presença de um fator de risco com base numa correlação ilusória, isto é, se não se tivesse conhecido o resultado, o fator de risco não teria sido reportado com tendo existido; tal fenómeno resultaria numa associação inflacionada entre preditor e variáveis critério.

Avaliação clínica estruturada

A “terceira geração”, a avaliação clínica estruturada ou a “tomada de decisão empiricamente validada” (Douglas e col., 1999) facilita a avaliação sistemática de uma série de fatores de risco específicos, através do fornecimento de diretrizes, mas exige que o profissional - que pode ou não ter formação clínica (Kropp, 2004) -, fundamente clinicamente a sua apreciação sobre a natureza do risco criado por um indivíduo (Douglas & Kropp, 2002).

O conjunto de fatores de risco identificados é considerado como o requisito mínimo no qual uma avaliação de risco se deve basear. Por conseguinte, esta abordagem beneficia de uma flexibilidade que não é evidente nas avaliações puramente atuariais, mas tem mais rigidez do que as avaliações clínicas não-estruturadas; muda-se a ênfase de uma predição de risco para uma de gestão de risco (Doyle & Dolan, 2008).

Foram desenvolvidos, pela mesma equipa de investigadores dos instrumentos anteriormente referidos, dois instrumentos sobre o modelo subjacente de risco neste tipo de avaliação, o *Spousal Assault Risk Assessment* (SARA) e o *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk* (B-SAFER):

a) *Spousal Assault Risk Assessment* (SARA): este instrumento fornece aos responsáveis pela avaliação, uma lista de 20 fatores de risco de VRI empiricamente validados, juntamente com as diretrizes para as melhores práticas na recolha das evidências e na avaliação (Kropp e col, 1999). A lógica subjacente ao SARA é de que os profissionais não clínicos sejam capazes de o utilizar de forma a validar as suas opções e a garantir que as tomadas de decisão de gestão de risco sejam defensáveis. Para o efeito, cada item está associado diretamente a uma ou mais estratégias de gestão de risco, dependendo de sua natureza (Dutton & Kropp, 2000). Os três primeiros itens do SARA são relativos aos antecedentes criminais, os itens 4 a 10 correspondem a fatores de risco psicossocial, os itens 11 a 17 pesquisam detalhes específicos da história de VRI relativa ao indivíduo e os três últimos dizem respeito a detalhes do último episódio de agressão. Considera-se que o SARA é composto por duas partes, sendo a primeira constituída pelos itens 1 a 10, relativos aos fatores de risco de recidiva, e a segunda pelos itens 11 a 20, considerados fatores específicos de risco de VRI (Grann & Wedin, 2002). Os itens são pontuados numa escala de 2, 1 e 0, dependendo do grau em que cada item parece estar presente a partir da evidência disponível (0=ausente; 2=presente). O SARA permite a consideração e incorporação de opiniões clínicas e em alguns casos (e.g., de negação/attitudes pro-VRI), podem ser obtidas evidências adicionais através do uso de escalas validadas (eg., *Psychological Maltreatment of Women Scale* [Tolman, 1989]), e que o relato do agressor deve ser validado pelo relato da vítima, sempre que disponível, mediante a consulta das suas declarações ou entrevistando-a expli-

citamente (Kropp e col., 1999). Também podem ser incluídos itens adicionais se forem consideradas relevantes para o caso concreto. Deste modo, o SARA deve ser considerado um ponto de partida para melhores práticas e não um quadro de avaliação prescritiva. Não pode e não deve ser usado como uma medida atuarial, exceto para fins de pesquisa (Kropp e col., 1999). Por outro lado, os clínicos devem considerar categorias de risco baixo, médio ou alto. Embora Kropp e colaboradores refram que o SARA assume uma associação linear entre o número de itens presentes e a categoria do risco (com base em escalas atuariais), também destacam a importância potencial de itens críticos (avaliação clínica). Estes são fatores de risco que, se presentes, podem ser suficientes para, por si só, categorizar o autor como de alto risco de iminente agressão na ausência de outros fatores (e.g., o acesso a uma arma branca/arma de fogo).

b) *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk* (B-SAFER): este instrumento (Kropp & Hart, 2004) foi desenvolvido depois do SARA, devido ao facto deste ser muito exigente em termos do tempo e dos recursos necessários para a sua conclusão, e por não ser adequado à aplicação por polícias que raramente possuem conhecimentos clínicos para realizar muitas das avaliações formais necessárias para completar os itens do SARA com proficiência (e.g., transtorno de personalidade, psicopatia, doença mental, abuso de substâncias) (Kropp e col., 2005). O B-SAFER resulta da análise fatorial dos itens do SARA. É composto por 10 itens que identificam 7 dimensões subjacentes, refletidas em 2 secções: agressões conjugais (itens 1 a 5) e ajuste psicossocial (itens 6 a 10). Essas secções geralmente requerem informações que podem ser facilmente obtidas a partir do agressor e da vítima à data do episódio de agressão em questão ou através de outras fontes de informação disponíveis para os policiais. Embora a escala seja composta por 10 itens, cada um é avaliado em relação ao comportamento passado e presente (últimas quatro semanas) e, conseqüentemente, registam-se 20 avaliações. Embora destinado a reduzir a as exigências em termos de recursos e a especialização dos avaliadores, é interessante notar que as instruções de codificação para o item “distúrbio mental” fazem referência ao uso da CID-10 e DSM-IV, mantendo, assim, ainda a exigência de conhecimentos especializados, embora este item possa ser codificado provisoriamente, sem acesso a tais informações (Kropp & Hart, 2004); mais recentemente, tem sido sugerida a possibilidade de usar evidências a partir de relatórios psiquiátricos (Kropp e col., 2005). Os itens são pontuados como 0, 1 e 2 (0=ausente; 1=parcialmente presente; 2=presente); a pontuação total pode resultar da soma da pontuação das escalas do “presente”, “passado” e “passado + presente” (Au e col., 2008). No entanto, como a atenção recai sobre a prevenção da VRI, a tarefa secundária do avaliador é determinar as estratégias de gestão de risco adequadas com base nos fatores de risco identificados (Kropp e col., 2005).

Fiabilidade e validade dos instrumentos de avaliação do risco de segunda e terceira geração

A fiabilidade de uma medida refere-se à consistência com que um instrumento mede um determinado aspeto durante múltiplas utilizações num dado período de tempo. Geralmente recorre-se á fiabilidade inter-observadores, que é avaliada quando o mesmo instrumento é utilizado por múltiplos avaliadores para um mesmo indivíduo.

A validade refere-se mais especificamente à precisão da medida, ou seja, em que medida é que o que está a ser avaliado é o que se pretende efetivamente avaliar. A validade preditiva é da maior importância quando se examina a precisão de instrumentos projetados para prever a recidiva (Quinsey e col., 2006) e refere-se à medida com que indivíduos que reincidem são identificados como potencialmente reincidentes antes de reincidir; é calculada geralmente com recurso à análise “ROC AUC” em que a especificidade de um instrumento (a medida em que os indivíduos que reincidem são previstos como reincidentes ou verdadeiros positivos) é traçada face à sensibilidade do instrumento (a medida em que aqueles que não reincidem são incorretamente identificados como reincidentes ou falsos positivos). A validade de critério é uma medida *proxy* desta, realizada para determinar a capacidade de um instrumento discriminar entre dois grupos conhecidos ao invés de esperar por um desfecho potencial.

APLICAÇÃO PRÁTICA DA AVALIAÇÃO DO RISCO DE VRI

Em termos práticos a avaliação do risco de VRI parece ser relevante, sobretudo na perspetiva da proteção das vítimas, mas, talvez pela complexidade que encerra, o facto é que desde 2000, quando Dutton e Kropp publicaram a sua revisão sobre dois instrumentos para a avaliação específica deste risco, o progresso nesta área continua ainda muito aquém daquele verificado, por exemplo, para os agressores sexuais e para os infratores violentos em geral, relativamente aos quais Hanson e colaboradores identificaram, em 2007, pelo menos 79 estudos para agressores sexuais e 88 (pós-1980) para a recidiva de violência.

A revisão da literatura demonstra que os instrumentos de avaliação do risco revelam ainda um nível modesto de precisão em termos da sua capacidade de previsão desse risco. Além disso, a evidência sugere que os instrumentos atuariais superam os baseados nas abordagens clínicas estruturadas, e que é particularmente problemática a fiabilidade dos aspetos que tipificam diagnósticos clínicos nos instrumentos resultantes da avaliação clínica estruturada (e.g., a identificação de itens críticos) (Kropp & Hart, 2000).

Portanto, há ainda que evoluir em relação à fiabilidade e validade destes instrumentos, apesar de existirem evidências que questionam a utilidade de

desenvolver instrumentos de avaliação risco específico de VRI. Por exemplo, Hilton e colaboradores (2001) descobriram que o VRAG supera as melhores estimativas da validade preditiva do SARA; numa meta-análise recente envolvendo 33 estudos sobre a precisão da previsão de métodos de avaliação do risco de VRI, Hanson e colaboradores (2007) encontraram evidências de que avaliações de risco estruturadas para a violência em geral superaram marginalmente instrumentos de avaliação de risco específicos de VRI, que as mulheres efetuavam avaliações de risco quase tão bem quanto os instrumentos de avaliação de risco específico de VRI, e que as avaliações clínicas estruturadas e as avaliações das mulheres vítimas não apresentavam diferenças significativas.

Por outro lado, existem uma série de áreas que requerem atenção e investigação adicionais nesta matéria, designadamente no que se refere à validação dos instrumentos existentes para diferentes grupos sócio económicos e culturais, a partir da sua aplicação num maior número de países. Além disso, apesar do reconhecimento recente da violência contra os homens infligida por parceiras íntimas e a violência nas relações entre pessoas do mesmo sexo, existe uma grande carência de literatura sobre os fatores de risco da violência nesses contextos, havendo apenas um estudo sobre uma tentativa de modificar um método de avaliação de risco existente para avaliação do risco de violência nas relações lésbicas (Glass e col., 2008). Esta lacuna é compreensível dado o facto de a maioria dos casos que entram em contato com a justiça criminal serem resultantes de violência exercida contra as mulheres em relações heterossexuais. Acresce que a pesquisa conduzida até agora forneceu informações úteis sobre os fatores que podem influenciar a precisão das previsões das sobreviventes de VRI quanto à sua futura vitimização; mas é necessário aprofundar mais o conhecimento quanto ao processo através do qual as vítimas chegam às suas avaliações e, até que ponto, esses processos diferem em função das características clínicas identificadas como relevantes para a precisão da previsão. Gondolf e Heckert (2003) perguntaram às sobreviventes como chegaram à sua decisão sobre o seu nível de risco, verificando que as percepções das mulheres se basearam na avaliação do comportamento do seu parceiro e na relação atual, ou seja, em alguns dos fatores de risco que são normalmente integrados nos instrumentos de avaliação de risco. No entanto, o facto das previsões das mulheres poderem contribuir significativamente para a precisão da previsão dos instrumentos sugere que devem existir outros fatores contextuais que influenciam as suas avaliações, os quais necessitam de ser estudados com mais profundidade para se determinar se os instrumentos existentes devem ser adaptados tendo em vista aumentar a sua precisão preditiva geral. Talvez ainda mais importante, seria determinar os fatores que prevêm a precisão das mulheres na identificação da cessação do abuso e, em particular, os fatores de proteção potenciais que estão notoriamente ausentes nos instrumentos padrão (Rogers, 2000), admitindo-

-se que a inclusão de fatores de proteção possa contribuir para aumentar a validade preditiva dos instrumentos. São pois necessárias mais pesquisas para determinar como é que as percepções do risco pelas mulheres são formuladas e como é que essas percepções afetam o seu comportamento no que se refere à busca de ajuda e de segurança (Heckert & Gondolf, 2004). Por exemplo, será que em circunstâncias de percepção de alto risco, as vítimas alterarem o seu comportamento para reduzir a probabilidade de vitimização futura? Sob tais circunstâncias, haverá fatores que reduzem a probabilidade das mulheres procurarem segurança?

De qualquer forma, importará ter sempre presente que nenhuma forma de previsão do risco será perfeita; no caso das percepções das mulheres, por exemplo, cerca de um terço delas teve uma estimativa de risco incorreta (Bell e col., 2008; Bennett Cattaneo e col., 2007). Daí ser também necessária mais investigação para identificar os fatores que levam a percepções incorretas do risco e para perceber de que forma os profissionais podem ajudar os sobreviventes a apreciar o nível de risco que enfrentam.

Implicações para a prática em geral

Os dados relativos à fiabilidade e validade dos instrumentos de avaliação do risco são insuficientes para orientar o recurso a um tipo de medida em detrimento de outra. Consequentemente, os profissionais envolvidos na avaliação do risco de VRI devem selecionar a metodologia a aplicar tendo em conta a finalidade, o contexto e as exigências colocadas pela entidade que solicita a avaliação do risco.

No entanto, as avaliações de risco com base em informações de arquivo ou numa bateria de fatores de risco, devem ser usadas com cautela, devido ao baixo grau de precisão da previsão (Heckert & Gondolf, 2004).

Será prudente adotar instrumentos atuariais quando existam dados relevantes e suficientes relativos à sua validade, para garantia das conclusões sobre o potencial de recidiva dos indivíduos a partir de uma amostra normativa adequada. De facto, como acontece com o uso de qualquer instrumento atuarial, fazer avaliações individuais com base nos dados de recidiva de um grupo exige que o indivíduo partilhe muitas características relevantes com o grupo normativo, caso contrário, quaisquer previsões estatísticas tendem a ser de validade limitada (Craig & Beech, 2010).

Por outro lado, está provado que a inclusão das avaliações das vítimas a respeito do próprio risco fornecem um suporte adicional positivo à intervenção adequada. No entanto, não se deve usar simplesmente as informações da vítima para validar o relato do agressor, devendo ser dada especial atenção à

forma como a vítima se sente e em que medida acredita na probabilidade de ser vítima no futuro. Qualquer alegação de um sobrevivente de violência sobre sentimentos de insegurança ou crença de que está em grande risco deve ser levada a sério (Weisz e col., 2000), mesmo que os fatores de risco não indiquem que o risco está presente (Gondolf & Heckert, 2003). É provável que as vítimas sejam sensíveis a um maior número de características idiossincráticas do seu relacionamento e do seu agressor do que as que podem ser identificadas apenas através de avaliações de risco padrão; conseqüentemente, isso explica a razão porque as avaliações feitas pelas vítimas aumentam a precisão da previsão dos instrumentos de avaliação de risco padrão (Bennett Cattaneo e col., 2007).

Em última análise, a fim de garantir as boas práticas e, portanto, a efetiva proteção da vítima e a prevenção da revitimização, e independentemente dos instrumentos que sejam utilizados, torna-se necessário um trabalho articulado das várias entidades e profissionais envolvidos, a partir de protocolos claros sobre a partilha de informação, de forma a que os avaliadores do risco possam considerar todos os dados obtidos, quer através de registos, quer dos alegados agressores e vítimas, quer de outras pessoas que conhecem o caso.

Relativamente à situação portuguesa, segundo informação disponibilizada no *site* da Direção Geral da Administração Interna, está em curso um processo de revisão/atualização da grelha utilizada pelas Forças de Segurança para efeitos de avaliação de risco para vítimas de VD. Esta grelha constitui um anexo do *Auto de Notícia/Denúncia Padrão de Violência Doméstica*, em uso na GNR e na PSP, desde 2006. O *Auto* foi alvo de um trabalho de revisão através do Ministério da Administração Interna, em 2008, e em 2009 foram implementadas as alterações consideradas prioritárias tendo em vista a otimização da qualidade dos dados recolhidos. Atualmente, continua em curso esse processo de revisão incidindo sobre a ficha de avaliação de risco, de modo a dotar as forças de segurança de um instrumento técnico-policial mais eficaz tendo em vista a prevenção da revitimização.

A avaliação médico-legal

O diagnóstico médico-legal de uma situação de VRI é complexo e delicado, pelo que deve ser promovido no mais curto espaço de tempo possível após o episódio de abuso. No entanto, sabemos que a maior parte das vítimas oculta este tipo de violência durante um longo período (geralmente vários anos), e só algumas vezes, e muito tardiamente, procede à sua denúncia. Assim, a suspeita e deteção destes casos pelos profissionais que com estas vítimas trabalham, pode constituir o primeiro e mais relevante passo, tendente a garantir a sua proteção, estabelecido que seja, com segurança, o diagnóstico médico-legal do caso.

A investigação, que conduzirá ao diagnóstico, não deve ser causa de dano ou de *stress* acrescido para a vítima (vitimação secundária), e não o deve considerar de forma isolada, mas sempre enquadrado no seu contexto familiar. E isto é particularmente verdade para a avaliação do risco, relativamente ao qual, em Portugal, não só não estão claramente definidas as competências de quem o avalia, nem as metodologias a usar para o efeito, como também não está garantido que quem faz essa avaliação em primeiro lugar partilhe toda a informação recolhida aos restantes profissionais que vão intervir no processo, de forma a evitar a já referida vitimação secundária.

De qualquer forma, no que respeita à avaliação médico-legal das vítimas de VRI, perante a denúncia de uma agressão neste contexto, é realizada uma avaliação clínica completa, a qual, além de avaliar eventuais lesões e sequelas, deve permitir determinar se a vítima está em perigo imediato e se está em risco de recidiva e de homicídio no contexto da VRI. Para tal, o exame médico-legal inclui uma entrevista que, apesar de não se poder considerar estruturada, tem sempre em conta alguns aspetos visando dar resposta a este objetivo. Desses, os fatores relacionados com o agressor incluem, entre outros (ACPO, 2004; Brookman e col., 2003): (1) agressões anteriores; (2) escalada na frequência ou severidade da violência; (3) tentativa de esganadura; (4) uso recente ou ameaça de uso de armas durante os episódios de VRI; (5) abuso de crianças; (6) manifestações de ciúmes; (7) ameaças de homicídio ou suicídio; (8) perseguição da vítima. Existem, também, alguns fatores associados à vítima, entre os quais importa referir os seguintes (ACPO, 2004; Brookman e col., 2003): (1) separação recente; (2) gravidez; (3) perceção pela vítima de risco de homicídio, (4) vulnerabilidade; (5) isolamento social.

Se a vítima se encontrar em perigo imediato de ser alvo de violência potencialmente letal, o perito médico ou outro membro da equipa forense deve ajudá-la a contactar a polícia ou um serviço de apoio à vítima. No entanto, todas as pessoas que revelam uma situação de VRI atual ou passada devem ser orientadas para serviços de apoio e aconselhamento a vítimas, devendo os seus profissionais estabelecer contato com os serviços prestadores dos apoios necessários a cada vítima no seio da comunidade (Mares, 2009) - é esse, também, um dos objetivos de um protocolo celebrado entre o Departamento de Investigação e Ação Penal do Porto, a Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., a PSP e a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, todos os instrumentos de avaliação do risco de VRI, aqui discutidos, apresentam algum grau de precisão (pelo menos moderado) quanto à sua capacidade de previsão desse risco.

Os dados analisados são mais favoráveis à utilização dos instrumentos atuariais por garantirem resultados mais válidos e fiáveis do que a avaliação clínica estruturada. Mas na prática as diferenças de desempenho dos diferentes instrumentos não parece ser grande, apesar do escasso número de estudos prospetivos de validação em larga escala publicados e do restrito número de países de onde eles foram efetuados.

Acresce que são evidentes as vantagens da integração das perceções fornecidas pelas vítimas no processo de avaliação de risco, embora seja necessária também mais investigação nesta matéria, a fim de se entender quais os fatores que devem ser mais claramente atendidos. O que é evidente, é que as vítimas têm acesso a uma gama de informações relevantes para a avaliação do seu risco pessoal, pelo que os profissionais devem prestar toda a atenção às suas alegações, tendo em vista a redução da recidiva de VRI.

Por tudo isto, será ainda prematuro recomendar um determinado instrumento de avaliação de risco em detrimento dos restantes, sendo que o importante na decisão sobre o instrumento a utilizar é o contexto da avaliação de risco e as exigências colocadas ao avaliador (Bowen, 2011).

De qualquer forma, só uma articulação adequada poderá permitir colaborar, efetivamente, na proteção da vítima (através do diagnóstico da VRI, diagnóstico do risco associado, orientação do caso, prevenção da revitimização e promoção da reabilitação) e na investigação criminal (através da denúncia do caso e preservação de evidências), bem como evitar a vitimação secundária (através de abordagens corretas e sem repetições desnecessárias). Para que esta articulação funcione, importa que cada profissional envolvido conheça o processo de vitimação nas relações de intimidade, as técnicas de abordagem das vítimas, o papel e competências de cada ator neste processo e os recursos disponíveis na sua comunidade para a intervenção nestes casos, designadamente para a avaliação do risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACPO (2004), Guidance on investigating domestic violence. Centrex, London: National Centre for Policing Excellence, 12 e 18.
- Ægisdottir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., e col. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counselling Psychologist*, 34, 341-382.
- Almeida, I. & Soeiro, C. (2010). *Análise Psicológica*, 1 (XXVIII): 179-192.
- Archer, J. (2006). Cross-cultural differences in physical aggression between partners: a social-role analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 133-153.

- Au, A., Cheung, G., Kropp, R., Yuk-Chung, C., Lam, G. L. T., & Sung, P. (2008). A preliminary validation of the Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER) in Hong Kong. *Journal of Family Violence*, 23, 727–735.
- Bell, M. E., Bennett Cattaneo, L., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2008). Assessing the risk of future psychological abuse: Predicting the accuracy of battered women's predictions. *Journal of Family Violence*, 23, 69–80.
- Bennett Cattaneo, L., Bell, M. E., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2007). Intimate partner violence victims' accuracy in assessing their risk of reabuse. *Journal of Family Violence*, 22, 429–440.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *The American Psychologist*, 51, 945–956.
- Borum, R., Otto, R., & Golding, S. (1993). Improving clinical judgment and decision making in forensic evaluation. *Journal of Psychiatry and Law*, 21, 35–76.
- Bowen, E. (2011). An overview of partner violence risk assessment and the potential role of female victim risk appraisals. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 214–226.
- Brookman, F; Maguire M (2003), Reducing homicide: a review of the possibilities. Home Office Online Report. London: Home Office; 01/03.
- Browne, A. (1987). *Battered women who kill*. New York: Free Press.
- Campbell, J. C. (1995). Prediction of homicide of and by battered women. In J. Campbell (Ed.), *Assessing Dangerousness: Violence by Sexual Offenders, Batterers, and Child Abusers* (pp. 96–113). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Campbell, J. C. (2005). Assessing dangerousness in domestic violence cases: History, challenges, and opportunities. *Criminology and Public Policy*, 4(4), 653–672.
- Campbell, J. C., Webster, D. W., & Glass, N. (2009). The Danger Assessment: Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 653–673.
- Coontz, P. D., Lidz, C. W., & Mulvey, E. P. (1994). Gender and the assessment of dangerousness in the psychiatric emergency room. *International Journal of Law and Psychiatry*, 17, 369–376.
- Craig, L. A., & Beech, A. R. (2010). Towards a guide to best practice in conducting actuarial risk assessments with sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 278–293.
- Crowell, N. A., & Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. Washington, DC: National Research Council. Direção Geral da Administração Interna. https://intranet.mai.pt/sites/dgai/VD/Pages/default_VD.aspx
- Direção Geral da Administração Interna (2011). *Violência Doméstica 2010. Ocorrências Participadas às Forças de Segurança*. http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/PCM/Rel_Violencia_Domestica_2010.pdf
- Douglas, K. C., Cox, D. N., & Webster, C. D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 149–184.
- Douglas, K. S., & Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 617–658.
- Doyle, M., & Dolan, M. (2008). Understanding and managing risk. In K. Soothill, P. Rogers, & M. Dolan (Eds.), *Handbook of Forensic Mental Health*. Uffculme, Devon, UK: Willan Publishing.

- Dutton, M. A. (1996). Battered women's strategic response to violence: the role of context. In J. Edleson, & Z. Eisikovitz (Eds.), *Future Interventions with Battered Women and their Families* (pp. 105–124). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dutton, M. A., & Dionne, D. (1991). Counseling and shelter for battered women. In M. Steinman (Ed.), *Woman Battering: Policy Responses* (pp. 113–130). Cincinnati, OH: Anderson.
- Dutton, D. G., & Kropp, P. R. (2000). A review of domestic violence risk instruments. *Trauma, Violence & Abuse*, 1, 171 – 181.
- Elbogen, E. B. (2002). The process of violence risk assessment: A review of descriptive research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 591–604.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts. C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368: 1260-69.
- Glass, N., Perrin, N., Hanson, G., Bloom, T., Gardner, E., & Campbell, J. C. (2008). Risk for reassault in abusive female same-sex relationships. *American Journal of Public Health*, 98, 1021–1027.
- Gondolf, E. W., & Heckert, D. A. (2003). Determinants of women's perceptions of risk in battering relationships. *Violence and Victims*, 18, 371–386.
- Grann, M., & Wedin, I. (2002). Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide offenders. *Psychology, Crime & Law*, 8, 5–23.
- Grove, W. M., & Meehl, P. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: the clinical–statistical controversy. *Psychology, Public Policy & Law*, 2, 293–323.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19–30.
- Grubin, D. (1997). Inferring predictors of risk: sex offenders. *International Review of Psychiatry*, 9, 225–232.
- Hanson, R. K., Helmus, L., & Bourgon, G. (2007). *The validity of risk assessments for intimate partner violence: A meta-analysis*. Ontario, CA: Public Safety Canada.
- Hare, R. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. New York: Multi-Health Systems.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315–335.
- Hart, S. D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 121–137.
- Harvey, A., Garcia-Moreno, C. & Butchart, A. (2007). *Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: Background paper for WHO expert Meeting*. Geneva, World Health Organization.
- Heckert, D. A., & Gondolf, E. W. (2004). Battered women's perceptions of risk versus risk factors and instruments in predicting repeat reassault. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 778–800.
- Heise, L. & Garcia-Moreno, C. (2002). Intimate partner violence. *World Report on Violence & Health*. Geneva, World Health Organization (pp. 87-121).
- Hilton, N. A., Harris, G. T., & Rice, M. E. (2001). Predicting violence by serious wife assaulters. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 408–423.

- Hilton, N. Z., Harris, G. T., & Rice, M. E. (2010). Risk assessment for domestically violent men. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hilton, N. Z., Harris, G. T., Rice, M. E., Houghton, R. E., & Eke, A. W. (2008). An indepth actuarial assessment for wife assault recidivism: The Domestic Violence Risk Appraisal Guide. *Law and Human Behavior*, 32, 150–163.
- Hilton, N. Z., Harris, G. T., Rice, M. E., Lang, C., Cormier, C. A., & Lines, K. J. (2004). A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism: The Ontario Domestic Assault Risk Assessment. *Psychological Assessment*, 16, 267–275.
- Klein, E., Campbell, J, Soler, E., & Ghez, M. (1997). *Ending domestic violence: Changing public perceptions*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kropp, P. R. (2004). Some questions regarding spousal assault risk assessment. *Violence Against Women*, 10, 676–697.
- Kropp, P. R. (2007). Spousal assaulters. In C. D. Webster, & S. J. Hucker (Eds.), *Violence Risk Assessment and Management* (pp. 123–132). Chichester: Wiley.
- Kropp, P. R., & Hart, S. D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 101–118.
- Kropp, P. R., & Hart, S. D. (2004). The development of the Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER): A tool for criminal justice professionals. Ottawa: Department of Justice Canada.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., & Belfrage, H. (2005). Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER): User manual. Vancouver, BC: ProActive Resolutions Inc.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (1999). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide* (3rd ed.). Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Lidz, C., Mulvey, E., & Gardner, W. (1993). The accuracy of predictions of violence to others. *JAMA, the Journal of the American Medical Association*, 269, 1007–1011.
- Mares, S (2009), “Intimate partner violence (IPV)”, *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 17, pp. 2-7.
- McNeil, D. E., & Binder, R. L. (1995). Correlates of accuracy in assessment of psychiatric inpatients risk of violence. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1317–1321.
- McNeil, D. E., Sanburg, D. A., & Binder, R. L. (1998). The relationship between confidence and accuracy in clinical assessment of psychiatric patient's potential for violence. *Law and Human Behavior*, 22, 655–667.
- Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behaviour*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Monahan, J. (1996). Violence prediction: The past twenty and the next twenty years. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 107–120.
- Moore, B. (1996). *Risk assessment: A practitioner's guide to predicting harmful behavior*. London: Whiting & Birch, Ltd.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 783–792.
- Nuffield, J. (1982). *Parole decision making in Canada: Research towards decision guidelines*. Ottawa: Ministry of Supplies and Services Canada.
- Quinsey, V. L. (1995). The prediction and explanation of criminal violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 117–127.

- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (2006). *Violent offending: Appraising and managing risk* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24, 595–605.
- Snider, C., Webster, D., O'Sullivan, C. S., & Campbell, J. C. (2009). Intimate partner violence: Development of a brief risk assessment for the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 16, 1208–1216.
- Straus, M. A., (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services review*, 30, 252–275.
- Tolman, R. M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, 4, 159–177.
- Weisz, A. N., Tolman, R. M., & Saunders, D. G. (2000). Assessing the risk of severe domestic violence: The importance of survivor's predictions. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 75–90.
- Whittemore, K. E., & Kropp, P. R. (2002). Spousal assault risk assessment: A guide for clinicians. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2, 53–64.
- Williams, K. R., & Grant, S. R. (2006). Empirically examining the risk of intimate partner violence: The revised domestic violence screening instrument (DVSI-R). *Public Health Reports*, 121, 400–408.
- Williams, K. R., & Houghton, A. B. (2004). Assessing the risk of domestic violence reoffending: A validation study. *Law and Human Behavior*, 28, 437–455.

Resumo: Violência nas relações de intimidade. Avaliação do risco

Nas últimas duas décadas, verificou-se uma grande mudança na resposta à violência nas relações de intimidade (VRI) em todos os setores da sociedade, incluindo o sistema de justiça criminal, os serviços sociais, os cuidados de saúde e a opinião pública. Importa determinar a gravidade de um caso particular e o risco de escalada da violência não só pela necessidade óbvia de gerir os recursos, mas também para adequar a resposta ao nível de perigosidade, para evitar violar os direitos civis dos criminosos e evitar perturbar desnecessariamente a vida das vítimas e seus filhos. A tentativa de prever quais são agressores mais perigosos e quais as vítimas que estão em maior risco decorre em parte da previsibilidade aparente deste crime. É tipicamente um crime reiterado, com o mesmo perpetrador e a mesma vítima; além disso, há uma crença generalizada de que a violência geralmente aumenta ao longo do relacionamento. Existem evidências de que o risco de violência grave e de homicídio pode aumentar quando a vítima tenta terminar o relacionamento e quando esta se separa do abusador. O facto de quer o autor, quer a vítima, poderem já ser conhecidos pelo sistema e terem sido constatadas características comuns nos casos que terminam em homicídio, torna os serviços responsáveis pela identificação destes casos de alto risco, intervindo vigorosamente para evitar maiores prejuízos para os vários atores envolvidos. Em resposta a esta necessidade, os vários serviços que lidam com os agressores e as vítimas, tais como forças de segurança, serviços de assistência às vítimas e departamentos de liberdade condicional, principalmente nos Estados Unidos e no Canadá, têm adotado uma série de mecanismos para identificar os casos de alto risco. Os meca-

nismos incluem “checklists”, entrevistas clínicas e instrumentos de avaliação formal. Mais comumente, no entanto, os profissionais avaliam o risco “clínicamente”, confiando em crenças ou no seu conhecimento, na experiência e na intuição, ou utilizam uma escala *ad hoc* ou, ainda, os registos de prisão ou o número de chamadas repetidas para o mesmo local. A falta de validação dos métodos mencionados tem desencorajado alguns serviços de adotar um instrumento específico, apesar da necessidade para ter algum método de identificação dos casos com maior probabilidade de ocorrência de homicídio ou de escalada ou recidiva de violência. Assim, nos últimos anos tem-se verificado uma demanda crescente de métodos para a avaliação precisa dos riscos em matéria de violência nas relações de intimidade.

Palavras-chave: Violência doméstica; Violência nas relações de intimidade; Risco; Avaliação.

Summary: Intimate partner violence. Risk assessment

Over the past two decades, there has been a dramatic transformation in the response to intimate partner violence across all sectors of society, including the criminal justice system, social services, health care and public opinion. Determining the seriousness of a particular case and risk of escalation is necessary not only for the obvious reason of allocating resources. It is also important to tailor the response to the level of dangerousness, to make the response appropriate, in order to avoid violating the civil rights of offenders and to avoid unnecessarily disrupting the lives of victims and their children. In part, the attempt to predict which batterers are most dangerous and which victims are most at risk stems from the apparent predictability of this crime. It is typically a repetitive crime, with the same perpetrator and victim. Furthermore, there is a wide spread belief that the violence usually escalates over the course of the relationship. There is evidence that the risk of severe violence and murder may increase when the victim attempts to end the relationship, and if she separates from the abuser. Because the perpetrator and victim may already be known to the system, and observations have been made of common characteristics of the cases that do end in homicide, it seems incumbent on service providers to attempt to identify the high-risk cases and intervene most strenuously in those cases. Responding to this need, programs and agencies dealing with abusers and victims, such as police programs, victim assistance agencies and probation departments (in the United States and Canada, mostly) have adopted a number of mechanisms to identify high-risk cases. The mechanisms include checklists, clinical interviews or practitioners’ intuitions, and formal assessment instruments. Most commonly, however, practitioners assess risk “clinically,” relying on beliefs or knowledge, experience and intuition, or they use an *ad hoc* scale or in the case of law enforcement, arrest records or repeat calls to the same location. None of the instruments in use has been rigorously independently or comparatively validated using a prospective design. The lack of such validation has discouraged some agencies from adopting an instrument, although they are often under pressure to have some method of identifying the cases most likely to escalate to homicide. In recent years there has been an increasing demand for methods for the accurate assessment of the risks of violence in intimate relationships.

Key-words: Domestic violence; Intimate partner violence; Risk; Assessment.

Résumé: Violence dans les relations intimes. Évaluation du risque

Au cours des deux dernières décennies, il ya eu un changement majeur dans la réponse à la violence dans les relations intimes (VRI) dans tous les secteurs de la société, y compris le système de justice pénale, les services sociaux, soins de santé et l'opinion publique. Déterminer la gravité d'un cas particulier et le risque d'escalade de la violence est nécessaire non seulement pour la raison évidente à gérer les ressources, mais aussi pour adapter la réponse au niveau du danger, pour éviter de violer les droits civiques des criminels et pour éviter de perturber, inutilement la vie victimes et leurs enfants. La tentative de prédire quels délinquants sont les plus dangereux et dont les victimes sont à risque accru, découle en partie de la prévisibilité apparente de ce crime. Il est typiquement un crime répétitif, avec le même auteur et la même victime. En outre, il existe une croyance largement répandue que la violence augmente habituellement au cours de la relation. Il a été prouvé que le risque de violence grave et d'homicide peut augmenter lorsque la victime tente de mettre fin à la relation, et si elle est séparée de l'agresseur. Le fait que l'auteur ou la personne peut déjà être connu du système et ont été trouvés des points communs dans les cas qui se terminent par assassiner, il semble en place que les services pour identifier ces cas à haut risque et d'intervenir plus énergiquement pour empêcher d'autres dommages aux différents acteurs. En réponse à ce besoin, les différents services qui s'occupent des délinquants et des victimes, telles que les forces de sécurité, l'assistance aux victimes et aux services de probation principalement aux Etats-Unis et le Canada ont adopté un certain nombre de mécanismes pour identifier les cas à risque élevé. Les mécanismes comprennent «check-lists», les entretiens cliniques et des instruments d'évaluation formelle. Plus communément, cependant, les professionnels d'évaluer le risque "cliniquement", s'appuyant sur des croyances ou à leur connaissance, expérience et l'intuition, ou utiliser une échelle ad hoc ou, en cas de application de la loi, registres de la prison ou le nombre d'appels répétés au même endroit. L'absence de validation des méthodes mentionnées ont découragé certains services à adopter un instrument, malgré la nécessité d'avoir une certaine méthode d'identification des cas avec une probabilité plus élevée de l'homicide. Ces dernières années il ya eu une demande croissante de méthodes pour l'évaluation précise des risques de violence dans les relations intimes.

Mots-clés: Violence domestique; Violence dans les relations intimes; Risque; Évaluation.

Pedido de separatas:

ANA CLARA GRAMS
acgrams@dpinml.mj.pt

Avaliação do dano corporal no Brasil. O caso dos acidentes de viação

Wagner Silva⁽¹⁾, Teresa Magalhães^(2,3,4,5)

INTRODUÇÃO

Os acidentes de viação constituem-se, atualmente, como um grave problema de saúde pública e a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que os seus efeitos irão aumentar se a segurança no trânsito não for adequadamente trabalhada pelos diversos Estados (JORGE & KOIZUMI, 2007).

De facto, nas últimas décadas do século XX, a entrada dos chamados “países em desenvolvimento” no processo de motorização maciça, fez disparar os números de sinistralidade rodoviária. A combinação de um aumento rápido da frota de veículos, os recursos limitados para a segurança, bem como a manutenção das estradas, produziu verdadeiros estragos, sobretudo em regiões como a África, Ásia e América Latina. Efetivamente, a redução das taxas de sinistralidade observadas nos anos oitenta, em alguns países desenvolvidos, foi insignificante face ao aumento desta sinistralidade nos países em desenvolvimento (ESTEVAN, 2001).

O número oficial de mortos em acidentes de trânsito no Brasil é de cerca de 35.000 por ano, porém, são contados apenas aqueles que morrem no local do acidente, sendo que muitos acreditam que esse número possa ultrapassar os 50.000 (ESTATÍSTICAS DE TRÂNSITO, 2010). Estes representarão, portanto, uma constante preocupação da sociedade dado o alarmante número

¹ Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte, MG; Departamento de Perícias Médicas do Hospital da Polícia Civil

² Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

³ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁴ CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal

⁵ Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto

de vítimas que provocam, apesar do permanente esforço na sua prevenção. As campanhas educativas, a fiscalização rigorosa e o aperfeiçoamento dos aspetos da segurança, tanto nos automóveis como nas vias de condução, são capazes de reduzir os riscos de acidentes, mas não os eliminam. A contínua evolução tecnológica permitiu, contudo, uma melhoria nos diversos níveis de atendimento às vítimas de acidente de viação. Assim, por um lado, vislumbra-se a possibilidade de redução de vítimas mortais mas, por outro, surge o problema do aumento nos custos de assistência médica, de reabilitação e de reintegração dessas vítimas na sociedade.

No que se refere ao atendimento médico das vítimas, desde 1995 que os acidentes de viação constituem a principal causa de internamento de pacientes com lesão medular traumática e com traumatismo crânio-encefálico na rede Brasileira “Sarah” de hospitais de reabilitação, especializada no atendimento de doentes portadores de paralisia cerebral, espinha bífida, traumatismo craniano, acidente vascular cerebral, lesão medular, doenças neuromusculares e problemas ortopédicos, entre outras (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2011).

Entre 1998 e 2005, os acidentes de viação com vítimas passaram de 262.374 para 383.371, segundo registros do DENATRAN (*Sistema de Informações do Departamento Nacional de Trânsito*) (DENATRAN, 2011). Os tipos de acidente mais frequentes foram as colisões e atropelamentos, embora as suas proporções variassem bastante em determinadas regiões do país. Quanto ao local de ocorrência, prevaleceram sempre as áreas urbanas, e quanto ao período do dia, mais da metade dos eventos ocorreu durante o dia em todas as regiões do Brasil (JORGE & KOIZUMI, 2007).

No Brasil, o crescente aumento do número de veículos nas últimas décadas, em especial da frota de motocicletas como meio de trabalho (JORGE & KOIZUMI, 2007), por ser mais ágil e de custo reduzido, é referido como fator que contribui para a manutenção das elevadas taxas de acidentes de viação (OLIVEIRA, 2006).

O panorama em 2005, segundo Jorge e Koizumi (2007), reflete uma taxa de 228 veículos/100 mil habitantes, uma taxa de 208,1 acidentes com vítimas/100 mil habitantes, uma taxa de 19,4 óbitos/100 mil habitantes e uma taxa de internamento hospitalar de 64,1 pacientes/mil habitantes. Os registros hospitalares totalizaram cerca de 160.000 internamentos por ano decorrentes de acidentes de viação (JORGE & KOIZUMI, 2007).

Os dados relativos ao atendimento hospitalar pelo *Sistema Único de Saúde* (SUS) indicam cerca de 70% de hospitalizações das vítimas deste tipo de acidente, tendo em 2005 correspondido a 118.122 vítimas. Esses pacientes foram principalmente do sexo masculino (cerca de 75%), com idades entre

os 30 e os 39 anos, predominando, quanto ao tipo de acidente, os pedestres (JORGE & KOIZUMI, 2007).

O número de indivíduos com sequelas por acidente de viação tem aumentado significativamente. Entre as explicações para esse fenómeno regista-se: (a) o maior número de acidente de viação entre jovens que apresentam melhores condições de saúde para sobreviver aos traumatismos graves; (b) a maior velocidade dos veículos; (c) o aumento do número de veículos pesados; (d) os avanços nas técnicas médicas de ressuscitação que permitem que doentes que outrora teriam perecido consigam sobreviver (MARIN & QUEIROZ, 2000).

Assim, os acidentes de viação surgiram como uma epidemia capaz de produzir muitas mortes, ferimentos e sequelas, gerando custos financeiros e sociais enormes (MARIN & QUEIROZ, 2000), revestindo-se, por isso, de carácter médico-legal e forense, dada a importância do estudo das lesões e sequelas, bem como do estabelecimento do nexo de causalidade entre o traumatismo e aquelas, seja para efeito de atribuição de sanção penal, seja para efeito de indemnização pelo dano corporal resultante.

Aspetos legais da avaliação e reparação do dano corporal pós-traumático em caso de acidente de viação

A reparação do dano corporal que possa ter lugar em caso de acidente de viação está disciplinada no Código Civil (CC), nos seus artigos 186º (*Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito*) e 927º (*Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo*)

São pressupostos da responsabilidade civil a existência de uma ação, comissiva ou omissiva, a ilicitude, a culpa, o dano e, ainda, o nexo de causalidade entre o dano e a ação (facto gerador da responsabilidade), pois a responsabilidade civil não poderá existir sem o vínculo entre a ação e o dano (DINIZ, 2002).

A indemnização mede-se pela extensão do dano, segundo o artigo 944º do CC. Nesta perspetiva, todos os parâmetros de dano corporal medicamente avaliáveis devem ser valorados para uma reparação integral desse dano.

No Código do Processo Civil (CPC), o fundamento para a realização das perícias encontra-se explicitado nos artigos 145º (*Quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico, o juiz será assistido por perito, segundo o disposto no artigo 421*) e 421º (*O juiz nomeará o perito, fixando de imediato o prazo para entrega do laudo*).

As perícias médico-legais encontram-se, também, disciplinadas através do disposto nos artigos 158º a 170º do Capítulo II - *Do exame de corpo de delito e das perícias em geral* - do Código do Processo Penal (CPP - Decreto-Lei 3639/1941, de 3 de outubro). No Código Penal (CP), as lesões corporais estão referidas num dos dispositivos dos crimes contra a pessoa. Qualquer alteração física ou psíquica decorrente de ação violenta exercida sobre o ser humano, o Estado pune e o objeto da tutela penal é a integridade biopsíquica. Abrange não só o indivíduo, mas a vida e saúde de toda a comunidade.

O seguro obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores (DPVAT)

O *Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores (DPVAT)* está incluído no rol dos seguros obrigatórios e refere-se ao seguro relativo a danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não. Tem como objetivo indemnizar as vítimas de acidente de viação em caso de invalidez permanente e de despesas médicas e hospitalares, ou os beneficiários das mesmas em caso de morte. A indemnização devida pelo seguro em causa não depende do apuramento de culpa do proprietário ou do condutor do veículo (SANTOS, 2006).

O diploma legal que primeiro introduziu a reparação dos acidentes de viação, independentemente da culpa, foi o Decreto-Lei 73/1966, de 21 de novembro, regulamentado pelo Decreto 61867/1967, de 7 de dezembro. Todos os proprietários de veículos foram obrigados a segurá-los contra os acidentes originados pela sua utilização (RIZZARDO, 1998; MARTINS, 2009).

O seguro obrigatório DPVAT é atualmente disciplinado pela Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, alterada pela Lei 8441/1992, de 14 de Agosto, pela Lei 11482/2007, de 31 de maio e, mais recentemente, pela Lei 11945/2009, de 4 de junho, onde são descritos os critérios de indemnização e as instituições que devem realizar as avaliações dos danos pessoais sofridos (SANTOS, 2006; MARTINS, 2009).

Mas foi com a Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, que se tornou num seguro de danos simplesmente pessoais, descaracterizando aquele seguro de responsabilidade civil; ou seja, passou a ser como um seguro obrigatório de danos pessoais, independente do apuramento de culpa (MARTINS, 2009).

Tratando-se de um seguro que tem por objetivo cobrir os danos pessoais causados pelo veículo, exige-se, naturalmente, a verificação do nexo de causalidade entre o dano e o acidente (SANTOS, 2006; MARTINS, 2009). Por outro lado, não sendo necessário demonstrar a atitude culposa, ou até dolosa, do causador do acidente, bastando simplesmente demonstrar o nexo de causalidade entre o sinistro de viação e dano sofrido, resulta claro que o seguro

visa ressarcir o prejuízo de forma rápida, sem se enveredar em protelatórias discussões jurídicas (MARTINS, 2009). A referência à necessidade de apenas comprovar o acidente e o dano pessoal dele decorrente encontra-se no artigo 5º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, uma vez que a indemnização será efetuada independentemente do apuramento de culpa.

Uma alteração importante no seguro aconteceu com a Lei 11945/2009, de 4 de junho, que introduziu uma nova tabela, mais reduzida que a versão de 1974, estabelecendo uma série de taxas que devem ser observadas para a fixação da indemnização devida em caso de invalidez permanente, além de disposições orientadoras quanto à utilização desta tabela e outras orientações.

Os danos pessoais cobertos pelo seguro compreendem as indemnizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, por pessoa vitimada, conforme disposto no artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de Dezembro. Na hipótese de invalidez permanente, a indemnização depende do grau de invalidez que a vítima apresentar (MARTINS, 2009).

Note-se que as disposições legais do seguro DPVAT referem apenas regras e orientações gerais para indemnizações pelos danos pessoais decorrentes do acidente, não definido as normas periciais quanto à metodologia de avaliação médico-legal destes danos.

Avaliação médico-legal e perícia médica

As perícias para efeito de atribuição de indemnização por acidente de viação podem ser realizadas nos Institutos Médico-Legais (IML) ou nos tribunais; raramente são efetuadas nas companhias de seguros.

Aos IML são remetidos, através do Delegado de Polícia, todos os casos de acidentes viação tendo em vista avaliar o dano para efeitos de indemnização pelo DPVAT. Efetivamente, conforme nova redação dada ao parágrafo 5º, do artigo 5º, da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, estabelece-se que as avaliações periciais das vítimas de acidentes de viação, para fins deste seguro, serão realizadas pelos IML: O Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima deverá fornecer, no prazo de até 90 (noventa) dias, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais.

As perícias daqui resultantes são remetidas à Delegacia de Polícia (que pode usar este relatório também para efeitos penais), com uma cópia para a vítima que a encaminhará para a entidade seguradora.

No entanto, muitos destes casos, para os quais não é possível estabelecer um acordo entre o sinistrado e a seguradora, seguem para os Tribunais Cíveis.

Nestas situações pode ter lugar uma nova perícia, a qual é realizada por um perito privado nomeado pelo Juiz, com base em critérios de confiança. Podem, ainda, as partes, apresentar os seus relatórios periciais, os quais são elaborados por peritos privados contratados para o efeito.

Os IML no Brasil estão subordinados, na maioria dos Estados, às Secretarias de Segurança Pública, encarregadas das ações policiais. Desta maneira, as lesões decorrentes dos acidentes de viação para indemnização pelo DPVAT são sempre analisadas como se fossem dolosas, à semelhança das agressões físicas.

De facto, não existe uma norma específica para avaliação destes danos em sede de Direito Civil, com parâmetros de dano definidos, seguindo-se antes o modelo do Direito Penal, apesar de estes dois ramos do Direito terem objetivos distintos.

Assim, as perícias médico-legais realizadas nos IML obedecem a uma metodologia de exame e elaboração do relatório pericial direcionada para resposta aos quesitos oficiais relacionados com lesões corporais prevista no artigo 129º do CP, não se fazendo referência a quantificações e valorações dos diversos parâmetros de dano corporal que, noutros países, e para estes casos, se enquadram na metodologia de avaliação do dano corporal em Direito Civil (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Deste modo, de acordo com o CP, descreve-se o dano corporal resultante, tendo em conta os seguintes grupos de gravidade do mesmo (FRAGOSO, 1976): (a) Lesões corporais leves ou simples: aquelas que não causam os resultados previstos no artigo 129º do CP, parágrafos 1º, 2º e 3º. O crime exige sempre que a lesão atinja um mínimo indispensável a constituir verdadeiramente um dano à integridade corporal ou à saúde; (b) Lesões corporais graves: previstas no parágrafo 1º do artigo 129º do CP, verificam-se quando da ofensa resultam incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto; (c) Lesões corporais gravíssimas: são as lesões descritas no parágrafo 2º do artigo 129º do CP, podendo verificar-se nos casos de incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente ou aborto.

Quando o primeiro exame de lesões corporais não for conclusivo quanto à qualificação das lesões acima descritas, são realizados “exames complementares de lesão corporal”, conforme determina o artigo 168º do CPP. Portanto, para todos os casos de lesão corporal, cujo primeiro exame tiver sido incompleto, será necessário um “exame complementar de lesão corporal”.

De acordo com o artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, a valoração médico-legal da invalidez permanente dos acidentes de viação deve

seguir o disposto no parágrafo 1º, o qual refere que as lesões diretamente decorrentes do acidente, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei, deixando claro que deve ser comprovado o nexo de causalidade médica entre o dano pessoal e o acidente. Refere-se, ainda, nesse diploma, que as lesões serão caracterizadas como permanentes desde que não sejam suscetíveis de melhoria proporcionada por qualquer medida terapêutica, quer dizer, a partir de sua consolidação médico-legal. No final do parágrafo é feita referência à classificação que deve ser dada à invalidez permanente, aspecto que será objeto de análise mais adiante. Os incisos I, II e III que se seguem ao artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, referem-se aos valores a serem pagos em caso de morte (inciso I), invalidez permanente (inciso II) e reembolso à vítima (inciso III), no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Na sequência do parágrafo 1º do artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, os incisos I e II estabelecem as demais regras a serem observadas na valoração médico-legal da invalidez permanente observada, bem como a sua relação com o valor da indenização a ser estabelecida: (I) *Quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura;* (II) *Quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.*

Neste sentido, serão indenizadas as sequelas de acordo com o grau de afetação permanente da integridade psicofísica observada, subdivididas em total ou parcial, completa ou incompleta. Na tabela constam itens, com valores percentuais, para uma invalidez permanente total ou parcial. Ou seja, a nova configuração de invalidez permanente, na tabela DPVAT, pode ser total ou parcial, sendo esta, ainda, dividida em completa e incompleta. Se a invalidez for incompleta, será efetuado um enquadramento com uma percentagem proporcional, que corresponde a 75% para sequelas com repercussão intensa, 50% quando a repercussão é moderada e 25% para uma repercussão leve. Adotou-se, ainda, uma percentagem de 10% para sequelas residuais. O enquadramento dessas perdas na tabela de danos pessoais indica o grau de invalidez e a percentagem aplicável ao valor de cobertura (MARTINS, 2009).

A utilização da tabela de quantificação dos danos para determinar valores de indenização para invalidez não é algo novo no universo de perícias das seguradoras. Os seguros pessoais já se valem deste recurso, e a *Superintendência de Seguros Privados* (SUSEP) possui uma tabela para cálculo de indenização em caso de invalidez permanente decorrente de acidentes pessoais, conforme Circular SUSEP 29/1991, de 29 de dezembro.

Esta tabela foi utilizada como referência para a valoração médico-legal das sequelas decorrentes de acidentes de viação até muito recentemente, quando uma nova tabela foi incluída no artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, através da Lei 11945/2009, de 4 de junho. Trata-se de uma tabela reduzida, cujo objetivo, ao que parece, foi o de simplificar o enquadramento das lesões para fins de indenização.

No entanto, e apesar do consignado na lei, esta metodologia de avaliação dos danos permanentes, ainda que mais adequada aos propósitos do Direito Civil, não é seguida na grande parte dos IML do Brasil.

Já no que à perícia médica efetuada por médicos privados, para os tribunais, seguradoras e sinistrados diz respeito, esta tabela será também pouca vezes utilizada, não existindo, contudo, entre estes peritos, uma metodologia harmonizada de avaliação do dano corporal pós-traumático para efeito da reparação das vítimas, pelo que o modelo de avaliação pericial fica ao critério de cada um.

Do anteriormente exposto, decorre que o relatório pericial efetuada pela maioria dos IML é naturalmente muito simples, incluindo sobretudo uma nota sobre o histórico e a resposta aos quesitos oficiais.

Também no que às perícias privadas diz respeito, não existe um modelo de relatório pericial a ser seguido pelos profissionais, motivo pelo qual cada perito define o seu modelo, não sendo raro o relatório que se limita a responder aos quesitos apresentados pelo juiz e pelas partes envolvidas.

Existem, no entanto, alguns peritos médicos que começam a utilizar o modelo português, o qual se identifica com o modelo europeu, no âmbito do Direito Civil (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010). Estas perícias têm sido muito bem recebidas pelos tribunais, havendo referência a que essa metodologia proporciona uma melhor descrição e organização dos parâmetros de dano corporal nos relatórios. Também a nível dos peritos que tomam conhecimento do modelo de relatório com a descrição dos diversos parâmetros de dano corporal no capítulo da Discussão e no das Conclusões, existe uma boa aceitação do mesmo e até algum entusiasmo com esta possibilidade, motivo pelo qual vários médicos têm realizado o Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático em Portugal, tendo já tido lugar um destes cursos, realizado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., daquele país, em Belo Horizonte.

Objetivos

Com o aumento do número e da gravidade dos acidentes de viação têm-se ampliado as discussões doutrinárias relacionadas com a avaliação médico-legal no contexto da reparação do dano corporal Direito Civil (OLIVEIRA SÁ, 1992), tendo-se evoluído largamente nesta matéria, nos últimos anos, designadamente na Europa. Neste sentido, vem-se observando, por parte dos peritos médicos, um crescente interesse no estabelecimento de parâmetros técnicos para a qualificação e quantificação do dano corporal. Contudo, como já referido, no Brasil não estão oficialmente definidas normas periciais quanto a esta metodologia de avaliação e as que existem não são cumpridas, o que admite a ocorrência de desigualdades no tratamento de vítimas com danos semelhantes, daí resultando, necessariamente, prejuízos na boa administração da justiça. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar do ponto de vista médico-legal e forense a metodologia de avaliação do dano corporal em vítimas de acidentes de viação no Brasil para, a partir dos resultados obtidos, refletir sobre os procedimentos adotados em termos desta metodologia, tendo como elementos de comparação o modelo seguido em Portugal, largamente validado neste âmbito.

1. MATERIAL E MÉTODOS

Material

Analisaram-se os relatórios relativos às avaliações periciais realizadas em vítimas de acidente de viação encaminhadas para o IML de Belo Horizonte, Minas Gerais, durante o ano de 2010. Foram selecionados os relatórios que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão (n=254): (a) Relatórios elaborados no IML de Belo Horizonte; (b) Durante o ano de 2010; (c) Relativos a acidentes de viação; (d) Independentemente do sexo e idade da vítima; (e) Em que havia consolidação médico-legal das lesões; (f) Encontrando-se concluídos e já remetidos à entidade solicitante.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional, com componente analítico, que consistiu numa análise dos relatórios médico-legais acima referidos, elaborados no âmbito da avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação. Para tal foi utilizada uma ficha de colheita de dados, expressamente

construída para o efeito, a qual reúne dados relativos às vítimas, ao tipo de acidente, às lesões e sequelas sofridas e aos parâmetros de dano corporal avaliados. Esta ficha baseou-se no modelo de avaliação médico-legal do dano corporal em Direito Civil, em vigor no *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

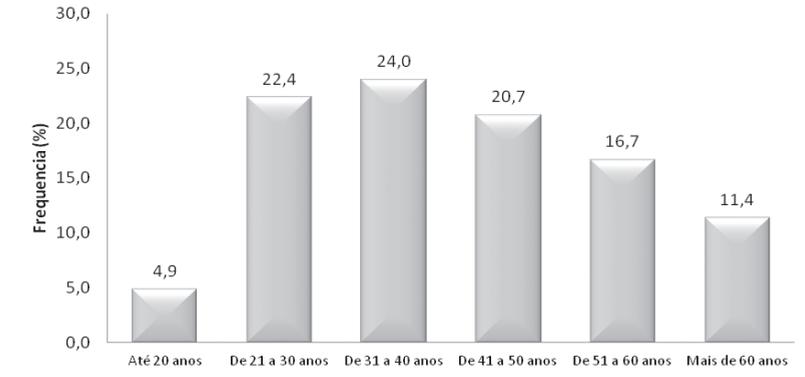
Os dados foram sempre colhidos pelo investigador, para garantir a fiabilidade dessa mesma colheita e foram tratados no programa *Microsoft Excel 2007* e no programa estatístico *IBM.SPSS Statistics* versão 19. Foi efetuada uma estatística descritiva, com recurso a tabelas e gráficos, considerando-se para a elaboração dos mesmos apenas os casos cuja informação alvo de avaliação constava do relatório pericial, pelo que o número dos casos analisados varia muito entre as diversas análises.

2. RESULTADOS

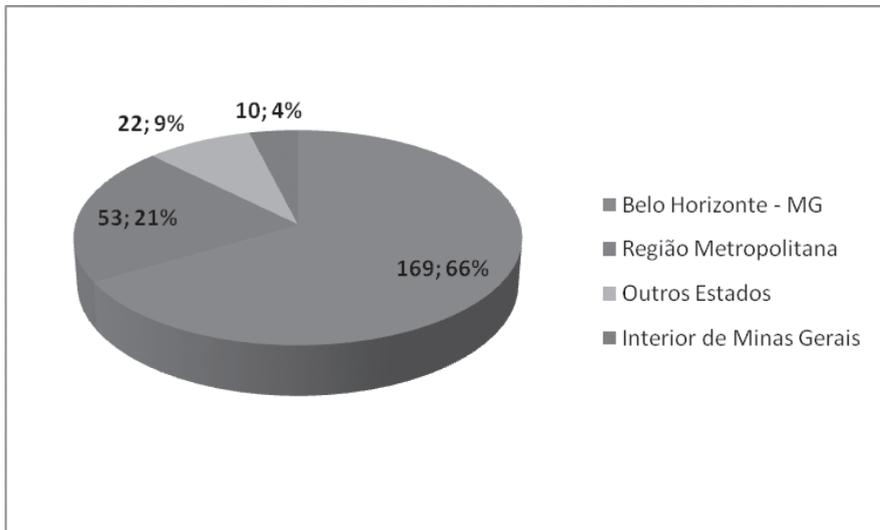
Caracterização das vítimas

As vítimas eram maioritariamente do género masculino (70.3%) e tinham uma idade média de 42 anos (SD=15 anos; Min.=9 anos; Máx.=83 anos). As mulheres apresentaram idade média mais alta que os homens (48 anos contra 39 anos), sendo esta diferença observada estatisticamente significativa ($p < 0.001$ para um valor de referência de $p < 0.05$). O gráfico 1 apresenta a dispersão da idade das vítimas por faixa etária, notando-se que 46.4% estão na faixa etária entre 21 e 40 anos de idade. Note-se que em 8 casos não havia indicação quanto à idade da vítima (3.1%). A distribuição, quanto ao estado civil, revela que a maioria (47.6%) era casada (Tabela 1), sendo que em 8.3% (n=21) dos casos esta informação não constava do relatório médico-legal. Quanto ao local de residência, a maioria das vítimas residia em Belo Horizonte (66%) (Gráfico 2).

Em nenhum relatório pericial é feita qualquer referência aos antecedentes pessoais da vítima, sejam patológicos ou traumáticos.

Gráfico 1 – Distribuição da idade dos entrevistados por faixa etária (n=246)**Tabela 1 - Distribuição das vítimas por estado civil (n=233)**

	n	%
Casado(a)	111	47.6
Solteiro(a)	94	40.3
Divorciado(a)	10	4.3
Viúvo(a)	8	3.4
Separado(a)	7	3.0
União de facto	3	1.3

Gráfico 2 – Distribuição dos Entrevistados por local de residência (n=254)

Caracterização do acidente

A data do acidente não consta nos relatórios em 86.6% dos casos.

Em relação ao tipo de acidente, verificou-se que em 81.9% dos casos a sua caracterização também não consta no relatório (n=208). Nos casos em que existia tal informação (n=46), o atropelamento foi o tipo de acidente mais frequente (80.4%) (Tabela 2). Em nenhum dos relatórios foi feita menção à localização da vítima no veículo ou à utilização de medidas de segurança, como o cinto de segurança, por exemplo.

Tabela 2 – Tipo de acidente (n=46)

	n	%
Atropelamento por viatura	37	80.4
Outro	5	10.9
Colisão entre veículos em andamento	2	4.3
Capotamento	1	2.2
Despiste	1	2.2

Relativamente ao veículo envolvido no acidente, esta informação não constava no relatório em 68.5% dos casos (n=174). Nos casos em que existia tal informação (n=80), em 45% referia-se que a vítima seguia em veículo de 4 rodas e que em 46.2% dos casos era peão, não se indicando, neste caso, o tipo de veículo atropelante (Tabela 3).

Tabela 3 – Veículo envolvido (n=80)

	n	%
Peão	37	46.2
Em veículo motorizado de 2 rodas	36	45.0
Em camião/camioneta	4	5.0
Em veículo motorizado de 4 rodas	2	2.5
Outros	1	1.3

Caracterização das lesões iniciais

Em 52 dos relatórios médico-legais (20.5%), as lesões resultantes do acidente não estavam descritas relativamente à sua localização nos segmentos corporais. Em nenhum caso foi negada a sua existência. Nos casos em que existia esta descrição, e tendo em conta que as regiões atingidas podem ser múltiplas (n=260), os membros inferiores foram a região mais atingida (50.4%), seguida dos membros superiores (23.8%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das lesões por localização no corpo (n=260)

	n	%
Membros inferiores	131	50.4
Membros superiores	62	23.8
Crânio e pescoço	26	10.0
Face	15	5.8
Pelve e períneo	7	2.7
Ráquis e medula	6	2.3
Abdómen	5	2.0
Tórax	5	2.0
Outros	3	1.2

Também não foi registado nos relatórios o tipo de lesão em 31.9% dos casos (n=81). Em nenhum caso foi negada a sua existência. Nos casos em que existia esta descrição, os quais também podem incluir múltiplos tipos de lesões (n=296), verificou-se que as lesões mais frequentes foram as fraturas (49.7%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição do tipo de lesões (n=296)

	n	%
Fraturas	147	49.7
Contusões órgãos internos	23	7.8
Outra	15	5.1
Lacerações tecidos moles	12	4.1
Contusões/escoriações etc. dos tecidos moles	7	2.4
Amputações	6	2.0
Lacerações órgãos internos	5	1.7

Caracterização das sequelas

Em 3.1% do total dos relatórios, as sequelas não se encontravam aí descritas (n=8). Em 12.9% do total dos casos era feita referência expressa à ausência de sequelas. Nos casos em que estas sequelas existiam e a sua descrição estava disponível (n=279), verificou-se que as sequelas a nível do corpo mais frequentes (que podem ser múltiplas) foram nos membros inferiores (48%) e superiores (22.6%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das sequelas no corpo (n=279)

	n	%
Membros Inferiores	134	48.0
Membros Superiores	63	22.6
Sem sequelas	36	12.9
Crânio e Pescoço	21	7.5
Outra	9	3.2
Face	6	2.2
Ráquis e Medula	5	1.8
Pelve e Períneo	3	1.1
Abdômen	2	0.7

Quanto às sequelas funcionais, em 9.1% do total dos relatórios médico-legais, esta informação não constava (n=23), sendo que em 36 casos estas sequelas são expressamente negadas nos relatórios (14.2%). Nos casos em que estas sequelas existiam e a sua referência foi feita no relatório (n=283), a sequele mais frequente foi a nível da marcha e postura (48.8%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das sequelas funcionais (n=247)

	n	%
Marcha e postura	138	55.9
Manipulação e apreensão	60	24.3
Outra	20	8.1
Cognição e afetividade	14	5.7
Controlo dos esfíncteres	9	3.6
Sexualidade e procriação	6	2.4

As sequelas situacionais não constavam em 79.5% do total dos relatórios (n=202), sendo negadas em 35 casos (13.8%). Dos casos em que estas sequelas existiam e a sua referência era feita no relatório (n=26), a mais frequente foi relativa às atividades da vida diária (50%).

Tabela 8 – Distribuição das sequelas situacionais (n=26)

	n	%
Atividades da vida diária	13	50.0
Vida afetiva e social	6	23.1
Vida profissional	6	23.1
Outra	1	3.8

Relativamente a uma eventual alteração significativa da vida anterior, não constavam informações no relatório em 82.3% dos casos (n=209). Nos

casos em que existia referência a este aspeto (n=45) não se terão verificado consequências relevantes em 88.9% (Tabela 9).

Tabela 9 – Situação de vida após o acidente (n=45)

	n	%
Não houve alteração significativa da sua vida anterior	40	88.9
Ficou sem autonomia	3	6.7
Foi reformado(a)	2	4.4

Caracterização dos parâmetros de dano

As referências ao nexo de causalidade, à data de consolidação médico-legal das lesões e aos parâmetros de dano temporários não constavam de nenhum dos relatórios analisados.

Em relação aos parâmetros de dano permanentes, também não constavam do relatório numa elevadíssima percentagem de casos (93.3%, n=237). A menção aos parâmetros de dano corporal era mais frequente relativamente ao Dano Estético, ainda que assim mesmo este tenha sido avaliado em apenas 9 casos; os restantes danos foram, também, residualmente avaliados (Tabela 10).

Tabela 10 – Danos permanentes (n=21)

	n	%
Dano Estético	9	42.9
Incapacidade absoluta geral	4	19.0
Rebate profissional	4	19.0
Dano Sexual	2	9.5
Incapacidade parcial geral	1	4.8
Dano Futuro	1	4.8

No que se refere às dependências, em 84.3% (n=214) dos relatórios não constavam informações sobre este aspeto, sendo estas expressamente negadas em 7 casos (2.6%). Em alguns casos eram descritas dependências múltiplas, revelando-se como mais frequentes as ajudas técnicas (58.7%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Dependências (n=46)

	n	%
Ajudas técnicas	27	58.7
Ajudas medicamentosas	7	15.2
Tratamento médico regular	6	13.0
Terceira pessoa	5	10.9
Outra	1	2.2

3. DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu confirmar a ideia de que a ausência de uma metodologia específica para a realização dos exames e relatórios periciais em caso de acidente de viação e tendo em vista a indemnização do dano corporal, promove a realização de relatórios muito rudimentares, baseados sobretudo no modelo penal, e valorizando, particularmente, a resposta aos quesitos.

Esta atitude não é nova. Em Portugal - país cuja referência seguimos para orientar este estudo - anteriormente a 1990, a maior parte dos exames em Direito Civil, elaborados nos três Institutos de Medicina Legal então existentes, eram muito vagos, seguindo-se por vezes o modelo penal para descrição das lesões e usando-se a *Tabela de Incapacidades para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais* para avaliar a chamada “IPP”; privilegiava-se a resposta aos quesitos.

O ano de 1990 é um ano de referência porque foi nessa ocasião que o Professor Oliveira Sá, então diretor do Instituto de Medicina Legal de Coimbra, deu início ao *1º Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático em Direito Civil*, publicando em 1992 o primeiro livro português neste âmbito (OLIVEIRA SÁ, 1992). Este Curso, iria lançar as bases de toda a mudança que se começou a operar e que foi consolidada pela criação do *Instituto Nacional de Medicina Legal*, em 2000, o qual veio promover a harmonização da atividade pericial.

Mas, apesar de não existirem normas para os exames realizados em sede de Direito Civil no Brasil, existem algumas no que se refere à avaliação do dano corporal para efeitos de indemnização, e a que importa atender: (a) O artigo 944º do CC, refere que a indemnização se mede pela extensão do dano, o que pressupõe a descrição e medida do mesmo, nos seus diversos aspetos; (b) A referência à necessidade de fazer a prova do dano resultante está também plasmada no artigo 5º da Lei 6194/1974, de 19 de Dezembro; (c) O DPVAT (Lei 11945/2009, de 4 de junho) exige a avaliação do nexo de causalidade; (d) No artigo 3º da Lei acima referida indica-se a Tabela de invalidez permanente a ser usada nestes casos.

Estas normas não são, contudo, tidas em conta na maioria dos casos, o que põe em causa o valor da perícia e prejudica, portanto, a atribuição da justa reparação da vítima.

Assim, para analisar a situação brasileira, passível de ser descrita através da análise do que, nesta matéria, é a metodologia seguida no IML de Belo Horizonte, iremos de seguida analisar os resultados deste trabalho considerando os aspetos constantes da ficha de colheita de dados, passo a passo.

Vítimas, acidentes, lesões e sequelas

Os resultados relativos à caracterização das vítimas, acidentes, lesões e sequelas são os expetáveis para a sinistralidade rodoviária e, na generalidade, estão de acordo com o descrito na literatura sobre estes acidentes quando ao género das vítimas (masculino) e sua idade (adultos jovens), bem como ao tipo de lesões e sequelas resultantes, e sua localização (contusão tecidos moles e fraturas, preferencialmente nos membros) (MAGALHÃES T e col, 1998; KHAN ZU e col, 2010). Apenas não se verifica concordância quanto ao mecanismo do acidente que, sendo mais frequentemente a colisão em viaturas, no caso presente foi o atropelamento. No entanto, tal como já referido, no Brasil as taxas de colisões e atropelamentos (os dois tipos de acidente mais frequentes), variam muito (JORGE & KOISUMI, 2007).

Mas não nos iremos deter nesta análise, dado que o objetivo do estudo se prende com a metodologia da perícia, propriamente dita, pelo que voltaremos à análise destes pontos mas, agora, na perspetiva da perícia médico-legal.

A avaliação do dano corporal

O dano corporal pode ser definido como qualquer alteração ou perturbação da integridade física ou psíquica, com carácter económico, moral, familiar, penal, laboral, entre outros (CUETO, 2001). A avaliação médico-legal do dano corporal constitui, na prática, um conceito multidisciplinar, cujo objetivo final é a atribuição de uma indemnização, geralmente económica. Os elementos que integram esta avaliação, no sentido de delimitar suas fronteiras, são (BOROBIA, 2006): (a) A pessoa que sofreu uma alteração mais ou menos brusca na sua integridade psicofísica, existindo um responsável ou uma situação de risco que a determinou; (b) A compensação ou ajuda que esta pessoa poderá ter direito, seja por uma alteração temporária ou permanente na integridade psicofísica; (c) A quantificação prévia da alteração da saúde previamente ao cálculo da indemnização, comparando-se o estado de saúde atual com o que existia antes da modificação; (d) A reparação que se estabelece por meio de normas legais e, por vezes, jurídicas.

Como refere França (2004), autoridade brasileira nesta matéria, no Brasil, o objetivo fundamental do estudo médico-pericial das lesões corporais é a caracterização da sua extensão, gravidade e perenidade, ou seja, sua quantidade e qualidade; são estas que traduzem grande parte do dano corporal, e que o explicam. Assim, a avaliação do dano corporal, que faz recurso a um relatório escrito e o objetivo relativo ao exame pericial efetuado, deve promover a correta descrição e análise do evento e da vivência do dano, dos elementos de dano temporários e permanentes, a ponderação do nexo de

causalidade, bem como da data de cura ou consolidação das lesões, para posterior avaliação dos diversos parâmetros de dano na pessoa, em função do enquadramento legal da perícia (MAGALHÃES e col., 2010).

Descrição do traumatismo e do dano resultante

Relativamente aos relatórios médico-legais analisados, verifica-se que os dados que nos permitem caraterizar todo o evento (desde aspetos da vítima, a aspetos do traumatismo e lesões resultantes), são muito omissos, não permitindo, assim, aquela necessária caraterização.

Aspetos tão simples como a idade e estado civil da vítima, falham em 3.1% e 8.3% dos relatórios, respetivamente, e a descrição dos seus antecedentes pessoais patológicos e traumáticos, nunca é feita. A análise das profissões não foi considerada neste estudo pois, além de omissa, na maior parte dos casos, a designação das mesmas variava tanto que se entendeu não serem esses dados passíveis de análise.

Também no que à caracterização do acidente diz respeito, esta não se concretiza em 81.9% dos casos; poucos são os relatórios que descrevem o veículo envolvido, assim como o tipo de acidente verificado.

Alguns são também omissos quanto à descrição da localização e tipo de lesões (20.5% e 31.9%, respetivamente), bem como à descrição das sequelas, raramente as considerando na sua perspetiva tridimensional: as sequelas corporais, funcionais e situacionais não são referidas em 3.1%, 9.1% e 79.5% dos relatórios, respetivamente.

Ora, como adiante se irá referir, estes aspetos são fundamentais para o estabelecimento do nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano (VIEIRA & CORTE-REAL, 2008).

Constatou-se, ainda, que a maior parte dos relatórios (86.6%) não referem a data do acidente, prejudicando a determinação de uma data de consolidação e, conseqüentemente, a análise dos danos temporários.

Face a estas constatações, importará referir as “Recomendações Gerais para a Realização de Relatórios Periciais de Clínica Forense Relativos ao Dano Pós-Traumático” do *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal (MAGALHÃES e col, 2010), as quais tiveram em conta, para a sua elaboração, a literatura e boas práticas sobre a matéria. Nelas se refere que os peritos, na elaboração de um relatório pericial, devem atender à descrição do evento traumático e de todos os eventos subsequentes com ele relacionados, a partir da informação colhida através da vítima ou de quem a acompanhe, bem como a partir dos registos clínicos relativos ao acidente em causa. Devem, pois, incluir sistematicamente no relatório pericial os seguintes aspetos:

(a) Data, local, mecanismo, tipo e circunstâncias do evento traumático; (b) Lesões resultantes (descrição genérica, de acordo com a informação prestada pela vítima e descrição detalhada de acordo com a informação dos registos clínicos); (c) Estabelecimentos médicos onde foi assistida, complicações surgidas e tratamentos efetuados; (d) Internamento(s) e data(s) de alta(s) hospitalar(es); (e) Consulta(s) em ambulatório e respetiva(s) data(s) de alta(s); (f) Data(s) de retoma(s) da atividade profissional ou outras circunstâncias, como a mudança de atividade, desemprego ou aposentação.

Consta, ainda, das referidas *Recomendações*, que a descrição dos danos deve ser rigorosa, clara, objetiva, pormenorizada, sistematizada e compreensível, nomeadamente para não médicos. Assim, para se garantir uma descrição global e personalizada do dano, pode seguir-se o modelo da avaliação tridimensional que inclui três níveis (MAGALHÃES T, 1998): corpo, funções e situações.

As sequelas no “corpo”, ou seja, os aspetos biológicos com as suas particularidades morfológicas, anatómicas, histológicas, fisiológicas e genéticas (HAMONET & MAGALHÃES, 2000), devem ser descritas de forma orientada e rigorosa, com indicação de todas as características das lesões ou sequelas, incluindo: (a) Tipo (equimose, escoriação, ferida cortante, etc., no caso das lesões; cicatriz, dismorfia, amiotrofia, dismetria, alteração da amplitude ou da estabilidade articular, desvio do eixo ou rotação do membro, perda de segmento ou órgão, alteração na força, sensibilidade, equilíbrio, etc., no caso das sequelas); (b) Localização precisa; (c) Cor (quando for caso disso); (d) Dimensões exatas (medindo dimensões e graus e, no caso do exame ortopédico e neurológico, comparando com o lado contra lateral sempre que possível). Deve ser também feita referência independente a eventuais alterações encontradas que sejam resultantes de um estado anterior (MAGALHÃES e col, 2010). O exame pode descrever-se de acordo com as seguintes regiões anatómicas (MAGALHÃES e col, 2010): crânio; face; pescoço; coluna (medula incluída); tórax; abdómen (conteúdo pélvico e períneo incluídos); membro superior direito; membro superior esquerdo; membro inferior direito (pelve óssea incluída); membro inferior esquerdo (pelve óssea incluída). Sempre que possível as lesões e sequelas corporais devem ser fotografadas, de acordo com as normas da fotografia forense, e com o prévio consentimento da vítima ou seu representante legal, fazendo-se referência às fotografias no relatório pericial.

As sequelas “funcionais” correspondem às capacidades físicas e mentais (atuais ou potenciais) próprias do ser humano, tendo em conta a sua idade e sexo, independentemente do meio onde este se encontre; surgem na sequência das sequelas a nível do corpo e são influenciadas, positiva ou negativamente, por fatores pessoais (como a idade, o estado físico e psíquico anterior, a motivação e o esforço pessoal de adaptação) e do meio (como as barreiras

arquitetónicas, ajudas técnicas ou ajudas humanas). Podem descrever-se relativamente aos seguintes aspetos: (a) postura, deslocamentos e transferências; (b) manipulação e preensão; (c) comunicação; (d) cognição e afetividade; (e) controlo de esfíncteres; (f) sexualidade e procriação. (HAMONET & MAGALHÃES, 2000)

As sequelas “situacionais” correspondem à confrontação (concreta ou não) entre uma pessoa e a realidade de um meio físico, social e cultural; podem ser relativas às atividades da vida diária, familiar, social, de lazer, de educação, de trabalho ou a outras, num quadro de participação social. Surgem em consequência das sequelas a nível do corpo e das funções, variando com os fatores pessoais e do meio. As situações de vida devem ser descritas quanto aos prejuízos mais relevantes, de acordo com os seguintes aspetos: (a) atos da vida corrente; (b) vida afetiva, social e familiar; (c) vida profissional ou de formação. (HAMONET & MAGALHÃES, 2000)

As normas para avaliação de cada um dos níveis referidos podem ser consultadas nas “*Instruções para utilização do Inventário de Avaliação do Dano Corporal*” (MAGALHÃES T, 1998).

Nexo de causalidade

A problemática do nexo de causalidade constitui assunto de particular relevância, sendo um momento decisivo para toda a perícia (VIEIRA & CORTE-REAL, 2008). A causalidade médica é a noção que permite admitir cientificamente a relação existente entre um facto ou evento e um estado patológico, por exemplo, entre um acidente e uma fratura ou entre uma fratura e uma anquilose (FOURNIER & HUGUES-BÉJUI, 2003). Assim, antes de avançar para a valoração da alteração da saúde ou integridade psicofísica consequente a um traumatismo, o nexo de causalidade precisa de ser analisado, podendo a lesão ser, ou não, imputada ao acidente (LUCAS, 2005).

No presente estudo verificou-se que, apesar do constante da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro (DPVAT), relativamente à exigência de verificação do nexo de causalidade entre o evento e o dano para atribuição da indemnização por aquele seguro, em 100% dos casos esta avaliação não está descrita nos relatórios médico-legais.

Para além do mais, falham aspetos nos relatórios, já atrás identificados, fundamentais para que o perito possa equacionar a existência deste nexo e fundamentá-lo, se o mesmo se comprovar: é o caso dos antecedentes pessoais patológicos e/ou traumáticos que possam ser relevantes ou influenciar o resultado final do estado sequelar relativo ao caso em análise (recolhidos com base

na informação da vítima ou seu acompanhante e/ou em registos clínicos); tal será fundamental para a ponderação daquele nexos, nomeadamente por poder dar indicações quanto ao eventual estado anterior da pessoa relativamente ao traumatismo; mas é também o caso do mecanismo do traumatismo e das lesões e sequelas resultantes.

Ora, é fundamental que se explique o raciocínio que sustenta a passagem da causa ao efeito, explicação que deve ter coerência científica (VIEIRA & CORTE-REAL, 2008). Por isso, devem ser sistematicamente discutidas nos relatórios médico-legais as sete condições clássicas para se estabelecer o nexos de causalidade entre o traumatismo e o dano, citadas em todos os textos sobre a matéria, designadamente por Oliveira Sá (1992): (a) Natureza adequada do traumatismo para produzir as lesões evidenciadas; (b) Natureza adequada das lesões a uma etiologia traumática; (c) Adequação entre a sede do traumatismo e a sede da lesão; (d) Encadeamento anatomoclínico; (e) Adequação temporal; (f) Exclusão da preexistência do dano relativamente ao traumatismo; (g) Exclusão de uma causa estranha ao traumatismo.

A “*Natureza adequada do traumatismo para produzir as lesões evidenciadas*” significa que deve existir uma proporção entre a intensidade do traumatismo e a quantidade de dano produzido. O critério de “*Natureza adequada das lesões a uma etiologia traumática*” significa que é preciso que a condição médica em análise seja daquelas para as quais a ciência aceite uma possível origem traumática. A “*Adequação entre a sede do traumatismo e a sede da lesão*” estabelece a necessidade de uma relação entre o local do traumatismo e a sede do dano (CRIADO DEL RÍO, 1999). O critério de “*Encadeamento anatomoclínico*” trata de demonstrar a concatenação lógica e coerente dos fenómenos colocados em marcha pelo traumatismo (CALABUIG, 2001). A “*Adequação temporal*” refere que o intervalo livre entre o traumatismo e o dano deve ser compatível e adequado a uma etiologia traumática (OLIVEIRA SÁ, 1992). O critério de “*Exclusão da preexistência do dano relativamente ao traumatismo*” é necessário para excluir um facto coincidente, ou seja, um dano corporal que já existia e que, sendo revelado após o trauma, não guarda relação com este. Por fim, a “*Exclusão de uma causa estranha ao traumatismo*” é o critério que procura verificar se existe outra causa ou circunstância exclusiva e plenamente capaz de explicar o dano (CRIADO DEL RÍO, 1999).

Estes critérios devem constituir elementos de reflexão, a serem interpretados cuidadosa e ponderadamente em cada situação concreta, de modo a permitir ao perito chegar a uma convicção científica. Havendo, eventualmente, dúvidas quanto à imputabilidade médica, deve o perito explicitá-la através da análise do nexos de causalidade hipotético, indireto ou parcial. (VIEIRA & CORTE-REAL, 2008)

Data de consolidação médico-legal das lesões

A evolução das lesões, resultantes de um traumatismo, corresponde sempre a um estado temporário que evolui até ao estabelecimento das sequelas ou à sua cura (MAGALHÃES, 1998). Assim, verificada a existência de nexo de causalidade entre o evento traumático em causa e o dano resultante, a primeira missão do perito é estabelecer a data de cura ou de consolidação médico-legal das lesões.

Do ponto de vista médico-legal, fala-se em cura sempre que o indivíduo recuperou totalmente das lesões sofridas, voltando a estar exatamente na mesma situação em que se encontrava antes do dano ter sido produzido (VIEIRA, 2000).

Fala-se em consolidação médico-legal quando persistem sequelas, ou seja, um dano corporal de carácter permanente. A vítima pode ter alta médica definitiva ou manter tratamentos, mas apenas para evitar um agravamento, não sendo razoável admitir alterações significativas no quadro clínico apresentado (VIEIRA, 2000).

No caso da cura serão avaliadas apenas as repercussões temporárias do dano, enquanto no caso da consolidação se consideram as consequências temporárias e permanentes. Assim, é fundamental a determinação dessa data, sem a qual não se sabe quando terminam os danos temporários e começam os permanentes. A determinação desta data pode ter em conta vários aspetos, existindo até situações particulares que devem ser consideradas mas em geral corresponde à data de alta da última consulta médica (MAGALHÃES T e col, 2010). No caso de não existir informação, designadamente nos registos clínicos hospitalares, e outros, para esta avaliação, pode recorrer-se à literatura para estimar o tempo que determinado tipo de lesões demandam para a cura (PÉREZ MG-B, 2006; RAMIREZ LB, 1996).

O que se verificou no presente estudo, é que os relatórios médico-legais analisados eram omissos a este aspeto em 100% dos casos.

Parâmetros de dano temporário

Os danos temporários, económicos e não económicos, são suscetíveis de serem indemnizados, pelo que devem ser rigorosa e sistematizadamente descritos nos relatórios periciais. A metodologia de avaliação destes danos, no âmbito do Direito Civil, consta das “Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Civil” do *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010), importando fazer referência a alguns aspetos, ainda que resumidamente.

Quer a vítima exerça ou não uma atividade profissional, existe um momento em que as lesões determinam um comprometimento das suas atividades habituais. Esse período, chamado de *défice funcional temporário*, será total nos períodos de hospitalização ou restrição ao leito no domicílio, presumindo-se um relevante prejuízo na autonomia da vítima. Com o tempo, as lesões que inicialmente determinam um défice total evoluem para um *défice funcional parcial*. Em síntese, o défice temporário funcional pode ser total ou parcial, de acordo com o grau de comprometimento da autonomia da vítima. Tem a sua duração limitada pela data do traumatismo e pela data estimada de cura ou consolidação médico-legal das lesões, conforme restituição anatômica e funcional integral ou evolução para sequelas, respetivamente (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Durante esse período de recuperação da vítima é comum que ocorram impedimentos ou restrições para o seu retorno ao trabalho. Essa *repercussão temporária nas atividades profissionais* será total se a vítima não tiver condições de realizar nenhuma das tarefas fundamentais de sua profissão; será parcial durante o período em que esta estiver incapacitada de retornar ao seu trabalho de forma integral, mas puder retomá-lo parcialmente (VIEIRA, 2008).

Nesse período de danos temporários valora-se, ainda, o *quantum doloris*, que corresponde à dor física resultante dos ferimentos e dos tratamentos, e a dor em sentido psicológico, incluindo a angústia e ansiedade quanto ao acidente e hospitalização, a consciência do risco de vida, o afastamento do meio, bem como das responsabilidades familiares e profissionais (OLIVEIRA SÁ, 1992).

No caso do presente estudo, estes danos eram omissos em 100% dos casos.

Parâmetros de dano permanente

Também os danos permanentes, económicos e não económicos, são suscetíveis de serem indemnizados, pelo que devem ser rigorosa e sistematizadamente descritos nos relatórios periciais. Neste estudo, a referência a qualquer um destes danos era omissa em 93.3% dos casos.

A metodologia de avaliação destes danos, no âmbito do Direito Civil, consta das “Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Civil” do *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010), fazendo-se aqui uma sumária referência a algumas questões.

Uma dessas perspetivas é a apreciação da alteração ou o *défice permanente da integridade física e/ou psíquica* da pessoa com repercussão nas suas atividades da vida diária. É descrito pelo perito e avaliado em pontos ou

percentagens, tendo como referência tabelas funcionais de dano corporal em Direito Civil (VIEIRA, 2008).

No caso português, as normas referem que este constitui um dano que, sendo personalizado, deve ser valorado de igual forma em todos os casos, independentemente da atividade profissional, tendo em conta a globalidade das sequelas do caso concreto (corpo, funções e situações) e tendo como elemento indicativo de referência a *Tabela de Avaliação de Incapacidades em Direito Civil* (Anexo II do Decreto Lei 352/2007, de 23 de outubro). A tabela brasileira não é completamente sobreponível a esta, sendo mais reduzida, mas constitui um instrumento válido que, como todos, poderá ser sempre melhorado, o qual deveria ser usada sistematicamente para a quantificação deste dano (no caso, dito de invalidez).

Deve ser também avaliada a *repercussão das sequelas nas atividades profissionais* da vítima. Esta repercussão corresponde à consequência da alteração permanente da integridade física e/ou psíquica a nível do exercício profissional. Podem ser verificadas as seguintes situações (OLIVEIRA SÁ, 1992; MAGALHÃES & VIEIRA, 2010): (a) Compatibilidade com o exercício de sua atividade profissional; (b) Compatibilidade com o exercício de sua atividade profissional, mas implicando esforços suplementares no exercício da mesma; (c) Impedimento do exercício de sua atividade profissional, havendo, no entanto, compatibilidade com outras profissões na área da sua preparação técnico-profissional; (d) Impedimento do exercício de sua atividade profissional, bem como de qualquer outra na área de sua preparação técnico-profissional.

Outra perspectiva a ser tida em conta na avaliação das sequelas é a questão do *dano estético permanente* imputável ao traumatismo que, no nosso estudo, apesar de só ter sido considerado em 9 casos foi, ainda assim, o mais frequentemente considerado. Correspondente à repercussão de uma sequela estática (e.g., cicatriz, deformidade) ou dinâmica (e.g., claudicação da marcha, alterações na mímica), resultando na deterioração da imagem da vítima em relação a si própria e aos outros. Devem ser levados em conta o grau de notoriedade/visibilidade e o desgosto revelado pela vítima (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

A *repercussão na atividade sexual* da vítima corresponde à impossibilidade total ou parcial que encontra o indivíduo - em consequência das sequelas físicas e/ou psíquicas - para manter o mesmo tipo de atividade sexual que tinha anteriormente à vivência do evento traumático, não se incluindo os aspetos relacionados à capacidade reprodutora (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Outro aspeto a se ter em conta na avaliação das sequelas é a *repercussão nas atividades desportivas e de lazer* da vítima. Avalia-se o prejuízo funcional para a vítima se dedicar a certas atividades culturais, desportivas ou de

lazer que exercia com regularidade e representavam para esta uma ampla gratificação pessoal (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Por fim, o perito deve fazer referência às *dependências* da vítima e suas necessidades futuras, o que se aplica, sobretudo, no caso dos traumatizados graves. No caso em estudo se verificou, ainda assim, em 40 casos (15.7%), o que até se encontra acima da taxa de casos esperada nestas situações (MAGALHÃES, 1998). As dependências podem ser temporárias ou permanentes, sendo valorizadas enquanto tal, mais frequentemente, as permanentes. Podem ser relativas a diversos tipos de necessidades: medicamentosas, tratamentos clínicos, ajudas técnicas, adaptações (domicílio, local de trabalho, viatura), ou ajuda de terceira pessoa (MAGALHÃES & VIEIRA, 2008).

O relatório pericial

A metodologia de elaboração do relatório pericial no Brasil, e para estes casos, seguida nos IML em geral é a do Direito Penal, o que não promove a avaliação dos diversos parâmetros de dano acima elencados, suscetíveis de serem traduzidos numa indemnização fundamentada, sendo, antes, danos que melhor se aplicam à qualificação jurídico-penal de uma conduta.

De acordo com as normas portuguesas (MAGALHÃES e col, 2010), o modelo deve ser praticamente igual para todos os âmbitos do Direito em que o exame tenha lugar (Penal, Civil, Trabalho, Família ou Administrativo), até ao capítulo da Discussão, importando depois ter em conta as especificidades e objetivos de cada Direito nos capítulos da Discussão e Conclusões.

Assim, é fundamental conhecer as regras e objetivos do Direito que regem cada tipo de perícia e estar consciente das implicações que o relatório pericial terá na decisão judicial. O relatório possui, em termos probatórios, valor particularmente relevante. É um testemunho escrito de natureza médica, relativo a uma situação da qual analisa as causas e consequências. A sua leitura deverá permitir reconstituir, sem equívocos, todas as observações feitas pelo perito e todos os elementos que fundamentam as conclusões da perícia que concretizou, de forma a que esta possa ser também eventualmente submetida a um saudável contraditório em sede de julgamento ou vir a ser posteriormente possível em caso de eventual agravamento (MAGALHÃES e col, 2010).

O objetivo do relatório pericial é, pois, promover a correta descrição e análise do evento traumático e da sua vivência, dos elementos de dano temporários (lesões, períodos de incapacidade e eventuais tratamentos e complicações) e permanentes (sequelas corporais, funcionais e situacionais), e a ponderação/avaliação do nexo de causalidade entre o traumatismo e as lesões

ou sequelas, bem como da data de cura/consolidação das lesões, visando a posterior avaliação dos diversos parâmetros de dano na pessoa (classicamente designado por dano corporal) em função do enquadramento legal da perícia (VIEIRA, 2000; VIEIRA, 2008; MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Portanto, o relatório em Direito Civil, deverá conter, além dos elementos descritivos próprios da avaliação pericial do dano corporal, um capítulo com a discussão dos pontos relevantes, que resumidamente se elencam: nexos de causalidade; data de cura ou consolidação das lesões; danos temporários (períodos de *défice funcional temporário total e parcial*; períodos de *repercussão temporária nas atividades profissionais total e parcial e quantum doloris*); danos permanentes (*défice funcional da integridade psicofísica* expresso em pontos ou percentagem, *repercussão das sequelas nas atividades profissionais, dano estético permanente* quantificado numa escala de sete graus de gravidade crescente, *repercussão das sequelas na vida sexual*, quantificada no mesmo tipo de escala, *repercussão das sequelas nas atividades desportivas e de lazer*, usando também a mesma escala, e referência a *dependências* ou *necessidades futuras* da vítima).

Deverá ser considerado um capítulo inicial, de “Informação”, o qual deve compreender dois subcapítulos - “História do Evento” e “Dados Documentais” -, onde o perito descreverá o evento traumático e todos os eventos subsequentes com ele relacionados, com base na informação da vítima ou de quem a acompanhe, incluindo data, local, mecanismo, tipo e circunstâncias do evento traumático, lesões resultantes, estabelecimentos médicos onde foi assistida, complicações surgidas, tratamentos efetuados, internamentos e datas de alta, consultas em ambulatório e alta, retomada da atividade profissional ou outras circunstâncias, como a mudança de atividade, desemprego ou aposentação (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010). Deve constar, ainda, no capítulo da “Informação”, os dados documentais, geralmente registos clínicos, elementos fundamentais para o melhor conhecimento, descrição e comprovação das lesões sofridas, de eventuais complicações e dos tratamentos efetuados (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Posteriormente deve ser elaborado um capítulo relativo aos “Antecedentes pessoais”. Deve-se interrogar a vítima, ou quem a represente, sobre os seus antecedentes médicos e obter informação clínica sobre eles, apenas assinalando e discutindo no relatório os que constituem um estado anterior suscetível de ter incidência sobre as lesões, a sua evolução e as sequelas observadas (HUGUES-BEJUI, 2006). Este capítulo é fundamental no âmbito da ponderação do nexos de causalidade entre o traumatismo e o dano, nomeadamente pela circunstância de poder dar indicações quanto a eventual estado anterior da pessoa relativamente ao traumatismo (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

O capítulo seguinte deverá referir-se ao “Estado atual” da vítima, onde se incluem as “Queixas”, o “Exame objetivo” e os “Exames complementares”. Como o objeto da perícia é a pessoa, englobando os danos por ela sofridos, estes serão considerados em três níveis (corpo, funções e situações de vida), cuja correlação permitirá compreender a relação de causalidade entre os danos no corpo e os danos para a vida concreta do indivíduo em causa (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010). As queixas devem contemplar os danos relativamente às “funções” e “situações de vida”; no caso dos *handicaps* graves a descrição pormenorizada e multidisciplinar destas queixas é fundamental (MAGALHÃES & VIEIRA, 2008). No “Exame objetivo” descreve-se o dano no “corpo”, referindo-se o estado geral da pessoa e depois uma descrição orientada e rigorosa, com indicação de todas as características das lesões ou sequelas (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010); deve-se proceder a um exame clínico detalhado em função das lesões iniciais e das queixas expressas pela vítima, consignando-se todas as constatações no relatório pericial (HUGUES-BEJUI, 2006). Como complemento desta observação pode justificar-se documentar fotograficamente as lesões ou sequelas, incorporada no relatório após prévia autorização escrita da pessoa (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Eventualmente, podem ser necessários exames complementares, como exames imaginológicos, pareceres de especialidades e outros, os quais também devem ser descritos no relatório pericial (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Posteriormente à identificação e descrição dos danos, procede-se à sua interpretação e valoração no capítulo da “Discussão”, tendo como ponto de partida o estudo do nexos de causalidade e o estabelecimento da data de consolidação médico-legal das lesões, conforme acima descrito. Nessa sequência, descrevem-se, quantificam-se e fundamentam-se os parâmetros de dano temporário e os parâmetros de dano permanente.

Finalmente, as “Conclusões” deverão constituir um resumo do que consta no capítulo da “Discussão”.

O relatório deve integrar as respostas aos quesitos, devendo evitar-se, sempre que possível, responder-lhes diretamente, dado que estes constituem um autêntico espartilho para os peritos, tentando, por vezes, condicionar a sua resposta (OLIVEIRA SÁ, 1992), e não permitindo a integração dessas respostas no contexto de todo o quadro clínico.

Reflexão final

O presente estudo não nos aporta quaisquer resultados que não fossem expectáveis, mas constitui a comprovação, analisada à luz de critérios científicos, daquilo que já é um dado adquirido: a falta de normas e a falta

de cumprimento das que existem, no que toca à avaliação médico-legal do dano corporal por acidente de viação no Brasil, tendo em vista contribuir para a determinação da indemnização a atribuir às vítimas, bem como as graves consequências desses factos, traduzidas pela “pobreza” dos relatórios periciais elaborados para esse fim.

Ficam agora a faltar outros estudos, fundamentais para completar o presente e melhor caracterizar esta situação no Brasil, designadamente, estudos sobre a perspetiva dos médicos peritos, dos magistrados e dos seguradores quanto ao sistema atual e quanto a uma eventual abertura a um novo modelo e, ainda, um estudo sobre as indemnizações atribuídas, que permitisse analisar o peso da perícia médico-legal na decisão judicial ou da seguradora.

Parece-nos que os modelos seguidos em Portugal, com as devidas adaptações à realidade brasileira, sobretudo aos aspetos legais, poderiam constituir um importante contributo à promoção da qualidade das perícias efetuadas no Brasil, orientando-as melhor para o objetivo que se propõem servir.

De facto, e como atrás se deixou já exposto, um relatório pericial deve descrever de forma clara, objetiva e pormenorizada o dano corporal, identificando os conceitos e instrumentos usados na avaliação (e.g., significado dos parâmetros de dano, escalas e tabelas a que se recorra) e baseando-se, sempre que possível, na consulta de documentos clínicos (a prova do dano implica o conhecimento do estado anterior e posteriormente ao evento). Deve ter em consideração a informação dada pela vítima ou seu acompanhante e indicar a origem das informações usando tempos verbais adequados ao grau de fiabilidade dessa informação. Deve, ainda, conter a descrição, análise e interpretação do dano corporal sofrido pela pessoa, de modo a permitir a sua compreensão por todas as partes envolvidas. (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010)

Por isso, todos os momentos do exame são importantes, a começar pela correta identificação da vítima, passando pela descrição de certos aspetos com ela relacionados, que serão fundamentais para melhor compreender a repercussão dos danos sofridos, como informações sobre o seu modo de vida, saúde prévia ou as suas condições de atividade profissional; se se tratar de uma criança, de um estudante ou de um aluno em formação profissional, importará precisar o seu nível escolar, a natureza dos seus diplomas ou da formação; e, no caso de alguém à procura de emprego, deve precisar-se a sua formação (HUGUES-BEJUI, 2006).

E naturalmente, pelos motivos atrás expostos, todos os aspetos que caracterizam o dano e a sua vivência são também absolutamente fundamentais, como a descrição pormenorizada do acidente, das lesões sofridas, dos tratamentos que tiveram lugar, dos internamentos, consultas e suas datas de início e término, da forma como a vítima vivenciou todo este processo,

etc. (MAGALHÃES & HAMONET, 2000; MAGALHÃES 2005; MAGALHÃES e col. 2010).

Posteriormente, o relatório pericial deverá compreender sempre dois momentos fundamentais (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010): (a) Identificação e descrição dos danos, temporários e permanentes, com base na entrevista, nos elementos documentais e nos exames efetuados; (b) Interpretação e valoração dos elementos observados e elaboração de conclusões devidamente fundamentadas.

Um exame pericial e seu respectivo relatório elaborados nestes termos, poderão contribuir, desde logo, para uma melhor satisfação e realização profissional do perito médico, para um melhor serviço à Justiça, e para uma melhor e mais justa satisfação da vítima, visando não só promover a sua saúde, reabilitação, reintegração familiar, social e profissional, bem como a sua dignidade e qualidade de vida e, ainda, minorar os danos colaterais que nestes casos afetam sempre as famílias e a comunidade em geral.

Assim, importa analisar melhor esta matéria e sobre ela refletir com ponderação, dada a relevância das questões em causa (a Justiça e a adequada reintegração das vítimas de acidentes), sendo que o modelo português de avaliação do dano corporal pós-traumático em Direito Civil, com as devidas adaptações, se pode perfeitamente adequar à realidade brasileira, o que traria, seguramente, vantagens acrescidas à realização deste tipo de atividade, vantagens essas extensivas ao serviço da Justiça, às vítimas e a todos quantos neste processo se vêm envolvidos.

4. CONCLUSÕES

A partir deste estudo pode concluir-se que os relatórios médico-legais elaborado no IML de Belo Horizonte por motivo de acidente de viação, e tendo como objetivo a reparação do dano corporal, são altamente omissos relativamente a aspetos fundamentais que importa que constem, sistematicamente de um relatório deste tipo. Assim, verificou-se que destes relatórios não consta:

- a) Dados sobre a vítima como idade e estado civil (3.1% e 8.3%, respetivamente);
- b) Antecedentes patológicos e traumáticos da vítima (100%);
- c) Data do acidente (86.6%);
- d) Caracterização do acidente (81.9%);
- e) Referência ao tipo de veículo envolvido (68.5%)

- f) Local e tipo de lesões sofridas (20.5% e 31.9%, respetivamente);
- g) Sequelas corporais, funcionais e situacionais (3.1%, 9.1% e 79.5%, respetivamente);
- h) Nexo causalidade entre o traumatismo e o dano (100%);
- i) Data de consolidação médico-legal das lesões (100%);
- j) Parâmetros de dano temporário (100%);
- k) Parâmetros de dano permanente (93.3%).

Não significam estes resultados que os relatórios analisados constituam um documento vazio, e sem informação mas, antes, que num elevadíssimo número de casos os peritos médico-legais se limitam a dar apenas resposta direta aos quesitos que lhes são colocados. Este facto, que reduz de forma clara o valor e importância do relatório pericial para a adequada determinação da indemnização a atribuir, exige uma profunda reflexão no sentido de se encontrar um caminho para mudar os procedimentos nesta matéria, sendo que, de acordo com o que atrás se expôs, consideramos que o modelo do *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal, largamente validado no âmbito do Direito Civil, pode ser adaptado à realidade brasileira com evidentes vantagens a nível da qualidade pericial e da possibilidade de harmonização das práticas, aspeto fundamental para uma boa administração da Justiça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGHER JA. Vade Mecum acadêmico de direito. Décima Edição. São Paulo: RIDEEL, 2010.
- BOROBIA C. Valoración del daño corporal: legislación, metodología y prueba pericial médica; Barcelona: Masson; 2006.
- CALABUIG JA. Medicina Legal y Toxicología; 5ª ed, Barcelona: Masson; 2001.
- CRIADO DEL RÍO MT. Valoración médico-legal del daño a la persona; Madrid: Colex; 2010.
- CUETO CH. Valoración médica del daño corporal; 2ª ed, Barcelona: Masson; 2001.
- DENATRAN. [Documento online] Disponível em www.denatran.gov.br [acedido em 11 maio 2010].
- DPVAT. Leis e resoluções. [Documento on line] Disponível em dpvatseguro.com.br/conheca/leis_e_resolucoes.asp [acedido em 11 maio 2010] e dpvatseguro.com.br/documentos/Lei%206194_alteracoes_Lei%2011945.pdf [acedido em 26 junho 2010].
- ESTATÍSTICAS DE TRÂNSITO, 2010. [Documento online] Disponível em: wportaldotransito.com.br/estatisticas-de-transito [acedido em 4 janeiro 2011]
- ESTEVAN A. Los accidentes de automóvil: una matanza calculada. [Documento online] 2001. Disponível em iih.com/images/stories/Sociedad/PDF/los%20accidentes%20de%20automovil.pdf [acedido em 19 junho 2011].

- FOURNIER C, HUGUES-BEJUI H. L'imputabilité médicale en droit commun. Un siècle de réflexion sur la relation de cause à effet en dommage corporel. *Revue Française Dommage Corporel* 2003; 29(3): 277-88.
- FRAGOSO HC. Lições de Direito Penal: parte especial. 3ª ed. São Paulo: Bushatsky, 1976.
- FRANÇA GV. Medicina Legal. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- HAMONET C, MAGALHÃES T. Système d'Identification et Mésure des Handicaps, Paris : ESKA, 2000.
- HUGUES-BEJUI H. La mission d'expertise en droit commun. *Revue Française Dommage Corporel* 2006; 2:113-8.
- JORGE MHPM, KOIZUMI MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. São Paulo: Abramet, 2007.
- KHAN ZU, ASIRI KMAL, IQBAL J. Injury patterns from road traffic accidents. *Pak J Med Sci* 2010; 26(2): 394-397.
- LUCAS FM. Avaliação das sequelas em direito civi. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005.
- MAGALHÃES T, CORTE-REAL F, SANTOS JC, VIEIRA DN. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense relativos ao dano pós-traumático. *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 2010; 20: 53-61.
- MAGALHÃES T, VIEIRA DN. A avaliação dos grandes traumatizados e a avaliação de terceira pessoa. In: Vieira DN e Quintero JA eds. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. 2008. pp 59-69.
- MAGALHÃES T, VIEIRA DN. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do direito civil. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 20:70-90, 2010.
- MAGALHÃES T. Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação. Sua aplicação médico-legal. Coimbra: Almedina, 1998.
- MAGALHÃES T: A vítima como objecto da intervenção médico-legal. *Acta Med Port* 2005; 18: 453-8.
- MAGALHÃES T, HAMONET C. O dano pessoal. *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 2000; 9(10):49-69.
- MARIN L, QUEIROZ MS. A atualidade dos acidentes de trânsito. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16:7-21.
- MARTINS RT. Seguro DPVAT. Seguro Obrigatório de Veículos Automotores de Vias Terrestres. Campinas/SP: Servanda, 2009.
- OLIVEIRA NLB. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(3):284-9.
- OLIVEIRA SÁ F. Clínica Médico-Legal da reparação do dano corporal em direito civil; Coimbra: APADAC, 1992.
- PÉREZ MG-B. Nuevo Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal. 14º ed. Granada: Editorial Comares, 2006.
- RAMÍREZ LB. Tiempos de Curación en Traumatología. Madrid: Praxis 2.000, 1996.
- REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. [Documento online]. Disponível em sarah.br/ [acedido em 4 janeiro 2011].

- RIZZARDO A. A reparação nos acidentes de trânsito. 8ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.
- SANTOS RB. Direito de Seguro no novo Código Civil e legislação própria. Rio de Janeiro: Forense, 2006.
- VIEIRA DN, CORTE-REAL F. Nexo de causalidade em Avaliação do Dano Corporal. In: Vieira DN e Quintero JA eds. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008, pp.61-83.
- VIEIRA DN. A “missão” de avaliação do dano corporal em direito civil. Sub Júdice 2000; 17:23-30.
- VIEIRA DN. O Perito e a missão pericial em Direito Civil. In: Vieira DN e Quintero JA eds. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008, pp 35-59.

Resumo: Avaliação do dano corporal no Brasil. O caso dos acidentes de viação

Não existe no Brasil uma norma específica para avaliação do dano corporal pós-traumático em sede de Direito Civil, seguindo-se antes, na maioria dos Institutos de Medicina Legal, o modelo do Direito Penal; mesmo a tabela de invalidez oficialmente prevista e outras orientações legais existentes não são geralmente usadas. Este facto em nada pode beneficiar a qualidade das perícias e é, seguramente, prejudicial para a boa administração de justiça. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar do ponto de vista médico-legal e forense a metodologia de avaliação do dano corporal em vítimas de acidentes de viação no Brasil para, a partir dos resultados obtidos, refletir sobre os procedimentos adotados em termos desta metodologia, tendo como elementos de comparação o modelo em uso no *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal. Foi efetuado um estudo observacional, com componente analítico, que consistiu numa análise de relatórios médicos médico-legais elaborados no IML de Belo Horizonte, relativos a acidentes de viação (n=254). Os relatórios são altamente omissos relativamente a: (a) dados sobre a vítima como idade e estado civil (3.1% e 8.3%, respetivamente); (b) antecedentes patológicos e traumáticos da vítima (100%); (c) data do acidente (86.6%); (d) caracterização do acidente (81.9%); (e) referência ao tipo de veículo envolvido (68.5%); (f) local e tipo de lesões sofridas (20.5% e 31.9%, respetivamente); (g) sequelas corporais, funcionais e situacionais (3.1%, 9.1% e 79.5%, respetivamente); (h) nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano (100%); (i) data de consolidação médico-legal das lesões (100%); (j) parâmetros de dano temporário (100%); (k) parâmetros de dano permanente (93.3%). Significam isto que num elevadíssimo número de casos os peritos se limitam a dar apenas resposta direta aos quesitos. Este facto exige uma profunda reflexão no sentido de se encontrar um caminho para mudar os procedimentos nesta matéria, dada a relevância das questões em causa.

Palavras-chave: Dano corporal; Acidente de viação; Avaliação médico-legal; Perícia médica; Direito Civil; Indemnização.

Summary: Assessment of bodily harm in Brazil. The case of road traffic accidents

In Brazil there is no specific norm for the assessment of bodily harm within the Civil Law. The Criminal Law model is followed in most of the Legal Medicine Institute; even the disability table predicted and other legal directions are not often used. This cannot in any way benefit the quality of evaluations and is certainly harmful to the good administration of Justice. Therefore, the general objective of the present study is to analyze, from the forensic viewpoint, the methodology for the assessment of bodily harm in victims of road traffic accidents in Brazil in order to, from the results obtained, think over the procedures adopted in terms of such methodology, having as element of comparison the model in use at the *National Institute of Legal Medicine* from Portugal. An observational study with an analytical component was carried out, consisting of the analysis of forensic reports elaborated at the IML of Belo Horizonte, referring to road traffic accidents (n=254). The reports fail to include: (a) data about the victim such as age and marital status (3.1% and 8.3%, respectively); (b) the victim's pathological and traumatic history (100%); (c) date of the accident (86.6%); (d) characterization of the accident (81.9%); (e) reference to the kind of vehicle involved (68.5%); (f) place and kind of injuries suffered (20.5% and 31.9%, respectively); (g) physical, functional and situational sequels (3.1%, 9.1% and 79.5%, respectively); (h) causality between the trauma and the bodily harm (100%); (i) date of the medico-legal consolidation of the injuries (100%); (j) parameters of temporary harm (100%); (k) parameters of permanent harm (93.3%). Such results means that in a very high number of cases, the forensic experts merely give direct answers to the questions posted to them. This fact demands deep reflection in the sense of finding a way to change the procedures of this matter given the relevance of the issues involved.

Key-words: Bodily harm; Road traffic accident; Forensic evaluation; Medical expertise; Civil Law; Reparation.

Résumé: Évaluation du dommage corporel au Brésil. Le cas des accidents de route

Au Brésil il n'y a pas une norme spécifique pour l'évaluation des dommages corporelles post-traumatiques en droit commun. Dans la plupart des instituts de médecine légale le modèle du droit pénal est suivi, et même la table officielle d'invalidité et d'autres directives et législation en vigueur ne sont généralement pas utilisées. Cela ne bénéficie pas de la qualité des évaluations et est certainement préjudiciable à une bonne administration de la justice. Ainsi, cette étude vise à analyser du point de vue médico-légal et juridique la méthodologie de l'évaluation des dommages corporelles de victimes d'accidents de la circulation au Brésil et, à partir des résultats, réfléchir sur les procédures adoptées dans ce méthodologie, ayant comme éléments de comparaison le modèle en usage à l'Institut national de médecine légale, IP, Portugal. Une étude observationnelle a été réalisée avec un élément analytique, qui se consistait d'une analyse des rapports médico-légaux de l'IML préparés à Belo Horizonte, relatives aux accidents de routes (n = 254). Les rapports omettent les sujets: (a) des renseignements sur la victime comme l'âge et l'état matrimonial (3,1% et 8,3% respectivement), (b) des antécédents de maladie et de traumatisme de la victime (100%) (c) date de l'accident (86,6%), (d) la carac-

térisation de l'accident (81,9%), (e) de référence au type de véhicule impliqué (68,5%), (f) l'emplacement et le type de blessures (20,5% et 31,9%, respectivement) (g) des séquelles physiques, fonctionnelles et situationnelles (3,1%, 9,1% et 79,5% respectivement), (h) un lien de causalité entre le traumatisme et les dommages (100%) (i) la date de la consolidation médico-légale des lésions (100 %), (j) les paramètres des dommages temporaires (100%) (k) les paramètres de dommages permanents (93,3%). Cela signifie que dans un grand nombre de cas, les experts se limitent à donner seulement la réponses directes à des questions. Cela demande une profonde réflexion afin de trouver un moyen de changer les procédures dans ce sujet, étant donné la pertinence des questions soulevées.

Mots-clés: Dommage corporel; Accident de circulation; Évaluation médico-légale; Expertise médicale; Droit civil; Indemnisation.

Agradecimentos

Ao Dr. João Batista, Diretor de Perícias do Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte e ao Dr. Gustavo Botelho, Superintendente Geral da Polícia Civil de Minas Gerais.

Pedido de separatas:

WAGNER SILVA

wagnersilva@imep.com.br

Avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação e de trabalho em Angola

Guido Sózinho^(1,2), Luís Coelho^(3,4), Teresa Magalhães^(3,4,5,6)

1. INTRODUÇÃO

A sinistralidade rodoviária e laboral

De acordo com a *Organização Mundial de Saúde* (OMS), em 2008 a sinistralidade rodoviária foi considerada como uma das principais causas de morte nos jovens entre os 10 e os 24 anos de idade na população mundial⁽⁴⁾. Diariamente, morrem cerca de 3200 pessoas por acidentes rodoviários, o que perfaz um total de 1.2 milhões de vítimas por ano⁽⁴⁾. Estes números são especialmente graves nos países subdesenvolvidos, os quais apresentam grandes carências, não só ao nível das redes de transporte, como também ao nível de apoio hospitalar e socorro às vítimas.

Estima-se que um país perde anualmente cerca de 1 a 3% do seu produto interno bruto (PIB) com os acidentes rodoviários e suas consequências, quer ao nível da perda de capacidade produtiva, quer ao nível dos danos materiais. Este custo tem particular expressão nos países subdesenvolvidos, uma vez que nesses países esse valor equivale quase ao dobro dos fundos que lhes são atribuídos para o desenvolvimento da sua economia⁽⁴⁾. Perante estes factos, e

¹ Departamento Nacional de Medicina Legal da Direcção Nacional de Investigação Criminal de Angola

² Comando Geral da Polícia Nacional do Ministério do Interior da República de Angola

³ Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

⁴ CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal

⁵ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁶ Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto

apesar do elevado investimento dedicado à prevenção dos acidentes de viação em todo mundo, verifica-se que há ainda um longo caminho a percorrer para a redução do número de vítimas destes acidentes ⁽⁴⁾.

Em Angola, os níveis de sinistralidade rodoviária no período compreendido entre 1 de janeiro a 24 de dezembro de 2009, registaram 12.478 acidentes, de que resultaram em 2.539 mortos e 11.396 feridos ⁽²⁾. Excesso de velocidade, condução sob o efeito de álcool, desconhecimento do Código da Estrada e condução ilegal, figuram como as principais causas da sinistralidade rodoviária em todo o país⁽²⁾.

Este número de acidentes de viação, que se tem revelado crescente, constitui uma das principais causas de politraumatismos, o que justifica a existência de centros de traumatologia com equipas especializadas, conseguindo-se desta forma, em alguns países, diminuir a sua mortalidade. A avaliação inicial e ressuscitação representam um desafio mesmo para profissionais experientes, e o risco de haver lesões não diagnosticadas permanece alto, sobretudo em doentes que frequentemente estão etilizados ou apresentam alterações do estado de consciência por lesões crânio-encefálicas ⁽¹⁶⁾.

Relativamente à sinistralidade no trabalho, segundo a *Organização Internacional do Trabalho* (OIT), todos os anos morrem no mundo mais de 1.1 milhão de pessoas, vítimas de acidentes ou de doenças relacionadas com o trabalho ⁽²⁰⁾.

Em Angola, dados da *Inspeção Geral do Trabalho*, do Ministério da Administração Pública Emprego e Segurança Social, em 2008, referem 285 casos de acidente de trabalho, dos quais 95 com lesões leves e 177 graves, sendo 13 fatais; traduziram-se em 84.642 dias perdidos e em indemnizações na ordem dos 364.406 *kuanzas* (2.250 euros)⁽²⁾. Em 2009, registaram-se 892 casos, sendo que 309 ocorreram no setor de construção civil, 246 no setor da indústria, 145 nos transportes, 70 nas minas e um número mínimo nas restantes profissões; a indemnização foi da ordem de 140.209 *kuanzas* (850 euros)⁽²⁾. Estes números estão muito subvalorizados pois, num país com mais de 14 milhões de habitantes e com um tão grande risco de sinistros, compreende-se que estes serão, necessariamente, muito superiores. O que acontece, é que a maior parte deles não são participados, por se assumir que a responsabilidade é da vítima, a qual não tem, geralmente, seguro para o efeito.

Certo é que a tendência dos acidentes de trabalho em Angola é para aumentar, pelo que é necessário tomar as medidas úteis que sejam adaptadas às condições da organização das empresas ou centros de trabalho, para que este seja realizado em ambiente e condições que permitam o normal desenvolvimento físico, mental e social dos trabalhadores, e que os protejam contra os acidentes de trabalho. A realização sistemática de ações de vigilância, nos ambientes e processos de trabalho, compreende o levantamento e análise de informação, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e

avaliação das situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica. Compreende, ainda, a instituição e a manutenção de cadastro atualizado das empresas classificadas nas atividades económicas, com a indicação dos fatores de risco para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos ⁽¹⁹⁾.

Todas estas formas de sinistralidade constituem também matéria médico-legal, dado que implicam, deste ponto de vista, um prejuízo físico e/ou psíquico, bem como uma responsabilidade que pode ser civil, laboral e/ou penal. Assim, estes acidentes são motivo cada vez mais frequente de perícias médicas do foro penal, civil e/ou laboral. Importa, por isso, estudar esta problemática na perspetiva da avaliação médico-legal do dano corporal pós-traumático, no sentido de melhor compreender e acompanhar a sua evolução, para que os exames possam ser feitos de forma consentânea com a realidade, podendo, de alguma maneira, contribuir também para a prevenção deste tipo de sinistralidade ⁽¹⁰⁾.

O regime jurídico dos acidentes de viação e de trabalho de Angola

Aborda-se, seguidamente, de forma muito sumária, a questão do regime jurídico dos acidentes de viação e de trabalho em Angola, de modo a servir de pano de fundo para a compreensão sobre a metodologia de avaliação médico-legal dos danos corporais resultantes destes acidentes, a qual se investiga neste trabalho.

O regime jurídico dos acidentes de viação é regulado pelo Decreto-Lei 5/2008, de 15 de agosto, do Conselho de Ministros, no qual também se enquadra o Código da Estrada. A aprovação do referido Código, ferramenta essencial de uma política de segurança rodoviária, visa fundamentalmente a atualização das regras jurídicas aplicáveis ao trânsito nas vias públicas, bem como a respetiva adequação e harmonização com as melhores normas internacionais, em particular o protocolo da *Comunidade de Desenvolvimento da África Austral* (SADC).

As alterações introduzidas situam-se num contexto de preocupação quanto à necessária redução da sinistralidade e, simultaneamente, de maior proteção jurídica dos utentes das vias públicas, tendo por objetivo a adaptação global do sistema vigente às necessidades atuais, numa procura de equilíbrio entre as crescentes exigências colocadas pelo aumento contínuo do trânsito e a necessidade de salvaguarda da segurança de pessoas e bens.

Um das causas de aumento de sinistralidade rodoviária em Angola é a condução de veículos sob a influência de álcool ou de substâncias legalmente consideradas como estupefacientes. Neste sentido, o regime jurídico, através do Código da Estrada, estipula artigo 80º da secção XII, que é *proibido conduzir sob influência de álcool ou de substâncias legalmente consideradas como*

entorpecentes. Considera-se sob influência de álcool o condutor que apresenta uma taxa de álcool no sangue (TAS), superior a 0,6 g/L ou que, após exame realizado nos termos previstos no naquele Código e legislação complementar, seja como tal considerado em relatório médico.

Também é apontado como umas das causas da sinistralidade rodoviária, a condução de veículos de duas ou quatro rodas sem habilitação para tal. No artigo 119º daquele Código, diz-se o seguinte: *Só pode conduzir um veículo a motor na via pública quem estiver legalmente habilitado para o efeito. A condução de veículos a motor também é permitida a instruídos e examinados que obrigatoriamente devem estar inscritos numa escola de condução, nos termos da legislação aplicável.*

Outra causa de sinistralidade, para além da condição das estradas, é a condição do veículo. Nesse sentido, o Estado proibiu a entrada no país de veículos com mais de 5 anos após a sua fabricação.

Por outro lado, o comportamento dos automobilistas justifica muitas vezes o aumento da mortalidade dos sinistrados, dado que após o acidente abandonam as vítimas no local, seja por medo de serem vítimas de agressão, como é habitual em Luanda, seja por falta de conhecimento do Código da Estrada ou, ainda, por falta de valores como humanidade e solidariedade. Assim, no Decreto-Lei 5/2008, considera-se que o condutor que seja interveniente num acidente deve fornecer aos restantes intervenientes a sua identificação, a do proprietário do veículo e da seguradora, bem como o número da apólice, exibindo, quando solicitado, os documentos comprovativos. Se do acidente resultarem mortos ou feridos, e de acordo com o mesmo diploma, o condutor deve aguardar no local a chegada de agente de autoridade, devendo ainda providenciar do modo mais diligente possível o socorro das vítimas.

Existe um seguro automóvel, obrigatório desde 2010, tendo como objetivo a transferência dos riscos ligados ao automóvel, para a seguradora. Este seguro deverá cobrir danos próprios (danos sofridos pelo veículo), danos nos ocupantes e condutor (risco de morte, invalidez permanente, invalidez parcial e despesas de tratamento das pessoas seguradas, quando resultantes do acidente). No entanto, dado o valor do seguro, e provavelmente o facto da sua obrigatoriedade ser ainda recente, a maior parte das pessoas ainda não o tem; nestes casos, os processos têm em geral resolução judicial e o responsável, na falta de seguro, é condenado à indemnização do lesado através dos seus próprios meios ou, nessa impossibilidade, pode ter de cumprir uma pena, que pode ser de prisão – o Estado, nestas situações, apenas assegura o tratamento dos lesados, não conferindo qualquer indemnização.

Existem várias empresas seguradoras, nomeadamente a *Empresa Nacional de Seguros de Angola*, a *Angola Agora e Amanhã*, a *Nossa Seguros*, a *Global Seguros*, a *Mundial Seguros*, a *Angola Seguros* e a *Garantia Seguros*, onde

também se procede á avaliação de muitos dos casos em que resulta dano corporal.

No caso da *Empresa Nacional de Seguros de Angola* (ENSA), por exemplo, a primeira e maior seguradora de Angola, esta garante as seguintes indemnizações e coberturas: (a) Indemnização em caso de invalidez permanente parcial/absoluta; (b) Indemnização em caso de incapacidade temporária parcial/absoluta; (c) Cobertura dos custos de tratamento e hospitalização; (d) Indemnização em caso de morte; (e) Cobertura dos custos de transporte e alojamento. A ENSA garante, ainda, a reparação de danos em consequências do acidente sofrido como: (a) Danos ou prejuízos causados a terceiros, no caso da responsabilidade civil; (b) Danos próprios sofridos pelo veículo segurado; (c) Danos dos ocupantes.

O regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais é regulado pelo Decreto-Lei 53/2005, de 15 de agosto. Nele é garantido o direito à reparação de danos resultantes de acidentes de trabalho e de doenças profissionais aos trabalhadores por conta de outrem e seus profissionais, protegidos pelo sistema de proteção social obrigatório. Têm ainda direito àquela reparação: (a) os trabalhadores angolanos que se encontram temporariamente no estrangeiro ao serviço do Estado, de empresas angolanas ou instituições, salvo se a legislação do país em que se encontram, lhes garantir o mesmo ou melhor direito, nos termos de convenções estabelecidas; (b) os trabalhadores estrangeiros que exerçam atividades na República de Angola, sem prejuízo de regimes especiais previstos na lei e em convenções internacionais aplicáveis; (c) os trabalhadores por conta própria, que são protegidos nos termos definidos em regulamento próprio. Assim sendo, no artigo 3º do seu capítulo II, sobre os acidentes de trabalho, refere-se o seguinte naquele Decreto-Lei: *Entende-se por acidente de trabalho o acontecimento súbito que ocorre no exercício da actividade laboral ao serviço da empresa ou instituição que provoque ao trabalhador lesão ou danos corporais, de que resulte incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente para o trabalho, ou ainda a morte. São ainda considerados acidentes de trabalho os que ocorrem nas circunstâncias seguintes: (a) Durante o trajecto normal ou habitual de ida ou regresso do local de trabalho, qualquer que seja o meio de transporte utilizado no percurso; (b) Durante os intervalos para descanso, ocorridos no local de trabalho; (c) Em actos de defesa da vida humana e da propriedade social nas instalações da empresa ou instituição; (d) Durante a realização de actividades sociais, culturais e desportivas organizadas pela empresa. Considera-se trajecto normal o percurso que o trabalhador tenha de utilizar necessariamente entre a sua residência e o local de trabalho e vice-versa, dentro dos horários declarados.*

Sobre a segurança dos trabalhadores o referido regime jurídico refere a obrigatoriedade dos seguros e dos encargos (artigo 7º do Capítulo IV): São

obrigatoriamente segurados contra os riscos resultantes de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, caracterizados no presente diploma, todos os trabalhadores, aprendizes e estagiários, após a efectivação do respectivo contrato de trabalho a celebrar entre a entidade empregadora e uma empresa seguradora angolana; Os trabalhadores serão submetidos a exames médicos em função do local onde é exercida a sua actividade, cujo resultado deve ser comunicado à seguradora, no prazo de 15 dias, sob pena de ser considerado causa de exclusão para efeitos de regularização de eventuais sinistros, sem que tal facto imponha prejuízo à protecção do trabalhador no tocante ao que trata o presente diploma.

Sobre as prestações em espécie, no artigo 24º do Decreto-Lei 53/5, de 15 de agosto, refere-se que os sinistrados têm direito ao seguinte: (a) *A assistência médica e cirúrgica, geral ou especializada, incluindo todos os elementos de diagnóstico e de tratamento que foram necessários, bem como as visitas ao domicílio;* (b) *A assistência medicamentosa e farmacêutica;* (c) *Os cuidados de enfermagem, quer no hospital ou noutra instituição médica;* (d) *A hospitalização e os tratamentos termais;* (e) *O fornecimento de próteses e ortótese, bem como a sua renovação e reparação;* (f) *Os serviços de reparação e reabilitação profissional e funcional.*

Existe um *Instituto Nacional de Segurança Social*, pertencente ao Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social, Este Instituto tem como missão a protecção social obrigatória de todos os trabalhadores, apoiando-os no caso de desemprego ou invalidez. No caso de Estado, os trabalhadores ficam aí automaticamente inscritos a partir do momento em que assinam o contrato de trabalho. No caso dos trabalhadores privados, esta inscrição é obrigatória, acontecendo, contudo, que os trabalhadores muitas vezes não são escritos pela entidade patronal.

A avaliação do dano corporal em Angola

Num primeiro momento, as vítimas de acidentes de trabalho e de viação podem ser avaliadas pelo *Departamento de Medicina Legal da Direção Nacional de Investigação Criminal da Polícia Nacional*, no que se refere aos danos suscetíveis de serem considerados no âmbito do Direito Penal, pois estes casos envolvem, frequentemente, um crime ou um litígio entre as pessoas implicadas.

Na sequência de um sinistro que ocorra com a pessoa segurada, esta é encaminhada para clínica da rede a fim de receber assistência médica. Após a conclusão do tratamento, e em função da gravidade da lesão e das sequelas do acidente, é enviado o relatório médico e o título da alta para a seguradora responsável. Face ao relatório médico, a seguradora reencaminha o sinistrado

para a *Comissão Nacional de Avaliação das Incapacidades Laborais*, tutelado pelo Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho, Emprego e Segurança Social, onde o mesmo é avaliado, fixando-se o grau de incapacidade ou invalidez. Esta é a entidade oficial que recebe os relatórios de vários sinistrados vindos das seguradoras, hospitais ou tribunais, entre outros, a fim de se atribuir um grau de incapacidade permanente. Os sinistrados avaliados por esta Comissão são enviados novamente às respetivas entidades solicitadoras, acompanhados do relatório de incapacidades. A partir daqui, é calculada a pensão a que a pessoa possa ter direito, baseando-se em fórmulas matemáticas associadas a determinados fatores, como o salário declarado, o grau de invalidez ou outros procedimentos.

A avaliação do dano corporal apoia-se no regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais regulado pelo Decreto-Lei 53/2005, de 15 de agosto, do Conselho de Ministros.

De acordo com artigo 21º daquele diploma (*Comissão Nacional de Avaliação das Incapacidades Laborais*), considera-se o seguinte.

1. *A determinação das incapacidades é efectuada por uma comissão, cujo composição, competência e o modo de funcionamento são fixados em diploma próprio, denominada Comissão de Avaliação das Incapacidades Laborais.*

2. *A comissão referida no número anterior, salvo disposição contrária, tem a seguinte constituição:*
 - a) *Um representante do Ministério da Saúde, que presidirá;*
 - b) *Um representante do Ministério de tutela da protecção social obrigatória;*
 - c) *Um representante da empresa seguradora, nos casos de avaliação dos respectivos sinistrados;*
 - d) *Um representante das associações sindicais;*
 - e) *Um representante das associações patronais;*
 - f) *Um representante da Ordem dos Médicos, quando convidado.*

No ponto 3 do artigo 20º do capítulo VII, refere-se que a *Comissão Nacional de Avaliação das Incapacidades Laborais* é obrigada ao preenchimento de um boletim, onde conste a natureza e o grau de incapacidade, em quatro vias, sendo o original para seguradora, uma via para o sinistrado, uma terceira via para os órgãos competentes do Ministério da tutela – *Instituto Nacional de Segurança Social*. No entanto, verifica-se que a articulação com esta Comissão, preconizada pela lei, não funciona num grande número de casos,

sendo frequentemente, para efeitos de indemnização, os danos avaliados pelas empresas seguradoras, sobretudo no caso das pequenas incapacidades. Estas são mais de sete, atualmente em Angola, nomeadamente a *Empresa Nacional de Seguros de Angola*, a *Angola Agora e Amanhã*, a *Nossa Seguros*, a *Global Seguros*, a *Mundial Seguros*, a *Angola Seguros* e a *Garantia Seguros*. As seguradoras recorrem a peritos médicos privados, das diversas especialidades, não sendo frequente as vítimas recorrerem a peritos privados por elas contratados.

Nos casos em que não existe acordo entre a vítima e a seguradora, a vítima pode recorrer ao Provedor da Justiça ou ao Tribunal (muitas vezes, passando primeiro pela *Direção Nacional de Investigação Criminal*). Nesta sequência, é geralmente solicitada nova avaliação do dano corporal, a qual poderá ser feita pelos peritos médico-legais daquela *Direção Nacional*, pela *Comissão Nacional de Avaliação das Incapacidades Laborais* ou por médicos de diferentes especialidades, nomeados pelo Juiz.

Nesta sequência, acabam por existir múltiplas entidades que realizam este tipo de práticas, não havendo normas procedimentais quanto à avaliação do dano corporal pós-traumático, muito menos harmonizadas entre elas.

Ainda assim, e tendo em conta a determinação de um valor indemnizatório, o Estado angolano aprovou a *Tabela de Índices Médicos de Incapacidade*, através do Decreto 86/1981, de 16 de outubro, do Conselho de Ministros. Esta Tabela foi elaborada, por imperativo constitucional, para avaliar os sinistrados de guerra que viram diminuída a sua capacidade por motivo da sua participação na luta de libertação nacional e defesa da pátria. Está, assim, em vigor há mais de 30 anos, servindo de apoio às empresas seguradoras e a outras entidades que realizam avaliação do dano corporal pós-traumático.

No seu artigo 3º, a Tabela refere o seguinte: as incapacidades previstas são expressas por um índice, único ou graduado, entre o mínimo e um máximo conforme o tipo de lesão. No ponto 1 do seu artigo 4º diz-se que em caso de lesões múltiplas, a Tabela apenas será aplicada às que tenham sido contraídos nas circunstâncias no nº 1 do artigo 1º do referido diploma. No ponto 2 do artigo 4º, refere-se que no caso do número anterior o índice global de incapacidade será determinado pela soma dos índices que correspondem a cada uma das lesões. Para este efeito, fixar-se-á primeiro o índice correspondente à lesão principal, ao qual serão adicionados os índices correspondentes às restantes lesões por ordem decrescente, até ao valor máximo de 100%.

A avaliação das incapacidades resultantes é expressa em coeficientes determinados em função da natureza e da gravidade da lesão, do estado geral da vítima, da idade, da profissão, da maior ou menor readaptação efetiva para a mesma profissão, bem como das demais circunstâncias que possam concorrer para a capacidade de trabalho e de ganho.

As incapacidades para o trabalho, segundo o resultado do acidente ou doença profissional, classificam-se, de acordo com artigo 17º do Capítulo VI do Decreto-Lei 53/2005, de 15 de agosto, em: (a) *Incapacidade permanente total para toda e qualquer actividade*; (b) *Incapacidade permanente total para o trabalho habitual*; (c) *Incapacidade permanente parcial*; (d) *Incapacidade temporária*.

O grau de incapacidade define-se da seguinte forma (artigo 18º do Capítulo VI):

a) *Incapacidade permanente total para toda e qualquer actividade: aquela em que o trabalhador perde completa e definitivamente a capacidade para exercer qualquer actividade laboral;*

b) *Incapacidade permanente total para o trabalho habitual: aquela em que o trabalhador perde completa e definitivamente a capacidade para o exercício da sua profissão, podendo vir a desenvolver outra actividade após um processo de recuperação, reabilitação e readaptação profissional;*

c) *Incapacidade permanente parcial: aquela em que o trabalhador sofre uma redução permanente na capacidade para o exercício da sua profissão, embora continue a poder exercê-la, noutro posto de trabalho;*

d) *Incapacidade temporária: aquela em que o trabalhador fica impossibilitado de exercer a sua actividade profissional, ou qualquer outra por um período de tempo determinado. A incapacidade temporária pode ser convertida em incapacidade permanente, de acordo com o artigo 19º, o qual refere que verificando-se a incapacidade temporária, por um período superior a dois anos equivalente a 730 dias, considera-se incapacidade permanente.*

Objetivos

Este trabalho pretende constituir-se como uma reflexão sobre a avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação e de trabalho em Angola, reflexão esta que poderá servir para apoiar o desenvolvimento desta matéria naquele país. O assunto é complexo e o caminho é longo, atendendo à falta de normas regulamentares quanto a estes procedimentos nos diversos âmbitos do Direito, às grandes discrepâncias metodológicas existente em Angola no que à avaliação de vítimas deste tipo de traumatismos diz respeito, bem como à falta de informação, por parte dessas mesmas vítimas, quanto aos seus direitos em termos de avaliação e indemnização dos danos sofridos. De facto, sentimos que a complexidade do assunto é de tal dimensão que esta

análise, por si só, não será de todo bastante para resolver os diversos níveis de dificuldade que nesta matéria se colocam.

Assim mesmo, o objetivo geral do presente estudo é analisar e interpretar, do ponto de vista médico-legal e forense, e face às disposições orientadoras da avaliação do dano corporal em vítimas de acidentes de viação e de trabalho em Angola, a situação atual dessas avaliações periciais, tendo em vista promover o estabelecimento de uma metodologia de avaliação que, adequando-se ao sistema legal vigente, permita servir de instrumento para melhor harmonizar a avaliação e reparação do dano corporal naquele país. Para o efeito ter-se-á como modelo o regime de avaliação destes danos seguido em Portugal pelo *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.* (INML). Os objetivos específicos visam a caracterização dos seguintes aspetos: (a) Vítimas de acidentes de viação e de trabalho; (b) Acidentes; (c) Lesões e sequelas resultantes; (d) Parâmetros de dano corporal avaliados e valorados tendo em vista a sua reparação.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Material

A amostra do presente estudo foi constituída pelos relatórios médicos elaborados na *Empresa Nacional de Seguros de Angola* (ENSA), para fins de indemnização por dano corporal pós-traumático, para o que foi solicitada a devida autorização. Os critérios de inclusão foram os seguintes: (a) Relatórios médicos; (b) Elaborados nos Serviços de Saúde da ENSA; (3) Entre janeiro e dezembro de 2010; (4) Relativos a vítimas de acidente de trabalho ou de acidente de viação; (5) Independentemente do sexo ou da idade; (6) Nos quais teve lugar a valoração do dano corporal devido ao acidente; (7) Estando a situação consolidada do ponto de vista médico-legal e/ou o relatório concluído. A partir da totalidade dos relatórios médicos efetuados naquele período (n=600), foram seleccionados os que verificavam a totalidade dos critérios de inclusão, designadamente incluindo a valoração do dano corporal (n=301).

Métodos

Foi realizado um estudo observacional, com componente analítico, que consistiu numa análise dos relatórios médicos acima referidos, elaborados no âmbito da avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação e de trabalho, relativamente aos quais seriam atribuídas as respetivas indemnizações.

Para tal foi utilizada uma ficha de colheita de dados, expressamente construída para o efeito, a qual reúne dados relativos às vítimas, ao tipo de acidente, às lesões e sequelas sofridas, aos parâmetros de dano corporal avaliados e aos critérios que presidiram à valoração desses danos: (a) Caracterização demográfica das vítimas; (b) Caracterização dos acidentes; (c) Caracterização das lesões e sequelas; (d) Caracterização dos parâmetros de dano atribuídos. Para efeito da descrição das lesões considerou-se apenas a mais grave em cada caso. Os parâmetros de dano considerados na ficha de colheita de dados foram os preconizados pelo INML de Portugal, realidade com a qual se pretende comparar os resultados deste estudo^(11;18). Todos esses dados foram colhidos pelo autor, tendo em vista garantir o cumprimento dos critérios de avaliação e, portanto, a fiabilidade da sua colheita. Os dados foram tratados no programa *Microsoft Excel 2007* e no programa estatístico *IBM.SPSS Statistics* versão 19. Foi efectuada uma estatística descritiva, com recurso a tabelas e gráficos.

3. RESULTADOS

Caracterização demográfica das vítimas

A população estudada foi constituída, na sua maioria, por indivíduos do sexo masculino (n=239; 79%).

A distribuição das idades por faixas etárias foi a constante na tabela 1, correspondendo o pico mais elevado às idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos (67%). A média da idade foi de 30 anos (mín.=7; max.=70; SD=0.80). A população de indivíduos solteiros foi largamente a mais representativa (n=281; 93.4%).

Tabela 1 – Distribuição das vítimas por idade (n=301)

Idade	n	%
≤10	8	2.7
11 a 20	26	8.7
21 a 30	112	37.0
31 a 40	90	30.0
41 a 50	41	13.3
51 a 60	18	6.0
61 a 70	6	2.0
> 70	0	0.0

Apenas em 49 casos consta no relatório pericial o nível de escolaridade das vítimas, pelo que esta avaliação fica muito prejudicada. De qualquer forma, nestes, o nível médio foi o mais representativo (n=18; 36.7%).

Relativamente aos antecedentes patológicos, apenas num caso constava do relatório pericial os antecedentes psiquiátricos, não havendo qualquer outra referência a este aspeto nos restantes relatórios.

Os trabalhadores dos serviços de proteção, segurança pessoal, doméstico e similares, foram os que mais acidentes tiveram (n=98; 32.6%), seguidos pelos trabalhadores da indústria (n=60; 20%), mas o tipo de atividade desenvolvida não consta em 15% dos relatórios (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das vítimas de acordo a atividade desenvolvida (n=301)

Atividade desenvolvida	n	%
Profissões científicas, técnicas, artísticas e similares	1	0.3
Diretores e quadros superiores	9	3.0
Pessoal administrativo e similares	17	5.7
Trabalhadores das indústrias	60	20.0
Serviços de proteção, segurança pessoal, doméstico e similares	98	32.6
Agricultores	3	1.0
Pessoal de comércio e vendedores	24	7.6
Pessoal de empresas de transporte e similares	21	7.0
Estudante	22	7.1
Outra condição	2	0.7
Não consta do relatório	44	15.0

Caracterização do acidente

A maior parte dos casos foram relativos a acidentes de trabalho (n=197; 65.4%), sendo os restantes devido a acidentes de viação (n=104; 34.6%).

Quanto ao mecanismo do traumatismo, nos acidentes de trabalho predominou o atingimento por um objeto (n=107), seguido de queda no local de trabalho (n=61), o que corresponde a 54.3% e 31% dos acidentes de trabalho, respetivamente (Tabela 3). Já nos acidentes de viação o mecanismo mais frequente foi a colisão entre veículos em andamento (n=47), correspondendo a 45.2% do total daqueles acidentes (Tabela 3).

Nada consta nos relatórios sobre mais pormenores relativos ao traumatismo, designadamente sobre o uso de medidas de segurança ou, no caso dos acidentes de viação, sobre a localização da pessoa no veículo.

Tabela 3 – Distribuição das vítimas de acordo com o tipo de acidente no global dos casos (n=301)

Tipo de acidente	n	%
Colisão de veículos com objeto fixo	32	10.7
Colisão entre veículos em andamento	47	15.7
Capotamento	7	2.3
Atropelamento por viatura	38	12.7
Queda no local de trabalho	61	20.3
Queimadura	8	2.7
Atingimento por objeto	107	35.7
Outro	1	0.3

Caracterização das lesões e sequelas

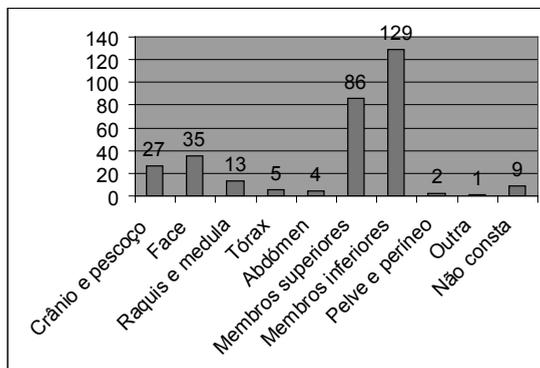
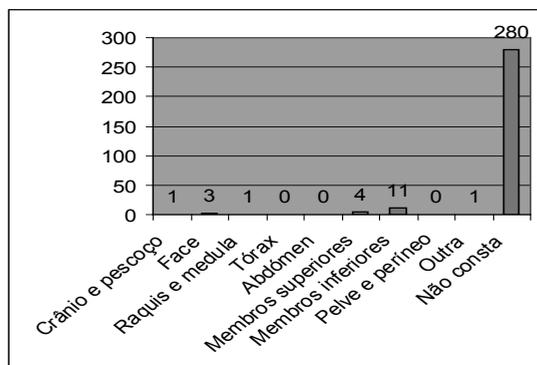
As lesões mais frequentes foram as contusões e escoriações (n=224; 74.7%), seguidas das fracturas (n=36; 12%). Note-se, contudo, que em 3% dos casos não foi feita referência no relatório ao tipo de lesões resultantes (Tabela 4).

Atendendo à localização das lesões, os membros inferiores foram os mais atingidos (n=129; 42.9%), seguidos pelos membros superiores (n=86; 28.6%) (Gráfico 1). Considerou-se, apenas, a região apresentando a lesão mais grave mas, em 10 casos, havia atingimento de múltiplas regiões (3.3%). Note-se que em 3% dos casos não foi feita menção no relatório à região corporal atingida.

Em 280 relatórios (93%) não constava qualquer referência às sequelas corporais resultantes (Gráfico 2). Nos restantes casos (n=21), verificou-se, maioritariamente, sequelas dos membros inferiores (n=11) e superiores (n=4).

Tabela 4 – Distribuição das vítimas de acordo com o tipo de lesão mais grave (n=301)

Tipo de lesão	n	%
Fraturas	36	12.0
Contusões/escoriações de tecidos moles	224	74.7
Contusões órgãos internos	7	2.3
Lacerações tecidos moles	2	0.7
Lacerações órgãos internos	1	0.3
Amputações	12	4.0
Queimaduras	8	2.7
Outra	2	0.7
Nada consta	9	3.0

Gráfico 1 – Distribuição das vítimas de acordo com o segmento do corpo atingido (n=301)**Gráfico 2 – Distribuição das vítimas de acordo com as sequelas no corpo (n=301)**

Relativamente às sequelas funcionais, apenas em 2 relatórios foi feita referência a dificuldades no deslocamento, nada constando nos restantes. Também no que às sequelas situacionais diz respeito, a estas só foi feita referência num relatório, sendo descrita afetação da vida profissional.

Caracterização dos parâmetros de dano atribuídos

Em relação ao nexa de causalidade, não é o mesmo discutido em nenhum dos relatórios. Quanto à data de consolidação das lesões, verificou-se que esta não constava em 66% dos relatórios (n=198).

Relativamente aos danos temporários, e independentemente de se tratar de acidente de viação ou de trabalho, em 53.5% dos casos (n=161) nada constava dos relatórios. Nos restantes 45.5% (n=139) constava a atribuição da *Incapa-*

cidade Temporária Geral, sendo a média de dias atribuída de 25.8 dias. Apenas num caso foi atribuída *Incapacidade Temporária Profissional Parcial* (0.3%).

No âmbito dos danos permanentes, nada constava do relatório em 99% dos casos (n=300). Apenas num caso foi atribuída *Incapacidade Permanente Parcial*; nenhum outro tipo de dano era referido nos relatórios, com exceção da referência a dependências de ajudas medicamentosas por parte da vítima em 9 casos (3%).

4. DISCUSSÃO

As perícias para avaliação do dano corporal têm como objetivo final orientar a reparação integral dos danos na pessoa, quer eles sejam de natureza económica ou não económica, de forma justa e adequada às reais necessidades das vítimas⁽²⁷⁾. Por outro lado, o objetivo principal da reparação será ajudar a vítima, de uma forma não estandardizada mas adaptada às particularidades do seu estado, de modo a repor a sua situação de vida tal como era antes do evento. Desta forma, o dano indemnizável deverá residir muito menos nas sequelas anátomo-fisiológicas do que nas múltiplas consequências no plano da vida quotidiana, da vida afetiva, familiar e da vida profissional ou de formação⁽¹⁵⁾.

Estes dois objetivos específicos devem ser orientadores do caminho a percorrer no que se refere à avaliação e reparação do dano corporal em Angola. O estudo levado a cabo permite-nos perceber que ainda se está longe de conseguir concretizar plenamente esses objetivos, mas se os peritos compreenderem que através da sua intervenção podem ajudar as vítimas a recuperar a sua situação de vida tal como ela era antes ou, pelo menos, o mais próximo disso possível, isso poderá constituir motivação bastante para se começar a operar a mudança. Para tal será logicamente necessária disciplina profissional que passará pela formação especializada nesta matéria, designadamente através da lecionação do curso de “Avaliação do Dano Corporal Pós-traumático”, atualmente disponibilizado em Portugal pelo INML em conjunto com as Faculdades de Medicina das Universidades do Porto e de Coimbra. Com esse curso os peritos médicos obtêm uma ferramenta fundamental na avaliação dos sinistrados garantindo-se, desta forma, uma harmonização na utilização dos conceitos, critérios e práticas de avaliação do dano.

De seguida analisaremos os resultados obtidos neste estudo e apresentaremos, em contraponto, as metodologias que consideramos serem as mais adequadas a ultrapassar as limitações que neste âmbito da prática pericial foram detetadas. Essas metodologias estão amplamente experimentadas em Portugal e estão de acordo com as normas europeias nesta matéria.

Vítimas, acidentes, lesões e sequelas

Os resultados, no que se refere à caracterização dos casos em análise, estão, nas suas linhas gerais, de acordo com a literatura internacional quanto às características das vítimas (indivíduos maioritariamente do sexo masculino, jovens e profissionalmente pouco diferenciados), dos mecanismos dos traumatismos para os acidentes de viação e de trabalho (colisões e attingimento por objetos ou quedas, respetivamente), bem como ao tipo de lesões e sequelas resultantes e sua localização (contusão tecidos moles e fraturas, preferencialmente nos membros) ^(5;7;8;9;10).

Não nos detivemos numa análise mais detalhada destes aspetos, designadamente estabelecendo correlações entre os dois tipos de acidentes em causa (de viação e de trabalho), dado não ser este o objetivo *major* do nosso estudo, tratando-se aliás, de uma matéria já amplamente descrita na literatura.

Importa contudo assinalar que, estando em causa a elaboração de relatórios para avaliação do dano corporal pós-traumático, visando a posterior atribuição de uma indemnização, a questão da descrição detalhada das lesões e sequelas resultantes constitui um aspeto fundamental para perceber a globalidade do dano e, a partir daí, se determinarem os diversos parâmetros de dano suscetíveis de serem objeto de indemnização. No caso presente, apenas numa situação estavam descritos os antecedentes patológicos (aspeto de particular interesse para a definição do nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano observado) e em 3% dos casos não estavam descritas nem as lesões resultantes, nem a região corporal atingida; quanto às sequelas, estas apenas eram referidas em 7% dos relatórios no que respeitava às consequências orgânicas, só se referindo a sua repercussão funcional em 2 casos e a repercussão situacional num caso. De uma forma genérica, só em 6% dos casos era feita referência às consequências do dano para a vida da vítima.

Ora, é sabido que a deficiente realização de um exame médico-legal e/ou a elaboração pouco cuidada e rigorosa do respetivo relatório pericial pode colocar em causa o valor médico-legal da perícia ⁽¹¹⁾. Por isso, e de acordo com as *Recomendações Gerais para a Realização de Relatórios Periciais de Clínica Forense Relativos ao Dano Pós-Traumático* do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., de Portugal ⁽¹³⁾, devem os peritos, na elaboração de um relatório pericial neste âmbito, atender a que a descrição do evento traumático e de todos os eventos subsequentes com ele relacionados, com base na informação da vítima ou de quem a acompanhe, bem como a partir dos registos clínicos relativos ao acidente em causa, é fundamental e deve incluir sistematicamente: (a) Data, local, mecanismo, tipo e circunstâncias do evento traumático; (b) Lesões resultantes (descrição genérica, de acordo com a informação prestada pela vítima e descrição detalhada de acordo com

a informação dos registos clínicos); (c) Estabelecimentos médicos onde foi assistida, complicações surgidas e tratamentos efetuados; (d) Internamento(s) e data(s) de alta(s) hospitalar(es); (e) Consulta(s) em ambulatório e respetiva(s) data(s) de alta(s); (f) Data(s) de retoma(s) da atividade profissional ou outras circunstâncias, como a mudança de atividade, desemprego ou aposentação.

Ainda de acordo com as mesmas *Recomendações*⁽¹¹⁾, é fundamental descrever-se os antecedentes pessoais patológicos e/ou traumáticos que possam ser relevantes ou influenciar o resultado final do estado sequelar relativo ao caso em análise (com base na informação da vítima ou seu acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte). Tal será essencial, como já acima se referenciou, para a ponderação do nexos de causalidade entre o traumatismo e o dano, nomeadamente pela circunstância de poder dar indicações quanto a eventual estado anterior da pessoa relativamente ao traumatismo⁽²⁹⁾.

Consta ainda das referidas *Recomendações* que a descrição dos danos deve ser rigorosa, clara, objetiva, pormenorizada, sistematizada e compreensível, nomeadamente para não médicos. Assim, para se garantir uma descrição global e personalizada do dano, pode seguir-se o modelo da avaliação tridimensional que inclui: corpo, funções e situações⁽¹⁰⁾.

As sequelas no corpo/orgânicas, ou seja, os aspetos biológicos com as suas particularidades morfológicas, anatómicas, histológicas, fisiológicas e genéticas, devem ser descritas de forma orientada e rigorosa, com indicação de todas as características das lesões ou sequelas, incluindo⁽¹¹⁾: (a) Tipo (e.g., equimose, escoriação, ferida cortante, no caso das lesões; cicatriz, dismorfia, amiotrofia, dismetria, alteração da amplitude ou da estabilidade articular, desvio do eixo ou rotação do membro, perda de segmento ou órgão, alteração na força, sensibilidade, equilíbrio, no caso das sequelas); (b) Localização precisa; (c) Cor (quando for caso disso); (d) Dimensões exatas (descrevendo dimensões e graus e, no caso do exame ortopédico e neurológico, comparando com o lado contra-lateral sempre que possível). Deve ser também feita referência independente a eventuais alterações encontradas que sejam resultantes de um estado anterior⁽¹¹⁾. O exame físico pode ser descrito de acordo com as seguintes regiões anatómicas⁽¹¹⁾: crânio; face; pescoço; coluna (medula incluída); tórax; abdómen (conteúdo pélvico e períneo incluídos); membro superior direito; membro superior esquerdo; membro inferior direito (pelve óssea incluída); membro inferior esquerdo (pelve óssea incluída). Sempre que possível, todas as lesões e sequelas devem ser fotografadas, de acordo com as normas da fotografia forense, e com o prévio consentimento da vítima, fazendo-se referência às fotografias no relatório pericial.

As sequelas funcionais correspondem às capacidades físicas e mentais (atuais ou potenciais) próprias do ser humano, tendo em conta a sua idade e sexo, independentemente do meio onde este se encontra; surgem na sequência

das sequelas a nível do corpo e são influenciadas, positiva ou negativamente, por fatores pessoais (como a idade, o estado físico e psíquico anterior, a motivação e o esforço pessoal de adaptação) e do meio (como as barreiras arquitetónicas, ajudas técnicas ou ajudas humanas) ⁽¹¹⁾. Podem descrever-se relativamente aos seguintes aspetos: (a) postura, deslocações e transferências; (b) manipulação e prensão; (c) comunicação; (d) cognição e afetividade; (e) controlo de esfíncteres; (f) sexualidade e procriação.

As sequelas situacionais correspondem à confrontação (concreta ou não) entre uma pessoa e a realidade de um meio físico, social e cultural; podem ser relativas às atividades da vida diária, familiar, social, de lazer, de educação, de trabalho ou a outras, num quadro de participação social. Surgem em consequência das sequelas a nível do corpo e das funções, variando com os fatores pessoais e do meio. As situações de vida devem ser descritas quanto aos prejuízos mais relevantes, de acordo com os seguintes aspetos: (a) atos da vida corrente; (b) vida afetiva, social e familiar; (c) vida profissional ou de formação ⁽¹¹⁾.

As instruções para avaliação de cada um dos níveis referidos podem ser consultadas nas “*Instruções para utilização do Inventário de Avaliação do Dano Corporal*” ⁽¹⁰⁾.

Parâmetros de dano corporal

No que se refere ao nexa de causalidade, verificou-se que o mesmo não é referido nem discutido nos relatórios. Ora, esta avaliação constitui a pedra de toque da avaliação médico-legal, sendo que apenas nos casos em que se admite a existência de tal nexa se pode evoluir para a definição da data de consolidação e, nessa sequência, dos parâmetros de dano temporários e permanentes. Trata-se de uma avaliação que deve ser feita sistematicamente mas que obedece a uma metodologia específica e completa, pelo que se remete a questão para a bibliografia especializada na matéria ⁽²⁹⁾.

Quanto à data de consolidação das lesões, verificou-se que no caso em apreço este não foi considerado nos relatórios periciais em 66% dos casos, tendo contudo os mesmos sido, ainda assim, concluídos. A data de consolidação é a data a que se recorre quando as lesões estabilizaram, tendo contudo resultado sequelas que, do ponto de vista médico-legal, não são suscetíveis de significativa evolução. Este conceito difere do de cura por no caso da cura não resultarem sequelas. Assim, a data de consolidação é fundamental, como já referido, para separar os períodos de dano temporário de dano permanente e, desta forma, quantificar os tempos de danos temporários (que terminam na data de consolidação). Mas também a determinação desta data, que, em geral, corresponde à data de alta da última consulta ⁽¹¹⁾, se reveste

de particularidades e complexidades, pelo que remetemos o assunto para a literatura especializada ^(23;24).

Relativamente à avaliação dos parâmetros de dano corporal, temporários e permanentes, quer no âmbito do Direito Civil, quer do Trabalho, verificou-se, no presente estudo, que na maioria dos casos esta avaliação foi omissa, ou seja, de uma forma genérica, em 54% dos casos não foram descritos no relatório pericial os danos temporários e em 99% os danos permanentes.

Este facto leva-nos a questionar sobre que elementos objetivos, de índole científica, foi então determinada a indemnização devida a estes casos?

Porque se trata de uma matéria delicada e sensível, de grande complexidade, não só científica como legal, os diversos países têm-se empenhado em definir normas para este tipo de avaliações, sendo que, uma vez mais, o modelo português se nos afigura como a referência ideal, ainda mais que ele próprio se encontra alinhado com o modelo europeu e amplamente validado.

Assim, apresentaremos de seguida, ainda que de forma resumida, aquilo que, de acordo com aquele modelo, considerarmos serem os parâmetros de dano que mais se adequam a ser implementados na metodologia pericial nestes domínios em Angola.

Importa que a valoração do dano seja sempre isenta, imparcial e o mais objetiva e fundamentada possível, definindo-se os conceitos usados e identificando-se os métodos e técnicas a que se recorre. A valoração dos diversos parâmetros de dano é feita a nível do capítulo “Discussão” do relatório pericial; deste capítulo devem constar os diversos parâmetros de dano temporários e permanentes ⁽¹⁸⁾.

Direito Civil

É no âmbito do Direito Civil que se analisam, em termos médico-legais, a maior parte dos danos relativos a acidentes de viação. Nesta avaliação contemplam-se danos temporários e permanentes, patrimoniais (económicos) e não patrimoniais (não económicos), dentro do princípio geral da reparação integral dos danos.

No período de danos temporários incluem-se os seguintes parâmetros que aqui se caracterizam ⁽¹⁸⁾:

- a) Défice funcional temporário: corresponde ao período durante o qual a vítima, na sequência do processo evolutivo das lesões, no sentido da cura ou consolidação, viu condicionada a sua autonomia na realização das atividades da vida diária, familiar e social (excluindo-se a repercussão na atividade profissional). Poderá ser total ou parcial, coincidindo a primeira situação com os períodos de internamento e/ou de repouso absoluto, e iniciando-se a segundo logo que

a evolução das lesões passe a permitir algum grau de autonomia na realização desses atos, ainda que com limitações. Quantifica-se em número de dias de déficit funcional temporário total e de déficit funcional temporário parcial, avaliados tendo em consideração a análise dos registos clínicos relativos à situação (e.g, hospitalares, médico assistente, da seguradora), o quadro clínico concreto, a informação obtida (e.g., a partir do sinistrado, familiares ou acompanhante), e as limitações naturalmente decorrentes da situação. No caso de não existirem elementos suficientes esclarecedores (muito particularmente registos clínicos), deve avaliar-se este dano com base nos períodos de tempo de déficit funcional temporário total e de déficit funcional temporário parcial habitualmente expectáveis para um quadro clínico semelhante ao verificado, tendo em consideração a situação clínica concreta e respetiva evolução ^(23;24);

b) Repercussão temporária nas atividades profissionais: corresponde ao período durante o qual a vítima viu condicionada sua autonomia na realização dos atos inerentes à sua atividade profissional habitual: pode ser total ou parcial. O tempo de repercussão temporária absoluta (total) nas atividades profissionais refere-se aos períodos de internamentos e/ou de repouso absoluto, entre outros, passando a repercussão temporária parcial nas atividades profissionais logo que a evolução das lesões permita algum grau de autonomia na realização dessas atividades, ainda que com limitações. Quantifica-se em número de dias de interrupção temporária absoluta das atividades profissionais e número de dias em que as mesmas foram concretizadas com limitações, determinando-se estes dias com base na análise dos registos clínicos relativos à situação (e.g, hospitalares, do médico assistente ou da seguradora), do quadro clínico concreto, da informação obtida (e.g., a partir do sinistrado, familiares, acompanhantes ou entidade patronal) e das limitações naturalmente decorrentes da situação clínica. No caso de não existirem elementos suficientemente esclarecedores (designadamente registos clínicos), deve avaliar-se este dano com base nos períodos de tempo habitualmente expectáveis para cada um deles no âmbito de um quadro clínico semelhante ao verificado, tendo em conta a situação clínica concreta e respetiva evolução ^(23;24);

c) *Quantum doloris*: constitui um parâmetro de dano que corresponde à valorização do sofrimento físico e psíquico vivenciado pela vítima durante o período de danos temporários (entre a data do evento e a cura ou consolidação das lesões). Descreve-se através de uma escala quantitativa de sete graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7). Como critérios de valoração deverão ser considerados, entre outros, os seguintes: (1) natureza e contexto do evento traumático, suas circunstâncias e eventos imediatos; (2) tipo e número de lesões e de tratamentos instituídos; (3) duração do(s) internamento(s) e número de intervenções cirúrgicas; (4) complicações médicas e cirúrgicas; (5) duração e complexidade do período de reabilitação funcional.

No período de danos permanentes incluem-se os seguintes parâmetros que aqui se caracterizam ⁽¹⁸⁾:

a) Afetação permanente da integridade físico-psíquico: trata-se de um parâmetro de dano que corresponde à afetação definitiva da integridade física e/ou psíquica da pessoa, constitutiva de um défice funcional permanente com eventual repercussão nas atividades da vida diária, incluindo as familiares e sociais, e sendo independente das atividades profissionais. Constitui um dano que, sendo personalizado, deve ser valorado de uma forma metodologicamente igual em todos os casos, independentemente da atividade profissional, tendo em conta a globalidade das sequelas do caso concreto (corpo, funções e situações de vida) e tendo como elemento indicativo de referência a *Tabela de Avaliação de Incapacidades em Direito Civil* (Anexo II do Decreto Lei nº 352/2007, de 23 de outubro). A tabela angolana não é específica para o Direito Civil e do Trabalho, sendo única; os coeficientes de incapacidade são expressos através de percentagens e em termos da sua organização ela é muito semelhante à tabela portuguesa publicada no Decreto 86/81, de 16 de outubro, pelo que se impõe a sua atualização;

b) Repercussão na atividade profissional: corresponde ao rebote das sequelas no exercício da atividade profissional habitual da vítima (atividade à data do evento), isto é, na sua vida laboral, devendo ser descrito e não quantificado;

c) Dano estético permanente: corresponde à repercussão das sequelas, numa perspetiva estática e dinâmica, envolvendo uma avaliação personalizada da afetação da imagem da vítima quer em relação a si própria, quer perante os outros. A sua avaliação é feita através de uma escala quantitativa de sete graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7);

d) Repercussão na atividade sexual: corresponde à limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, resultante das sequelas físicas e/ou psíquicas, não se incluindo aqui os aspetos relacionados com a capacidade de procriação. A sua avaliação é feita numa escala com sete graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7);

e) Repercussão nas atividades desportivas e de lazer: corresponde à impossibilidade estrita e específica para a vítima de se dedicar a certas atividades lúdicas, de lazer e de convívio social, que exercia de forma regular e que para ela representavam um amplo e manifesto espaço de realização e gratificação pessoal. A sua avaliação é feita numa escala com sete graus de gravidade crescente (1/7 a 7/7);

f) Dependências: as dependências (e.g., medicamentosas, de ajudas técnicas ou de terceira pessoa), podem ser temporárias ou permanentes, sendo valorizadas, mais frequentemente, e enquanto tal, as permanentes. Estas devem ser pormenorizadamente caracterizadas, sendo nos casos de handicap grave importante a colaboração de uma equipa multidisciplinar para a definição destas necessidades, tendo em vista a melhor reintegração possível da vítima a nível familiar, social e profissional ⁽¹⁷⁾.

Direito do Trabalho

É no âmbito do Direito do Trabalho que se analisam, em termos médico-legais, os danos relativos a acidentes de trabalho.

Em sede de Direito do Trabalho avaliam-se danos temporários e permanentes, mas apenas patrimoniais, tendo em conta a sua repercussão a nível das capacidades de trabalho e de ganho. No período de dano temporário incluem-se os seguintes parâmetros que se aqui caracterizam ⁽¹¹⁾ :

a) Incapacidade Temporária Profissional Absoluta: corresponde o período durante o qual a vítima esteve totalmente impedida de realizar a sua atividade profissional habitual. Incluem-se neste período os tempos relativos a internamento em serviço de saúde e os de necessidade de repouso absoluto, sem prejuízo dos resultantes das especificidades da profissão em causa. Quantifica-se em número de dias de incapacidade, determinados com base na análise dos registos clínicos relativos à situação (e.g., hospitalares, do médico assistente ou da seguradora), do quadro clínico concreto, da informação obtida (e.g., a partir do sinistrado, familiares ou acompanhante) e das exigências da sua profissão habitual. No caso de não existirem elementos suficientes esclarecedoras (geralmente registos clínicos), deve avaliar-se este dano com base no período de tempo habitualmente expetável para um quadro clínico semelhante ao verificado, tendo em conta o tipo e exigências da profissão em causa^(23;24);

b) Incapacidade Temporária Profissional Parcial: corresponde ao período em que a vítima passou a ter pelo menos metade da capacidade necessária para desenvolver a sua atividade profissional habitual, ainda que com limitações. Quantifica-se em número de dias e taxas de incapacidade determinados com base na análise dos registos clínicos relativos à situação (e.g., hospitalares, do médico assistente ou da seguradora), do quadro clínico concreto, da informação obtida (e.g., a partir do sinistrado, familiares ou acompanhante) e das exigências da sua profissão habitual. Também aqui, e se não existirem elementos suficientes esclarecedoras (como registos clínicos), deve avaliar-se este dano com base no período de tempo

habitualmente expetável para um quadro clínico semelhante ao verificado, tendo em consideração a situação clínica concreta e respetiva evolução, bem como o tipo e exigências da profissão em causa.

No período de dano permanente incluem-se os seguintes parâmetros que aqui se caracterizam ⁽¹¹⁾:

a) Incapacidade Permanente: corresponde à perda da capacidade de trabalho em resultado de uma ou mais disfunções, como sequelas(s) final(ais) da(s) lesão(ões) inicial(ais), sendo a disfunção total designada por incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho. Podem existir diversos níveis de incapacidade permanente: incapacidade permanente parcial (IPP), incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual (IPATH) e incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho (IPA). A IPP é calculada tendo em conta a globalidade das sequelas do caso concreto (corpo, funções e situações de vida, com particular valorização da atividade profissional), sendo a quantificação (em percentagem) dessas sequelas concretizada através da *Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais* (TNI - Anexo 1 do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro). Como acima referido, em Angola a tabela é única e com mais de 30 anos, sendo semelhante à primeira tabela de incapacidades portuguesa;

b) Dependências: as dependências (e.g., medicamentosas, de ajudas técnicas ou de terceira pessoa), podem ser temporárias ou permanentes, sendo valorizadas, mais frequentemente, e enquanto tal, as permanentes. Tal como referido para o Direito Civil, estas devem ser pormenorizadamente caracterizadas, sendo nos casos de handicap grave importante a colaboração de uma equipa multidisciplinar para a definição destas necessidades, tendo em vista a melhor reintegração possível da vítima a nível familiar, social e profissional.

Modelo de relatório pericial

Referiu-se, também, ao longo deste trabalho, que em Angola não existe um modelo de relatório pericial de avaliação do dano corporal, o que impede a harmonização das práticas. Este modelo, está, obviamente ligado á necessária definição dos diversos parâmetros de dano que não-de ser avaliados, pelo que os dois aspetos têm de ser ponderados em conjunto.

No caso concreto, e atendendo à realidade angolada em termos legais, relativamente á matéria em questão, parece-nos que os modelos de relatório atualmente em vigor no INML para a avaliação do dano corporal pós-traumático, cujas normas procedimentais se encontram publicadas ⁽¹³⁾, é perfeitamente

adaptável às necessidades deste país. O modelo inclui os seguintes capítulos, correspondentes às diferentes fases de realização da perícia: “Preâmbulo”, “Informação”, “Estado atual”, “Discussão” e “Conclusões”.

O “Preâmbulo” refere-se à identificação do processo e da vítima. Nele deve constar: tipo e data do exame; identificação do processo judiciário ou particular; identificação da vítima (nome, filiação, sexo, data de nascimento, estado civil, profissão, naturalidade, nacionalidade, residência e número do bilhete de identidade).

O capítulo da “Informação” divide-se em três sub-capítulos: História do Evento, Dados Documentais e Antecedentes:

a) Na “História do Evento”, descreve-se o traumatismo e suas consequências com base na informação da vítima e/ou de quem a represente. É fundamental para perceber a vivência do trauma e fundamentar os danos a atribuir, muito particularmente os mais subjectivos. Inclui: (1) data, local, mecanismo, tipo e circunstâncias do evento traumático; (2) lesões resultantes (descrição genérica, de acordo com a informação prestada pela pessoa); (3) estabelecimentos médicos a que houve recurso, complicações surgidas e tratamentos efectuados; (4) data de alta hospitalar; consultas em ambulatório; (5) data de reinício da actividade profissional ou outras circunstâncias, como a mudança de actividade profissional, o desemprego ou a aposentação;

b) Os “Dados Documentais” são elementos fundamentais para a descrição concreta das lesões sofridas e dos tratamentos efectuados, sobretudo tratando-se de uma situação com algum tempo de evolução, na qual o perito já não observa as lesões iniciais, sendo nesse caso obrigatória a consulta desses registos documentais, geralmente clínicos. Deve ser feita uma descrição cronológica dos dados relevantes, evitando-se transcrições, mas havendo sempre que indicar a fonte da informação. Neste sub-capítulo refere-se: (1) a data do evento traumático; (2) as lesões resultantes (descrevendo as lesões de forma ordenada, de cima para baixo, da direita para a esquerda e de fora para dentro, contemplando todos os registos clínicos - se houver discrepância entre alguns deles deve referir-se esse aspecto); (3) a indicação dos estabelecimentos médicos a que houve recurso, as complicações surgidas e os tratamentos efectuados; (4) a(s) data(s) de alta hospitalar; (5) as consultas em ambulatório (especialidades, instituições, tratamentos, exames de diagnóstico complementar efectuados e período de consultas com referência às datas de alta); (6) os parâmetros de dano valorados por outros peritos, se for caso disso.

c) Os “Antecedentes”, referem-se aos pessoais patológicos e/ou traumáticos que podem ser relevantes ou influenciar o resultado final do estado sequelar relativo

ao caso em análise (com base na informação da vítima e/ou em registos clínicos), podendo descrever-se, também, os aspectos relevantes dos antecedentes patológicos familiares, caso existam. Este aspeto é fundamental para a determinação do nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano, na medida em que nele é feita a análise do estado anterior da pessoa relativamente ao traumatismo.

O capítulo do “Estado atual” inclui as “Queixas”, o “Exame objetivo” e os “Exames complementares”:

a) Nas “Queixas”, descrevem-se os danos relativamente às funções e situações de vida, níveis estes já atrás referidos. Dado que na maior parte dos casos são evidenciados aspectos descritos pela vítima, importa fazer uma entrevista orientada e sistematizada, mas com recurso frequente a perguntas abertas, que não sugiram as respostas.

b) No “Exame objetivo” descreve-se o dano no “Corpo”. Deve começar-se pelo estado geral da pessoa, fazendo-se depois uma descrição orientada e rigorosa, com indicação de todas as características das lesões ou sequelas, também já atrás descritas. Deve ser também feita referência a eventuais alterações encontradas que sejam resultantes de um estado anterior.

c) A nível dos “Exames Complementares de Diagnóstico”, descrevem-se as conclusões dos exames solicitados pelo perito, indicando-se a data e local de proveniência dos mesmos (e.g., parecer de ortopedia ou de oftalmologia, relatório de exame imagiológico ou eletrofisiológico).

O capítulo da “Discussão” será elaborado se for possível concluir definitivamente o relatório e será diferente conforme o âmbito do Direito em que a perícia esteja a ser realizada. Neste capítulo incluiu-se, em todos os casos, a discussão do nexo de causalidade e a definição da data da cura ou da data de consolidação médico-legal das lesões, aspetos também atrás já discutidos.

Depois de referir estes dois aspetos, procede-se à interpretação dos resultados do exame efetuado, o que se faz em dois momentos: período de danos temporários e período de danos permanentes. Os parâmetros do dano que se irão discutir dependerão do âmbito do Direito em que o exame tem lugar.

O capítulo das “Conclusões” pode ser preliminar ou definitivo. Se não for possível concluir o relatório de forma definitiva (por ainda não ter sido atingida a cura ou consolidação médico-legal das lesões, porque são necessários exames complementares ou de outras especialidades, ou porque são necessários registos clínicos, etc.), apresentam-se “Conclusões Preliminares”, indicando-se o que se necessita para se poder concluir o exame, bem como se é ou não necessária nova presença da vítima. As “Conclusões”, quando

definitivas, não deverão ser longas, incluindo apenas a referência à existência ou inexistência de nexos de causalidade, à data de cura ou de consolidação médico-legal das lesões, e aos diversos parâmetros de dano mencionados e fundamentados na “Discussão”.

Perspetivas futuras

Do perito médico é esperado que dê uma resposta adequada ao objetivo da perícia, de forma sempre imparcial e objetiva, descrevendo a complexidade do dano corporal sob o ponto de vista técnico com palavras simples, para que todos os profissionais implicados nas questões de avaliação e reparação deste dano a possam analisar sobre bases concretas, garantindo-se, assim, que a decisão sobre a indemnização a aplicar se fundamenta na informação pericial ^(1;25).

Para isso, o perito médico deve seguir e respeitar normas, modelos e metodologias periciais que para cada tipo de avaliação médico-legal tenham sido superiormente definidas, sendo esta a única via possível para a harmonização da atividade pericial, de forma a que se observe o princípio da equidade, ou seja, o tratamento igualitário de situações equivalentes. Essa harmonização é fundamental como garante de uma boa administração da Justiça e não coarcta, de forma alguma, a liberdade técnico-científica dos peritos médicos, nem limita a plena manifestação das capacidades daqueles que, por via da sua elevada experiência, enriquecem o exercício desta atividade pericial ⁽¹⁴⁾. Efetivamente, o perito deve gozar sempre de autonomia no exercício das suas funções, sendo o responsável pela elaboração do relatório pericial, o que não colide com o facto de dever estar obrigado a respeitar as normas, modelos e metodologias periciais, tal como é consignado na lei portuguesa relativa às perícias médico-legais (Lei 45/2004, de 19 de agosto). Esta autonomia é, aliás, fundamental para que o perito não se sinta constrangido na redação das conclusões que considere mais adequadas a cada caso. De facto, a pessoa que realizou o exame é a que mais aprofundadamente observou a vítima e analisou o caso, pelo que será a que se encontra em melhores condições para proceder à correta valoração dos danos; isto confere, também, uma maior responsabilidade ao seu trabalho ⁽¹⁴⁾.

As normas e metodologia de realização do exame e de elaboração do relatório devem ser adequadas a cada âmbito do Direito e aos seus respetivos objetivos, pelo que, independentemente do modelo de relatório pericial, de uma forma genérica, poder ser semelhante, independentemente do âmbito do Direito em que este se esteja a elaborar, deverão existir normas adaptadas a cada âmbito do Direito em que a perícia tem lugar, designadamente Penal, Civil e Trabalho, sobretudo no que aos capítulos da Discussão e Conclusões diz

respeito. Por isso, é fundamental existirem normas procedimentais adaptadas aos objetivos de cada ramo do Direito, as quais orientem cada tipo de perícia, sendo certo que a perícia pode ter relevantes implicações na decisão judicial.

Dos resultados deste estudo concluí-se que a avaliação do dano corporal pós-traumático em Angola, no caso dos acidentes de viação e de trabalho, tendo em vista a indemnização da vítima, apesar de ser concretizada, não obedece a qualquer tipo de norma (por esta não existir). Acresce que nos casos em que os procedimentos com vista à avaliação e reparação dos danos estão legalmente regulamentados, estes não obtêm, num grande número de casos, o seu cumprimento, seja porque se tratam de normas ainda recentes, seja porque os intervenientes as desconhecem ou não as interiorizaram ou, ainda, porque no terreno não existem condições adequadas para a sua implementação. Esta constitui, pois, matéria a merecer reflexão.

Por isso, além da definição de normas para avaliação do dano corporal, existe também a necessidade de se definir em termos legais e de uma forma clara, um sistema organizacional e respetivas competências da(s) instituição(ões) envolvida(s), bem como dos peritos médios. Existe, ainda, necessidade de repensar a formação/especialização desses peritos médicos, designadamente, e neste caso, em matéria de avaliação do dano corporal pós-traumático.

No que às normas para avaliação do dano corporal diz respeito, consideramos que as portuguesas, atrás descritas, se podem facilmente adaptar à situação legal angolana, havendo até diversas similitudes no que às questões a nível laboral se refere. Já no que aos instrumentos de avaliação se refere, designadamente a tabela de incapacidades, julgamos que importará ponderar a sua atualização, bem como o interesse de separar claramente a tabela para acidentes de viação da dos acidentes de viação.

Assinale-se, ainda, que para além da avaliação do dano corporal numa perspetiva mais física, importa que os médicos que trabalham com vítimas deste tipo de acidentes conheçam e percebam o mecanismo psicológico do trauma e as suas consequências, o que é fundamental não apenas para garantir corretos diagnósticos mas, também, a adequada abordagem da vítima, tendo em vista evitar a sua vitimação secundária (agravamento do trauma sofrido). De facto, o trauma não corresponde apenas ao traumatismo físico, sendo que os eventos traumáticos podem ter etiologias diversas e consequências orgânicas, psicológicas e/ou sócio económicas ⁽²⁶⁾. Por outro lado, um dano psicológico ou emocional pode existir independentemente do dano orgânico, o que pode ser valorado, para efeitos de dano corporal, num quarto nível a acrescentar à atrás referida avaliação tridimensional do dano, neste caso do nível da subjectividade ⁽⁶⁾.

Por tudo isto, existe a necessidade de uma formação/especialização dos peritos médicos. Essa formação, e como já atrás referido, existe em Portugal,

sendo de ponderar a possibilidade de importar esse modelo o que, numa primeira fase, pode passar por levar até Angola a organização do “Curso de Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático”. Isso já começou, aliás, a ser feito com o Brasil.

Já quanto à organização dos procedimentos periciais, consideramos que o modelo de funcionamento das perícias médico-legais em Portugal, consignado na Lei 45/2004, de 19 de agosto, mereceria ser analisado e adaptado, nas suas virtualidades, à realidade angolana. Isto poderia implicar, por exemplo, que o *Departamento Nacional de Medicina Legal da Direção Nacional de Investigação Criminal de Angola* visse as suas competências alargadas para além da intervenção criminal, o que acarretaria pesadas mudanças em termos legais. Acreditamos, contudo, que a atividade pericial, pelas suas especificidades, resulta favorecida, sobretudo em termos de qualidade, se funcionar toda no mesmo organismo, garantidas que estejam as questões de imparcialidade e de isenção.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo revelou que a avaliação do dano corporal em Angola está a dar os seus primeiros passos, não existindo ainda uma metodologia definida e harmonizada, fundamental para garantir a equidade da avaliação e, conseqüentemente, a justiça da reparação.

Deste estudo resulta que os relatórios periciais alvo de análise (n=301), e independentemente de serem elaborados por motivo de acidente de viação ou de trabalho:

- a) Não descrevem os antecedentes patológicos e traumáticos das vítimas,
- b) Descrevem o mecanismo do traumatismo/acidente, sem contudo o pormenorizar;
- c) Em 3% dos casos não fazem referência às lesões resultantes nem à localização dessas lesões;
- d) Em 93% dos casos não descrevem as sequelas a nível do corpo;
- e) Em quase 100% não descrevem as sequelas funcionais nem situacionais;
- f) Nunca fazem referência aonexo causalidade entre o traumatismo e o dano;
- g) Em 66% dos casos não fazem referência à data de consolidação médico-legal das lesões;
- h) Em 54% dos casos não fazem referência aos parâmetros de dano temporário;
- i) Em 99% dos casos não fazem referência aos parâmetros de dano permanente.

Note-se que estes relatórios correspondem, apenas, à realidade de uma entidade, a qual os disponibilizou para estudo, sendo certo que, por conhecermos a realidade angolana podemos afirmar que este panorama é semelhante pelo menos à maioria dos outros casos.

Revela-se, pois, necessário definir normas procedimentais para a realização dos exames e elaboração dos relatórios periciais, que permitam a harmonização destas práticas a nível do país, as quais se poderão inspirar no modelo português que aqui fomos apresentando nas suas linhas gerais.

Necessário será, também, investir na formação de pessoal de todos os médicos que exercem ou venham a exercer atividade pericial desta índole. De facto, “no que se refere à avaliação do dano corporal, é imprescindível que o perito médico, no desenvolvimento da sua missão pericial, conheça o regime jurídico que a rege e tenha a perceção do alcance e das consequências dos seus pareceres, por forma a elaborar os relatórios perícias de maneira adequada e em harmonia com a ordem jurídica” ⁽¹⁵⁾, dado que tal irá condicionar significativamente a possibilidade de à vítima ser proporcionada a sua adequada reabilitação e reintegração, bem como atribuída a justa reparação do dano.

Finalmente, importará repensar a organização médico-legal angolana, o que será fundamental para apoiar a implementação dos procedimentos normativos a que aqui fizemos referência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Anciaux P, Attanian E (1993): L'expert et le préjudice non économique. Rev. Franç. Dommage Corp, 19(4):345-361.
- (2) ANGOP (2010). Balanço de sinistralidade em 2010. Acedido no 10 dia de março de 2011 em portalangop.co.ao.
- (3) ANSR (2009). Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015 - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, Lisboa.
- (4) Baião F (2010). Sinistralidade Rodoviária Urbana. Caso de Estudo do Montijo. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Engenharia Civil: Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa. Acedido no dia 12 de março de 2011 em dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/792408/1/dissertacao.pdf.
- (5) Carneiro MC, Pedregal DJ (2010). Modelling and forecasting occupational accidents of different severity levels in Spain. Reliability Engineering and System Safety, 95:1134-1141.
- (6) Hamonet C, Magalhães T (2000). Système d'Identification et Mésure des Handicaps, ESKA, Paris.
- (7) Jacinto C, Aspinwall E (2004). A survey on occupational accidents' reporting and registration systems in the European Union. Safety Science, 42:933-960.
- (8) Khan ZU, Asiri Kmal, Iqbal J (2010). Injury patterns from road traffic accidents. Pak J Med Sci, 26(2): 394-397.

- (9) Macedo AC, Silva IL (2005). Analysis of occupational accidents in Portugal between 1992 and 2001. *Safety Science*, 43:269-286.
- (10) Magalhães T (1998). Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação. Sua aplicação médico-legal. Almedina: Coimbra pp. 471-478.
- (11) Magalhães T, Antunes I, Vieira DN (2010). Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito do Trabalho. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, XIX (20): 69-78.
- (12) Magalhães T, Carneiro de Sousa MJ, Matos E, e col. (1998). Análise de 108 casos de acidentes de viação não mortais. In: Vieira DN, Rebelo A, Corte-Real F, eds. *Temas de Medicina Legal*. Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, Coimbra. pp. 381-390.
- (13) Magalhães T, Corte-Real F, Costa Santos J, Vieira DN (2010). Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Penal. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, XIX (20): 63-68.
- (14) Magalhães T, Corte-Real F, Vieira D (2008). O Relatório Pericial de Avaliação do Dano Corporal em Direito Civil. In: Vieira DN e Quintero JA eds. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra. pp 95-107
- (15) Magalhães T, Pinto da Costa D (2007). Avaliação do dano na pessoa em sede de Direito Civil. *Perspectivas actuais*, *Revista da Faculdade de Direito da Universidade do Porto*, IV: 419-452.
- (16) Magalhães T, Taveira-Gomes A, Sousa de Carneiro MJ, Pinto da Costa J (1996). Lesões Traumáticas Abdominais, revisão de 447 autópsias. *Arquivos de Medicina*, 10 (1): 68-71.
- (17) Magalhães T, Vieira DN (2008). A avaliação dos grandes traumatizados e a avaliação de terceira pessoa. In: Vieira DN e Quintero JA eds. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra. pp 59-69
- (18) Magalhães T, Vieira DN (2010). Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Civil. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, XIX (20): 79-90.
- (19) MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). Notificação de acidentes do trabalho fatís, graves e com crianças e adolescentes. Série A (2). Acedido no dia 26 de março de 2011 em bvs.saude.gov.br/bvs/.../protocolo.not.acidentes-trab.pdf.
- (20) OIT (2010). Normas internacionais de trabalho-guia de formação sindical. Acedido no dia 10 de fevereiro de 2011 em training.itcilo.it/actrav/ils_pt/guia&decl/guianitoit.pdf.
- (21) Oliveira Sá (1992). *Clínica Médico-Legal da reparação do dano Corporal em Direito Civil*. APADAC, Coimbra.
- (22) OMS (2010). Plano de Promoção da Educação, Segurança e Prevenção. Acedido no dia 13 de março de 2011 em zona.s.ptdefault.asp.page=3996.
- (23) Perez MG-B (2006). *Nuevo Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal*. 14º ed. Granada: Editorial Comares.
- (24) Ramirez LB (1996). *Tiempos de Curación en Traumatología*. Madrid: Praxis 2.000.
- (25) Rogier A: L'avis médical et l'expertise. *Rev. Franç. Dommage Corp.*, 19(2):123-128.
- (26) Tedeschi RG, Calhoun LG (1995). *Trauma & Transformation. Growing in the Aftermath of Suffering*, Sage Publications, London.

- (27) Vieira DN (2000). A “missão” de avaliação do dano corporal em direito civil. Sub Júdice.pp.17:23-30.
- (28) Vieira DN (2008). O Perito e a missão pericial em Direito Civil. In: Vieira DN e Quintero JA eds. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra. pp 35-59.
- (29) Vieira DN, Corte-Real F (2008). Nexos de causalidade em Avaliação do Dano Corporal. In: Vieira DN e Quintero JA eds. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra. pp.61-83.

Resumo: Avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação e de trabalho em Angola

Em Angola não existe uma norma oficial para a avaliação médico-legal do dano corporal pós-traumático, pensada para cada âmbito do Direito em que a mesma tenha lugar. A entidade que superintende a avaliação deste dano, tendo em vista a sua indemnização, é a *Comissão Nacional de Avaliação das Incapacidades Laborais*, mas a maior parte dos exames periciais por acidentes de viação ou de trabalho são realizados pelas diversas empresas seguradoras. As perícias também podem ser efetuadas nos serviços do *Departamento Nacional de Medicina Legal da Direção Nacional de Investigação Criminal de Angola*, o qual se encontra, no entanto, direcionado para os exames periciais no âmbito do Direito Penal. Assim, o presente estudo tem como principal objetivo analisar e interpretar, do ponto de vista médico-legal e forense, as disposições orientadoras da avaliação do dano corporal em vítimas de acidentes de viação e de trabalho em Angola, bem como a situação atual dessas avaliações periciais, tendo em vista contribuir para a promoção de uma metodologia de avaliação que, adequando-se ao sistema legal vigente, permita servir de instrumento para melhor harmonizar a avaliação e reparação do dano corporal naquele país. Foi efetuado um estudo observacional, com componente analítico, que consistiu numa análise de 301 relatórios médicos, elaborados no ano de 2010, no serviço de saúde da *Empresa Nacional de Seguros de Angola (ENSA)*, no âmbito da avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação (n=104) e de trabalho (n=197). Verificou-se que os relatórios periciais: (1) não descrevem os antecedentes patológicos e traumáticos das vítimas; (2) descrevem o mecanismo do traumatismo/acidente, sem contudo o pormenorizar; (3) em 3% dos casos não fazem referência às lesões resultantes nem à localização dessas lesões; (4) em 93% dos casos não descrevem as sequelas a nível do corpo; (5) em quase 100% não descrevem as sequelas funcionais nem situacionais; (6) nunca é feita referência ao nexo causalidade entre o traumatismo e o dano; (7) em 66% dos casos não fazem referência à data de consolidação médico-legal das lesões; (8) em 54% dos casos não fazem referência aos parâmetros de dano temporário; (9) em 99% dos casos não fazem referência aos parâmetros de dano permanente. Neste sentido, é necessária uma reflexão profunda sobre a problemática da valoração do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação e de trabalho em Angola, necessitando de se definir e harmonizar uma metodologia, a qual será fundamental para garantir a equidade da avaliação e, conseqüentemente, a justiça da reparação.

Palavras-chave: Dano corporal; Acidente de viação; Acidente de Trabalho; Avaliação médico-legal; Direito Civil; Direito do Trabalho; Indemnização.

Summary: Bodily harm assessment on traffic and work accidents victims' in Angola

In Angola there isn't an official norm for forensic evaluation of post-traumatic bodily harm, indicated for each scope of the Law in which it takes place. The entity that supervises the evaluation of this harm, in order to enable its compensation sums, is the *National Commission of Evaluation of Work Disabilities*, but most examinations of traffic or work related accidents are made by the insurance companies. These examinations can also be made by the *Department of Legal Medicine of the Angolan National Board of Criminal Investigation*, which is mainly focused on examinations for Penal Law. Therefore, the aim of this study is to analyze and interpret, from the medico-legal and forensic point of view, the procedures of the evaluation of bodily harm on traffic or work victims in Angola, as well as the current situation of those evaluations, focusing on a contribution for the promotion of a methodology of evaluation that if suitable to the legal system, may serve as an instrument to improve the evaluation and restore of bodily harm in that country. An observation study was carried out, with an analytical component, that consisted in an analysis of 301 medical reports, elaborated in the year 2010, on the health department of the *National Insurance Company of Angola*, concerning the evaluation of post-traumatic bodily harm in traffic accidents (n=104) and work (n=197), and the corresponding compensation sums. Medical reports: (1) do not describe the pathological and traumatic background of the victim; (2) describe the trauma/accident but with no details; (3) in 3% of the cases do not refer to injuries that resulted from the accident nor to the location of those injuries; (5) in almost 100% do not describe functional nor situational sequels; (6) the causality between trauma and damage is never mentioned; (7) in 66% of the cases do not mention the date of the medico-legal consolidation of the injuries; (8) in 54% of the cases do not mention the temporary bodily harm parameters; (9) in 99% of the cases do not mention the permanent bodily harm parameters. Accordingly, a profound reflection is necessary about the problem concerning the value of post-traumatic bodily harm caused by traffic or work accidents in Angola, and it is necessary to outline and regulate a methodology, that will be fundamental to ensure the equity of the evaluation and, consequently, the justice of the compensation.

Key-words: Bodily harm; Traffic accident; Forensic evaluation; Civil law; Labour Law; Compensation.

Résumé: Évaluation des dommages corporels dus aux accidents de la route et du travail en Angola

En Angola, il n'y a pas de norme officielle pour l'évaluation médico-légale du dommage corporel post-traumatique conçue pour chaque domaine du Droit où celle-ci serait insérée. L'institution qui surveille l'évaluation de ce dommage, ayant comme but le paiement de dommages et intérêts, est la «Comissão Nacional de Avaliação das Incapacidades Laborais» (Commission Nationale de l'Évaluation des Incapacités du Travail) mais la plupart des examens des experts pour cause d'accidents de la route ou de travail est réalisée par les plus diverses sociétés d'assurance. Les expertises peuvent aussi être effectuées dans les services du «Departamento Nacional de Medicina Legal da Direção Nacional de Investigação Criminal de Angola» (Département National de Médecine Légale de la Direction Nationale de la Recherche Criminelle de Angola), lequel est néanmoins tourné vers les examens/

expertises dans le domaine du Droit Pénal. Dans ce sens, la présente étude a comme principal objectif analyser et interpréter, du point de vue médico-légal et du barreau, les mesures pour l'orientation de l'évaluation du dommage corporel sur des victimes d'accidents de la route et de travail en Angola, ainsi que la situation actuelle de ces évaluations/expertises, ayant comme but contribuer à la promotion d'une méthodologie d'évaluation qui, en s'adaptant au système légal en vigueur, permette de servir comme un instrument pour mieux harmoniser l'évaluation et la réparation du dommage corporel dans ce pays. Il a été effectué une étude observationnelle, comme composant analytique, qui a consisté en une analyse de 301 rapports médicaux, élaborés pendant l'année 2010, au service de santé de «Empresa Nacional de Seguros de Angola ENSA» (Société National d'Assurance de Angola), en ce qui concerne le dommage corporel post-traumatique par accidents de la route (n=104) et par accidents de travail (n=197). On a vérifié que les rapports des expertises : (1) ne décrivent pas les antécédents pathologiques et traumatiques des victimes ; (2) décrivent le mécanisme du traumatisme/ accident, sans néanmoins donner des détails ; (3) en 3% des cas il n'y a de références ni aux lésions résultantes, ni à la localisation de ces lésions ; (4) en 93% des cas ils ne décrivent pas les séquelles au niveau du corps ; (5) en presque 100% ils ne décrivent ni les séquelles fonctionnelles ni situationnelles ; (6) jamais il n'est fait référence à la connexion de causalité entre le traumatisme et le dommage ; (7) en 66% des cas il n'est pas fait référence à la date de consolidation médico-légale des lésions ; (8) en 54% des cas il n'est pas fait référence aux paramètres de dommage temporaire ; (9) en 99% des cas il ne font pas référence aux paramètres de dommage permanent/ définitif. Dans ce sens, il faut une réflexion profonde sur la problématique de la majoration du dommage corporel post-traumatique causé par des accidents de la route et de travail en Angola, étant pour cela nécessaire de définir et d'harmoniser une méthodologie, laquelle sera fondamentale pour garantir l'équité de l'évaluation et, par conséquence, la justice de la réparation.

Mots-clés: Dommage corporel; Accident de la route; Accident de travail; Évaluation médico-légale; Droit Civil; Droit du Travail; Dommages et intérêts.

Agradecimentos

À ENSA (*Empresa Nacional de Seguros de Angola*), pelo acolhimento dado durante o trabalho de campo para recolha de dados. Ao *Ministério do Interior* e ao *Comando Geral Polícia Nacional de Angola*, pelo empenho na formação de quadros no ramo da Medicina Legal e outras Ciências Forenses em Angola.

Pedido de Separatas:

GUIDO SÓZINHO

guidosozinho@hotmail.com

Utilización del método "AIPE" en la valoración del perjuicio estético y su aplicación en la legislación Brasileña civil y penal

FCH BourcharDET⁽¹⁾, JA Cobo Plana⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

La evaluación del daño corporal pos-traumático es una misión pericial particularmente compleja. Para su desempeño no basta ser un buen clínico y detentador de una determinada especialidad médica u odontológica.

El lenguaje del profesional del daño sufrido por la persona, que debe ser trasladado al profesional del derecho y al procedimiento, necesita ser modificado porque está sujeto a métodos de valoración diferentes de los clínicos. Se necesita una formación específica legal o forense añadida a la formación médica clínica para que ese dato médico no se desvirtúe o pierda valor en su traslado al procedimiento. Si debemos utilizar una norma determinada para valorar el daño, no es posible realizar una pericia médica del daño que sea útil, si el perito no domina esa norma.

Por ello, es exigible que, además de la sólida formación básica (teórica y práctica), se posean conocimientos jurídicos que permitan al médico llamado a intervenir en la evaluación de daños corporales, captar el sentido de las misiones que le sean solicitadas de acuerdo con las especificidades de los diferentes dominios del Derecho en que esa evaluación se puede procesar [1]. Debe conocer lo que está en causa de cada situación y dominar las particularidades de los informes periciales en cada uno de esos dominios del Derecho, teniendo plena conciencia de los fines, de los límites y del alcance de las conclusiones de los informes periciales.

¹ Doutoranda em Ciências da Saúde e Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses pela Universidade de Coimbra; Especialista em Odontologia Legal pela USP – Brasil

² Médico Forense. Director del Instituto de Medicina Legal de Aragón - España

Esta dificultad aumenta cuando el objeto del informe pericial no depende exclusivamente del conocimiento del perito experto como es el caso de la deformidad y/o del perjuicio estético, en sus acepciones penal y civil, respectivamente. La prueba médica no es estrictamente necesaria para la valoración de esa deformidad o de ese perjuicio estético ya que cualquier modificación peyorativa que afecta a la imagen de la persona es un aspecto que no requiere una preparación o la facultad médica o de experto para establecerlo. La valoración del perjuicio estético puede ser llevada a cabo, en apariencia, por cualquier persona con suficientes capacidades de observación.

¿Sería razonable que se llevara a cabo una prueba médica para valorar esa modificación peyorativa que afecta a la imagen de la persona?. Además de la valoración que puede realizar el abogado, el juez o cualquier otro observador, la prueba médica de la valoración del perjuicio estético puede ser una prueba razonable para conseguir una propuesta inicial de valoración del perjuicio estético por cuanto:

- El médico puede acceder con mayor facilidad a la imagen íntegra de la persona, incluso a las zonas anatómicas ocultas; en su actuación, puede captar de forma más adecuada la imagen visual a través de los soportes convencionales de imagen, como fotografía en papel, esquemas, dibujos o, incluso, cintas de vídeo; con respecto a los perjuicios estéticos no visuales, como los táctiles también es mayor su accesibilidad en la palpación de los problemas locales de induraciones, o alteraciones de la consistencia.
- El experto médico posee una mayor preparación para analizar los aspectos susceptibles de ser valorados por lo que puede proponer una valoración de perjuicio estético con mayor facilidad que otros observadores no médicos, porque posee un mayor conocimiento de las referencias anatómicas y funcionales; y, también, porque tiene una opinión entrenada sobre el nivel de alteración de la imagen.
- Asumiendo el principio de la exclusividad de la función jurisdiccional aparece como una sugerencia que facilita la capacidad de observación de otros observadores (partes y tribunal), para que puedan dirigir su mirada a esos aspectos determinados (si son visibles exteriormente) para que valoren su propia impresión de deformidad.
- Existe un valor añadido y es que, independientemente de lo anterior, cualquier valoración realizada por un médico en una prueba pericial sobre “perjuicio estético”, supone la utilización de un método de trabajo y, por ello, susceptible de ser medida su fiabilidad, sensibilidad y validez; le permite asumir el principio de contradicción, y ser susceptible de confrontarse a la que puede realizar cualquier otro observador, mientras

que una valoración realizada no sujeta a un método, no se puede someter a una prueba de contradicción por carecer de criterios normalizadores de esa evaluación.

Con base en ese planteamiento sobre la razonabilidad de una valoración pericial del daño ocasionado a la imagen estética que siga los parámetros convencionales de la prueba en el procedimiento legal, el objetivo de este trabajo es plantear la posible utilización del método del ANALISIS DE LA IMPRESIÓN DEL PERJUICIO ESTÉTICO (AIPE) en los casos valoración del perjuicio estético en el ámbito civil o sobre el grado de la deformidad en el procedimiento penal, una vez que es un método que facilita al usuario, médico, odontólogo o profesional del Derecho, la generación de un criterio de intensidad o gravedad sobre ese perjuicio estético y sobre la eventual deformidad provocada; que puede asumir el principio de contradicción al establecer unas reglas de uso sujetas a reevaluaciones por otros evaluadores; y ser capaz de mejorar los principios de publicidad e intermediación al transportar al juzgador las bases de esa valoración de una forma sencilla y evidente en su construcción.

Conceptos

El perjuicio estético/deformidad es una valoración habitual en los procedimientos por lesiones, civiles o penales, y se convierte en uno de los principales problemas en la evaluación de los daños corporales debido a su carácter subjetivo.

En España, la deformidad se define como "toda alteración de la forma, permanente e visible de cualquier parte del cuerpo" [2].

Daño estético es toda alteración de la morfología externa o alteración funcional corporal que se traduce en una pérdida o disminución de la belleza o atracción del lesionado en lo que se refiere a su estado anterior. Toda disminución o pérdida de la atracción del lesionado. Si decimos que una persona es bella "estética" no nos apoyamos en conceptos determinados, sino en criterios subjetivos que determinan los *sentimientos de agrado o desagrado que nos genera la persona* [3].

"Qualquer irregularidade física ou alteração corporal externa, visível e permanente que pressuponha fealdade ostensiva à simples vista" [4].

Aunque habitualmente la palabra deformidad nos conduce a pensar casi exclusivamente en las cicatrices, debe recordarse que deformidad es un concepto mucho más amplio de pérdida de patrimonio estético de la persona entendido como la alteración de la compleja imagen que podemos percibir por cualquier sentido (vista, oído, olfato, tato o gusto) [5].

Aspectos civiles del perjuicio estético

En España encontramos la referencia de mayor valor y utilidad de la valoración civil del perjuicio estético en el capítulo especial de la tabla VI del anexo del RDL 8/2004, en su regla de aplicación primera, cuando establece: “El perjuicio estético consiste en cualquier modificación peyorativa que afecta a la imagen de la persona; constituye una dimensión diversa del perjuicio fisiológico que le sirve de sustrato; refiere tanto a su expresión estática como dinámica” [6]. Y es valorada en seis grados de intensidad: ligero, medio, moderado, importante, bastante importante y muy importante.

En Brasil solo se utiliza el método descriptivo. Describe las repercusiones de la secuela en una perspectiva estática y dinámica. Edad, sexo, factores sociales/escolares, familiares son aspectos que dependen del perito incluir o no en su evaluación del perjuicio estético. No existen parámetros ni métodos específicos para la valoración del daño estético [7].

Aspectos penales del perjuicio estético

En España, la deformidad como una situación susceptible ser valorada penalmente debe ser de nivel suficiente para que posea un valor dentro del Derecho Penal análogo con el resto posibilidades del artículo 147, 149 y 150 del Código Penal Español [5].

Y si estamos hablando de la legislación brasileña, debe poseer un valor penal análogo con el resto de posibilidades del párrafo §2º del artículo 129³ del Código Penal Brasileño que trata de la deformidad permanente. En Brasil, se define deformidad como toda alteración estética grave capaz de reducir, más o menos acentuadamente, la estética individual [8]. Es la pérdida del aspecto habitual, para la cual no existe reparación. El daño estético debe ser con cierta intensidad y que debe causar una incomodidad permanente,

³ Artigo 129 – caput - Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena - Detenção, 3 meses a 1 ano.

Lesão corporal de natureza grave - §1º Se resulta: I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 (trinta) dias.; II - Perigo de vida; III - Debilidade permanente do membro, sentido ou função.; IV - Aceleração do parto. Pena - Reclusão, 1 a 5 anos.

Lesão corporal de natureza gravíssima - §2º Se resulta: I - Incapacidade permanente para o trabalho.; II - Enfermidade incurável.; III - Perda ou inutilização de membro, sentido ou função.; IV - Deformidade permanente.; V – Aborto. Pena - Reclusão, 2 a 8 anos.

Lesão corporal seguida de morte - §3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo: Pena - Reclusão, 4 a 12 anos

un vejamen constante para el ofendido, pero sin alcanzar los límites de cosa horripilante, de la persona lesionada [9,10].

La deformidad citada en los diversos Códigos Penales es un término equivalente al perjuicio estético en Derecho Civil.

No hay desarrollado valoración normalizada ni método pericial médico para valoración penal.

Propuesta de uso del método "AIPE"

El Dr. Cobo Plana (2004) propone utilizar el mismo método para valorar la intensidad de la deformidad en el ámbito penal, que el que se utilice en el ámbito civil, de tal forma que, podría utilizarse el método AIPE (ANÁLISIS DE LA IMPRESIÓN O DEL IMPACTO DEL PERJUICIO ESTETICO) que desarrolla la graduación de intensidad del perjuicio estético. De esta forma se garantiza cierta congruencia entre los dos ámbitos, diferentes en su generación de responsabilidad, pero similares en el objetivo de medir la gravedad del daño estético provocado [5].

Desde el punto de vista pericial médico no se propondría una valoración específica⁴ del perjuicio estético como calificador agravante del tipo, cuando esta alteración de la imagen de la persona lesionada fuera ligera o muy ligera. Correspondería a aquellos casos en los que la posible alteración estética provocada se ve, pero que la mirada no tiende a fijarse en la misma, que no se utiliza para describir a esta persona, que no protagoniza ni la descripción de la persona ni su recuerdo, no induce emoción en la persona que la ve y no tiende a provocar alteración de la relación con la persona que lo sufre.

Sin embargo, en aquellos casos en que la alteración de la imagen fuera moderada, media o importante, sería posible proponer que su importancia como daños tienda a ser parecida a la que el Código Penal iguala con la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal. Así pues, se informaría como deformidad susceptible de ser valorada como del artículo 150⁵, y generar una mayor responsabilidad que la del artículo 147, y menor que la del artículo 149. Sería aquella alteración que se ve claramente, que la mirada tiene a fijarse en la misma, que sirve para describir a esta persona,

⁴ Artículo 147: 1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico.

⁵ Artículo 150. El que causare a otro la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad, será castigado con la pena de prisión de tres a seis años.

que puede protagonizar la descripción de la persona o su recuerdo, pero que no induce emoción en la persona que la ve que sea suficiente para provocar una alteración relevante de la relación con la persona que lo sufre.

Siguiendo esta misma graduación de gravedad, podríamos hablar de grave deformidad, y por ello ser susceptible de aplicar una agravación del tipo hasta llegar al artículo 149⁶, por cuanto la intensidad del perjuicio estético provocado tiene una gravedad similar a la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad. Diríamos que una alteración estética es una grave deformidad cuando se ve claramente, que la mirada se fijarse en la misma, que protagoniza el recuerdo que se tiene de esa persona, que induce emoción en la persona que lo ve, y que al menos tiene a provocar una ligera alteración de la relación con la persona que lo sufre, es decir, correspondiente a los grados Bastante o Muy Importante.

Método Cualitativo RDL 8/2004 – apreciación empírica

VALORACIÓN EN PUNTOS	VALORACION EN GRADOS DE PERJUICIO ESTÉTICO
0	No relevante
1 a 6	Ligero
7 a 12	Moderado
13 a 18	Medio
19 a 24	Importante
25 a 30	Bastante importante
31 a 50	Muy importante

Ref.- **Ayuda orientativa para realizar el análisis de la impresión o del impacto del perjuicio estético (AIPE*)** en Cobo JA. *Medicina Forense para Abogados. Volumen I de Valoración de los daños a las personas por accidentes de circulación*. Barcelona 2010. Bosch.

Desarrollo de la graduación del RDL 8/2004 (COB0) [6]

Este método [6] utiliza una secuencia simplificada de los pasos del proceso cognitivo por el que las personas crean una opinión graduada o de intensidad del perjuicio estético y que concluye en una valoración personal

⁶ Artículo 149. 1. El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años.

e individual de la trascendencia que posee la modificación peyorativa de la imagen de una persona.

Para ello sigue los siguientes pasos:

- Guión de autopreguntas sobre la respuesta del observador frente a la eventual alteración de la imagen de la persona o tabla AIPE.1.
- Una tabla (AIPE.2) para dejar recogida la respuesta del observador frente a las preguntas de la tabla anterior, de forma sistemática, con la valoración semiautomática del grado de intensidad según las intensidades del capítulo especial de la Tabla VI del RDL 8/2004.
- Una tercera tabla (AIPE.3) que permite una decisión metódica de la puntuación determinada dentro de la gama de intensidad elegida.
- Y, una tabla final, la AIPE.4, que se utiliza a modo de criterios complementarios que permiten mantenerse, aumentar o disminuir el resultado anteriormente obtenido.

Tabla "AIPE*.1" Guía para el análisis esquemática de la impresión

Nivel de comprobación. Responder a la pregunta: ¿hasta qué punto se "ve" o se "percibe" la alteración de la imagen de la persona?	no se ve o prácticamente no se ve se ve se ve claramente
Nivel de tendencia de la "mirada"⁷ a fijarse o a mantener atento al sentido que ha percibido el cambio de imagen. Responder a la pregunta: ¿Tiende nuestra mirada, o nuestros otros sentidos, a fijarse específicamente en esa alteración de la imagen de la persona?	no tiende a fijarse la mirada o nuestros otros sentidos, tiende a fijarse y/o se fija se tiende a evitar mirar
Nivel de recuerdo en la imagen del lesionado o nivel de "interés" que provoca cualquier elemento o aspecto objetivable. Responder a la pregunta: Cuando recordamos a nuestro paciente ¿lo describimos a partir de su alteración de la imagen de la persona?	no se recuerda se recuerda protagoniza el recuerdo y sirve para describir e identificar sin duda al lesionado
Nivel de emoción que provoca. Responder a la pregunta: ¿Nos provoca algún tipo de emoción la persona lesionada, como por ejemplo tristeza o alguna emoción similar?	no provoca respuesta emocional provoca ligera respuesta emocional provoca respuesta emocional intensa
Tipo de emoción que provoca. Responder a la pregunta: Si fuéramos familiares o allegados de la persona lesionada e lesionado ¿su imagen podría llegar a afectar nuestra relación con ella?	no sí, pero no mucho sí, mucho

Ref.- **Ayuda orientativa para realizar el análisis de la impresión o del impacto del perjuicio estético (AIPE*)** en Cobo JA. *Medicina Forense para Abogados. Volumen I de Valoración de los daños a las personas por accidentes de circulación*. Barcelona 2010. Bosch.

⁷ Considerando la tendencia de la mirada como algo natural sin inhibiciones o condicionamientos. El observador/evaluador debe liberarse de los condicionantes que provoca el decoro, la

Tabla "AIPE*.2" Para la valoración de la categoría de perjuicio estético

Valoración en puntos	Valoración en grados de perjuicio estético	Nivel de comprobación visual del defecto	Tendencia de la mirada a fijarse en el defecto	Nivel de recuerdo en la imagen del lesionado	Nivel de emoción que provoca	Posibilidad de provocar una alteración en la relación interpersonal
0	No relevante	No se ve o prácticamente no se ve				
1 a 6	Ligero	Se ve	No tiende a fijarse			
7 a 12	Moderado	Se ve claramente	Tiende a fijarse o se fija	No se suele recordar		
13 a 18	Medio	Se ve claramente	Se tiende a evitar mirar	Se recuerda	No provoca respuesta emocional	
19 a 24	Importante	Se ve claramente	Se tiende a evitar mirar	Protagoniza el recuerdo (sirve para describir)	Provoca respuesta emocional	No altera la relación interpersonal
25 a 30	Bastante importante	Se ve claramente	Se tiende a evitar mirar	Protagoniza el recuerdo (sirve para describir)	Provoca emoción intensa	Podría alterar la relación interpersonal marginalmente
31 a 50	Muy importante	Se ve claramente	Se tiende a evitar mirar	Protagoniza el recuerdo (sirve para describir)	Provoca emoción intensa	Podría alterar la relación interpersonal nuclearmente

Ref.- Ayuda orientativa para realizar el análisis de la impresión o del impacto del perjuicio estético (AIPE*) en Cobo JA. *Medicina Forense para Abogados. Volumen I de Valoración de los daños a las personas por accidentes de circulación*. Barcelona 2010. Bosch.

educación, la compasión, etc. que pueden hacer alterar esa tendencia a seguir mirando.

Tabla "AIPE*.3" Para la valoración del nivel del impacto en cada categoría

	Muy poco	Un poco	Moderado	Severo	Muy intenso
1.- En el caso de un perjuicio estético ligero (rango 1-6) la pregunta sería: ¿Se ve o se identifica cuando se mira, o se percibe por otro sentido? El límite inferior es de 1 puntos por tratarse de un perjuicio muy importante. El rango posible es de 6 puntos	1-4% de 6 puntos = 0 a 1 puntos	5-24% de 6 puntos = 2 puntos	25-49% de 6 puntos = 3 a 4 puntos	50-95% de 6 puntos = 5 puntos	96-100% de 6 puntos = 6 puntos
Valor final	1 punto	2 puntos	3 a 4 puntos	5 puntos	6 puntos
	Muy poco	Un poco	Moderado	Severo	Muy intenso
2.- En el caso de un perjuicio estético moderado (rango 7-12) la pregunta sería: Una vez percibida la alteración de la imagen ¿tiende a fijarse en ella y se recuerda?: El límite inferior es de 7 puntos por tratarse de un perjuicio muy importante. El rango posible es de 6 puntos	1-4% de 6 puntos = 0 a 1 punto	5-24% de 6 puntos = 2 puntos	25-49% de 6 puntos = 3 a 4 puntos	50-95% de 6 puntos = 5 puntos	96-100% de 6 puntos = 6 puntos
Valor final	7 puntos	8 puntos	9 a 10 puntos	11 puntos	12 puntos
	Muy poco	Un poco	Moderado	Severo	Muy intenso
3.- En el caso de un perjuicio estético medio (rango 13-18) la pregunta sería: ¿La alteración de la imagen del cuerpo es parte de la descripción de la persona porque protagoniza su aspecto? El límite inferior es de 13 puntos por tratarse de un perjuicio muy importante. El rango posible es de 6 puntos	1-4% de 6 puntos = 0 a 1 punto	5-24% de 6 puntos = 2 puntos	25-49% de 6 puntos = 3 a 4 puntos	50-95% de 6 puntos = 5 puntos	96-100% de 6 puntos = 6 puntos
Valor final	13 puntos	14 puntos	15 0 16 puntos	17 puntos	18 puntos
	Muy poco	Un poco	Moderado	Severo	Muy intenso

4.- En el caso de un perjuicio estético importante (rango 19-24) la pregunta sería: ¿La alteración de la imagen provoca reacciones emocionales?: El límite inferior es de 19 puntos por tratarse de un perjuicio importante. El rango posible es de 5 puntos	1-4% de 6 puntos = 0 a 1 punto	5-24% de 6 puntos = 2 puntos	25-49% de 6 puntos = 3 a 4 puntos	50-95% de 6 puntos = 5 puntos	96-100% de 6 puntos = 6 puntos
Valor final	19 puntos	20 puntos	21 o 22 puntos	23 puntos	24 puntos
	Muy poco	Un poco	Moderado	Severo	Muy intenso
5.- En el caso de un perjuicio estético bastante importante (rango 25-30) la pregunta sería: ¿El nivel de emociones provocadas en la persona podría llegar a afectar marginalmente la relación?: El límite inferior es de 25 puntos por tratarse de un perjuicio bastante importante. El rango posible es de 6 puntos	1-4% de 6 puntos = 0 a 1 punto	5-24% de 6 puntos = 2 puntos	25-49% de 6 puntos = 3 a 4 puntos	50-95% de 6 puntos = 5 puntos	96-100% de 6 puntos = 6 puntos
Valor final	25 puntos	26 puntos	27 a 28 puntos	29 puntos	30 puntos
	Muy poco	Un poco	Moderado	Severo	Muy intenso
6.- En el caso de un perjuicio estético importantísimo (rango 31-50) la pregunta sería: ¿Si yo tuviera que convivir con esta persona, esa deformidad que presenta me afectaría nuclearmente en mi relación con él o con ella?: El límite inferior es de 31 puntos por tratarse de un perjuicio muy importante. El rango posible es de 20 puntos	1-4% de 20 puntos = 0 a 1 puntos	5-24% de 20 puntos = de 2 a 4 puntos	25-49% de 20 puntos = 5 a 10	50-95% de 20 puntos = 10 a 18	96-100% de 20 puntos = 19 a 20
Valor final	31 a 32 puntos	33 a 35 puntos	36 a 40 puntos	41 a 48 puntos	49 a 50 puntos

Ref.- **Ayuda orientativa para realizar el análisis de la impresión o del impacto del perjuicio estético (AIPE*)** en Cobo JA. *Medicina Forense para Abogados. Volumen I de Valoración de los daños a las personas por accidentes de circulación*. Barcelona 2010. Bosch.

Tabla "AIPE*.4" para la valoración de los criterios complementarios de valor de perjuicio estético

Criterios complementarios de valor de perjuicio estético	
Focos de relación en la comunicación: especial referencia a los objetivos visuales convencionales en un diálogo directo, como son el rostro, con especial importancia de los ojos y la boca, y las manos, como ayuda o complemento a la expresión oral.	no se percibe o prácticamente no se percibe se percibe se percibe claramente
Focos de atención en la relación sexual: zonas sexuales primarias y secundarias, manos (tanto en el aspecto visual como de contacto o uso sexual).	no se percibe o prácticamente no se percibe se percibe se percibe claramente
Focos transitorios especiales: territorios del cuerpo habitualmente no expuestos a la visión, pero sí en situaciones específicas, como baños de sol, bañadores, etc.	no se percibe o prácticamente no se percibe se percibe se percibe claramente
Focos de especial trascendencia en actividades laborales: dependiendo de la actividad (p. ej., una cicatriz glútea en un profesional que requiera su exposición específica).	no se percibe o prácticamente no se percibe se percibe se percibe claramente
Otros focos especiales.	no se percibe o prácticamente no se percibe se percibe se percibe claramente

Ref.- **Ayuda orientativa para realizar el análisis de la impresión o del impacto del perjuicio estético (AIPE*)** en Cobo JA. *Medicina Forense para Abogados. Volumen I de Valoración de los daños a las personas por accidentes de circulación*. Barcelona 2010. Bosch.

DISCUSIÓN

La valoración del daño estético es una de las principales dificultades que los profesionales de la salud encuentran frente a una persona con daños corporales. Su complejidad de evaluación depende fundamentalmente de la confluencia de las perspectivas jurídicas del informe pericial con que se trata de una medida de efectos subjetivos e individuales, por lo que puede ser evaluado de forma diferente por cada uno de los observadores o persona de su relación, y, por ello, sujeto las posibilidades de evaluaciones distintas. Por ello, la valoración del daño estético debe ser definida a través de criterios que estimen, de una forma evidente y fácil de comunicar a los tribunales y Autoridades el efecto que esa pérdida de atracción provoca. Y que, simultá-

neamente, asuman los principios de contradicción, publicidad e intermediación, como esenciales a la prueba médica en estos ámbitos.

Nuestra referencia era el método cualitativo empírico-descriptiva (RDL 8/2004) o el método de Thierry e Nicourt – escala de 7 grados –, como formas sencillas de mostrar la importancia o gravedad de la pérdida de atracción de lesionado por medio de un calificativo evidente en su intensidad o número de los señalados en la escala.

El método AIPE aplica criterios evidentes y de gran facilidad de uso para el explorador y evaluador, para justificar la razón de la intensidad valorada adaptándola a la graduación del método cualitativo empírico-descriptiva (RDL 8/2004) y del método de Thierry e Nicourt – escala de 7 grados.

Remedando al Presidente de la Sala Primera del Tribunal Supremo de España, el Excmo. Sr. D. Juan Antonio Xiol Ríos en 2010, el método propuesto aporta los conocimientos médicos necesarios para la preparación de la prueba y para vertebrar la indemnización y sobre los procedimientos más adecuados para ello, tanto en el ejercicio de las acciones de resarcimiento como en la oposición a las mismas, desde una adecuada interpretación médica del Sistema de Valoración. Y también en 2010 Mariano Medina Crespo abunda que el trabajo del experto médico debe convertirse en los criterios de referencia «para quienes hayamos de manejar el sistema legal valorativo, tanto para calcular las indemnizaciones dimanantes de daños corporales producidos en accidentes de circulación, como de cualesquiera otros accidentes para los que constituye herramienta cumplida dicha regulación legal, siempre que se sepa interpretar correctamente.»

CONCLUSIÓN

El método descriptivo siempre debe ser utilizado por ser la única forma de demostrar la verdadera naturaleza de la alteración estética y su importancia. Describe la secuela en una perspectiva estática y dinámica (no incluyendo edad, sexo, labor). Pero presenta la desventaja de no establecer parámetros de medida contrastables para la valoración del daño estético.

El método cualitativo empírico-descriptivo RDL 8/2004 y el método de Thierry e Nicourt – escala de 7 grados –, presenta las ventajas de ser una forma sencilla de mostrar la importancia o gravedad de la pérdida de atracción de lesionado por medio de un calificativo o número de los señalados en la escala, que favorece la homogeneización de los términos que utilizan el perito. Pero nos encontramos con la grave limitación de ser aplicado sin la utilización de criterios de referencia contrastables y sujetos a contradicción.

El AIPE propuesto por Cobo (2010) [6] propone analizar la medida de la modificación peyorativa de la imagen de esa persona y su transformación homogénea en uno de los calificativos de la escala de grados. Plantea un método y un guión de trabajo vertebrado que permite una valoración razonada de la intensidad del perjuicio estético facilitando la emisión de un informe por cuanto podemos explicar la razón o razones por las que efectuamos una determinada elección de esa intensidad según los seis o siete grados y finalmente nos facilita una adaptación en menos o más según criterios complementarios. Así mismo, permite, al tratarse de un método, ser reevaluado en momentos posteriores, y sujetarse al principio de la contradicción de la prueba, así como asegurar los elementos de valoración necesarios para se cumpla el principio de intermediación.

Una vez diseñado un método de valoración de la intensidad o gravedad del perjuicio estético, este método parece que puede ser perfectamente aplicado a cualquier legislación civil o penal, una vez que definen parámetros para cualificar la alteración estética. Una vez que esos criterios sirven para que el mismo daño estético tenga la misma valoración y consecuentemente la misma reparación en derecho civil es posible pensar que las mismas alteraciones estéticas tengan las mismas calificaciones penales. Y que lesiones semejantes tengan la misma valoración y cualificación penal. De acuerdo con estas premisas, la deformidad del párrafo §2º, IV del artículo 129 del Código Penal Brasileño equivaldría al artículo 149 del Código Penal Español (BASTANTE O MUY IMPORTANTE), una vez que el Código Penal Brasileño solo trata de daño estético agravado. No existiendo en Brasil una tipificación correspondiente do artículo 147 y 150 que trata de una perjuicio estético/deformidad LIGERA, MODERADA, MEDIA O IMPORTANTE.

REFERENCIAS

1. Vieira DNP. En: Boucharder *et al.* Avaliação do dano corporal pós-traumático: metodologia europeia aplicada ao contexto brasileiro. Belo Horizonte: Mazza, 2010.
2. Calabuig G. Medicina legal y toxicología. 6. ed. Barcelona: Masson. 2004. cap.14.
3. Criado Del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona. Tomo II. Doctrina médico-legal de valoración de daños personales. Madrid: COLEX 2010; 1:25-138.
4. Vieira DNP, Quintero JA. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros 2008; 173-226.
5. Cobo JA. ¿Falta o delito? Algunas reflexiones médico forenses sobre las lesiones. La Ley Penal 2004 Dec.; 1(11):18-42.
6. Cobo JA. Medicina forense para abogados: La valoración del daños a la personas por accidentes de tráfico. Barcelona: Bosch 2010; 5:635-702.

7. Bouchardet FCH, Criado Del Río MT. Propuesta de una guía para la valoración médico-legal de la alteración estética: daño estético/deformidad. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. (21), 2010 [p. 119-130].
8. França GV. *Medicina legal*. Cap. 4. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001, p. 64-158.
9. Almeida Jr. A, Costa Jr. JBO. *Lições de Medicina legal*. 15. ed. São Paulo: Nacional, 1978.
10. Fávero F. *Medicina legal*. 10. ed. São Paulo: Martins; Belo Horizonte: Itatiaia, 1975; 1:208-35.

Resumo: Utilização do método “AIPE” na avaliação do prejuízo estético e sua aplicação na legislação brasileira civil e penal

A avaliação do dano corporal que provoca alteração estética deve seguir o princípio da razoabilidade e seguir os parâmetros convencionais da prova no procedimento judicial. O objetivo deste trabalho é propor a possível utilização do método da Análise da Impressão do Prejuízo Estético (AIPE) nos casos de avaliação do prejuízo estético no âmbito do Direito Civil ou sobre o grau da deformidade no procedimento penal, uma vez que é um método que facilita ao perito, médico, cirurgião-dentista ou profissional do Direito, a adoção de um critério de intensidade ou gravidade sobre esse prejuízo estético e sobre a eventual deformidade provocada, que pode assumir o princípio da contradição da prova ao estabelecer regras de uso sujeitas a reavaliações por outros avaliadores e ser capaz de melhorar os princípios de contradição e mediação ao expor ao julgador as bases dessa avaliação de uma forma singela e evidente. Uma vez desenhado um método de avaliação da intensidade ou gravidade do prejuízo estético, este método parece poder ser perfeitamente aplicado a qualquer legislação civil ou penal.

Palavras-chave: Prejuízo estético; dano estético; deformidade.

Summary: Utilisation of the method “AIPE” in the assessment of the aesthetic damage and its application in civil and penal brazilian legislation

The evaluation of body damage that causes aesthetic alteration should follow the principle of reasonability and also the conventional standard of proof in the legal proceedings. The objective of this essay is to propose the possible use of the Aesthetic Perception of Injury Analysis (AIPE) method in cases of valuation of disfigurement in the civil scope or the degree of deformity in criminal proceedings, since it is a method that facilitates for the user, the doctor, the dentist or the lawyer when creating a criteria of intensity or severity of this aesthetic damage and upon the resulting deformity, which may take the principle of contradiction by establishing some rules of use subject to reassessment by other evaluators, and be able to improve the principles of advertising and mediation when conveying to the judge the basis of this assessment as a simple and evident way in its construction. Once a method of assessing the intensity or severity of the disfigurement is established, it seems that this method can be perfectly applied to any civil or criminal legislation.

Key-words: Aesthetic alterations; aesthetic damage; deformities.

Resumé: Utilisation du méthode "AIPE" dans l'estimation du préjudice esthétique et son application dans la législation brésilienne civil et pénal

L'évaluation des dommages corporels qui provoquent une altération esthétique devrait suivre le principe de la raison et la norme conventionnelle de la preuve dans une procédure judiciaire. L'objectif de ce papier est de proposer l'utilisation possible de la méthode de Analyse de Impression de Préjudice Esthétique (AIPE) dans les cas de évaluation de la défiguration dans la responsabilité civile ou le degré de déformation dans les procédures pénales, puisque c'est une méthode qui facilite à l'utilisateur, médecin, dentiste ou professionnel du droit, la création d'un critère d'intensité ou gravité de cette préjudice esthétique et ou d'une éventuelle difformité, ce qui peut aider au principe de contradiction, en établissant quelques règles d'utilisation soumises à une réévaluation par les autres évaluateurs, et être capable d'améliorer les principes de avertissement et de médiation quand il transmet au juge la base d'évaluation d'une façon simple et évidente dans sa construction. Une fois conçu une méthode d'évaluation de l'intensité ou de la sévérité de la défiguration, il semble que cette méthode peut parfaitement être appliquée à tout le droit civil ou pénal.

Mots-clés: Préjudice esthétique; dommage esthétique; difformités.

Pedido de separatas:

FERNANDA BOURCHARDET

fernanda@performo.com.br

A avaliação pericial do estado de saúde. Uma problemática em Clínica Forense

Carina Oliveira^(1,3), Rosário Lemos Silva^(1,3), Graça Santos Costa^(1,3),
Diogo Pinto da Costa^(1,3), Francisco Corte Real⁽¹⁻³⁾, Duarte Nuno Vieira^(1,2,3)

INTRODUÇÃO

Concretizada no âmbito da Clínica Forense, a avaliação pericial do estado de saúde continua a constituir, indiscutivelmente, uma das situações *problemáticas* no domínio da avaliação dos danos corporais, representando, ainda hoje, um desafio na prática pericial médico-legal. Isto atendendo quer à frequente complexidade do objeto da perícia, quer à grande variabilidade de situações que, neste contexto, são solicitadas aos serviços periciais médico-legais.

Como sempre, também aqui é crucial dar resposta ao objeto da perícia, ao que é solicitado pela entidade requisitante, seja esta a competente autoridade judiciária, uma companhia seguradora, a entidade patronal ou o próprio examinado. Como sempre também, a resposta a dar deverá ser imparcial e objetiva, satisfazendo cabalmente os fins a que se destina, sem deixar de respeitar as normas específicas que a regem.

Até 21 de Janeiro de 2008, era absolutamente pacífico que o instrumento de avaliação (tabela) aplicável em tais situações, sempre que era solicitada a atribuição de incapacidade, seria a Tabela aprovada no Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro (isto é, a *Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais*). Isto porque era até então a única tabela de avaliação de incapacidades oficialmente existente no nosso país. E esta situação resultava também claramente do disposto no Decreto-Lei n.º 202/96,

¹ Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

³ CENCIFOR - Centro de Ciências Forenses, Portugal

de 23 de Outubro⁴, que estabelece o *regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência*, tal como definido no artigo 2.º da Lei n.º 9/89, de 2 de Maio, para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei tendo em vista facilitar a sua plena participação na comunidade.

Mas o Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, veio posteriormente aprovar duas tabelas, uma destinada ao direito de trabalho, para a avaliação pericial de vítimas de acidentes de trabalho e doenças profissionais, e outra inteiramente direcionada para a reparação do dano em Direito Civil: a *Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI)* e a *Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil*.

Este novo quadro legal (as novas tabelas) não refere jamais quaisquer regras de aplicabilidade na avaliação específica de incapacidades em pessoas com deficiência, para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei. Por outras palavras, não se definiu qualquer tabela específica para tais situações, ou seja, se seria de passar a utilizar neste âmbito a *Tabela de Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil*, como pareceria lógico, face ao tipo de incapacidade em causa.

Nesta conformidade, teremos de concluir que permanece como instrumento pericial aplicável nas avaliações de incapacidade de pessoas com deficiência - por força do Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro ("*lei especial*"), que não

⁴ Preâmbulo do Decreto – Lei n.º 202/96 de 23 de Outubro

O n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 9/89, de 2 de Maio - Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência - define pessoa com deficiência «aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica suscetível de provocar restrições da capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de atividades consideradas normais, tendo em conta a idade, o sexo e os fatores socioculturais dominantes».

Face à inexistência de normas específicas para a avaliação de incapacidade na perspetiva desta lei, tem sido prática corrente o recurso à Tabela Nacional de Incapacidades (TNI), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, perspetivada para a avaliação do dano em vítimas de acidentes de trabalho e doenças profissionais, de forma a possibilitar alguma uniformização valorativa a nível nacional.

Todavia, no âmbito da avaliação de incapacidade de pessoas com deficiência, mostra-se necessário proceder à atualização dos procedimentos adotados, nomeadamente de forma a melhor adequar a utilização da atual TNI ao disposto na Lei n.º 9/89, de 2 de Maio. Considerando o conceito de pessoa com deficiência, enunciado no n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 9/89, de 2 de Maio - Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência; considerando que os benefícios fiscais e parafiscais previstos na lei para pessoas com deficiência são atribuídos com o intuito de realizar justiça social; considerando a necessidade não só de explicitar a competência para avaliação de incapacidade nas pessoas com deficiência como também, enquanto não for instituída uma tabela específica para este fim, criar normas de adaptação da citada TNI; considerando ainda a experiência adquirida pelas juntas médicas de avaliação de incapacidade de pessoas com deficiência.

foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro (“*lei geral*”) - a TNI (mas na sua nova versão do anexo I deste Decreto-Lei).

Note-se que a TNI (na sua versão atual) se aplica a todas as peritagens de danos corporais para avaliação do estado de saúde efetuadas após a sua entrada em vigor (verificada em Janeiro de 2008)⁵, independentemente da data em que tenha sido diagnosticada a deficiência ou estado patológico que fundamentou o pedido de avaliação.

No domínio da avaliação do estado de saúde, a intervenção dos serviços médico-legais tem surgido na sequência de solicitações das autoridades judiciárias e judiciais competentes, no âmbito de processos judiciais, inscrevendo-se plenamente nas suas competências enquanto órgão de apoio técnico aos tribunais. A intervenção do INML nas avaliações do estado de saúde, concretizada através dos seus peritos médicos, integra-se nas suas atribuições legais de prestação de serviços que envolvam conhecimentos médico-legais, conforme expressamente previsto na sua atual⁶ lei orgânica (alínea i, do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 131/2007, de 27 de Abril).

Mas tem igualmente surgido por iniciativa e a pedido de entidades públicas e privadas, bem como de particulares, para finalidades diversas (porventura não completamente esclarecidas nalguns casos): prova do seu estado de saúde, designadamente da incapacidade, para acionamento de contrato de seguro, para instrução de processo a apresentar na junta médica (situação a que se refere o artigo 2.º Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 174/97, 19 de Julho), ou para efeito de preparação do recurso hierárquico (de junta médica) para o diretor-geral da Saúde (cf. o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro).

MODELO DE AVALIAÇÃO PERICIAL

A perícia médico-legal deve concretizar-se na forma de relatório pericial, decorrendo as realizadas no âmbito dos serviços do INML, em consonância com o modelo aprovado por este Instituto e com as metodologias específicas de cada domínio do direito, adequadas à avaliação pretendida. Refira-se que o INML não se encontra vinculado à utilização das instruções gerais e do modelo anexos ao Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro, pois que se dirigem única e especificamente à avaliação em junta médica pelas autoridades aí designadas.

A elaboração do relatório pericial deve atender ao seguinte:

⁵ Alínea c) do n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro

⁶ À data de entrega deste trabalho para publicação.

- Descrição pormenorizada e objetiva da perda ou da anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica suscetível de provocar restrições da capacidade do examinando;
- Interpretação dos elementos observados e elaboração de conclusões devidamente fundamentadas.

Nesta conformidade, a elaboração do relatório pericial neste âmbito, deve envolver os seguintes capítulos: a) Identificação; b) Informação (compreendendo os subcapítulos: “História do Evento” e “Dados Documentais”); c) Antecedentes; d) Estado Atual (compreendendo os subcapítulos: “Queixas”, “Exame Objetivo” e “Exames Complementares”); e) Discussão (sendo que, tal deverá ser substituída por conclusões preliminares, caso não seja possível concluir o relatório de forma definitiva); f) Conclusões.

Caso as conclusões finais possam ser formuladas, deverá elaborar-se previamente o capítulo da discussão, que deve contemplar obrigatoriamente, sob a forma de texto, a resposta ao objeto da perícia solicitada, quer seja a fixação de uma incapacidade, da compatibilidade ou não para o exercício da atividade profissional ou da necessidade de dependências (ajudas de terceira pessoa, técnicas, medicamentosas ou adaptação do domicílio, veículo ou local de trabalho).

Finalmente cabe referir que a avaliação pericial do estado de saúde deve ser efetuada cautelosamente, porque *cada caso é um caso*, todos distintos e particulares no seu conteúdo, devendo o perito médico ter um conhecimento geral do regime jurídico relativo a cada avaliação solicitada.

ANÁLISE DE ALGUNS CASOS

A intervenção pericial médico-legal nas situações de avaliação do estado de saúde ficará seguramente melhor exemplificada se nos debruçarmos sobre casos concretos. Utilizaremos alguns dos avaliados no Serviço de Clínica Forense da Delegação do Centro do INML:

Caso 1: Exame pericial efetuado em 2010, tendo sido solicitada a atribuição de incapacidade. Tratava-se de examinada de 50 anos de idade, reformada por invalidez (funcionária de estação de abastecimento de combustível) e portadora de uma doença natural, crónica - *polimiosite*, que se traduzia por um quadro de défice muscular generalizado, disfagia e sintomas depressivos crónicos. Com base na TNI (*Anexo I do Decreto-Lei nº352/2007 de 23 de Outubro*) e na capacidade restante

da examinada que não lhe permitia a realização de qualquer tipo de atividade profissional, foi proposta a atribuição de uma incapacidade permanente absoluta para toda e qualquer profissão (IPA), o que, de acordo com a alínea 3 das Instruções Gerais da Tabela, deve ser expresso pela unidade. Foi ainda considerado que o quadro sequelar apresentado condicionava a autonomia da examinada para a realização dos atos correntes da vida diária, familiar e social, com necessidade de ajuda de terceira pessoa para a maioria dessas atividades, tratamentos medicamentosos, fisiátricos e controlos médicos e analíticos regulares.

Caso 2: Exame pericial solicitado pela entidade patronal em 2006, para avaliação da compatibilidade entre a atividade profissional que o examinado executava e a patologia de que era portador, atendendo a que não havia sido atribuída invalidez pelos peritos do Instituto de Segurança Social. Tratava-se de examinado de 59 anos de idade, operário fabril, com queixas algícas cervicais e lombares, poliradiculopatia cervical moderada, canal raquidiano estenótico por alterações uncovertebrais, conflito de espaço com as raízes C5-C6, procidência herniária a nível de C3-C4 e radiculopatia a nível de L5-S1 à esquerda, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico a hérnia discal lombar. Além de uma claudicação da marcha e limitações dolorosas dos segmentos cervical e lombar da coluna, apresentava um quadro angodepressivo, sem melhoria substancial com a terapêutica instituída. Ao ser solicitada uma avaliação da sua aptidão para a atividade profissional que desempenhava, tornou-se imprescindível que ao processo pericial fosse anexada uma acurada análise do seu posto de trabalho bem como a caracterização detalhada da sua atividade laboral. Do relatório da Medicina do Trabalho, constatou-se que a sua atividade exigia a posição ortostática frequente para a realização das tarefas, tração e elevação de cargas superiores a 25 kg e esforços que não eram tolerados pelo examinado. Nesta conformidade, foi proposta a atribuição de uma incapacidade total e permanente (incompatibilidade) para o exercício da sua profissão. Acresce-se que as perícias relativas à incapacidade para o trabalho por motivos de doença natural são geralmente da responsabilidade do Instituto de Segurança Social, contudo, cada vez mais, o Instituto Nacional de Medicina Legal (INML, I.P.) tem sido confrontado com situações desta natureza. Nestes casos, é fundamental proceder-se à avaliação de determinados fatores, entre os quais, as exigências das condições de saúde do examinado em relação à sua profissão. Deste modo, é de grande relevância a avaliação das condições de trabalho e das tarefas exercidas pelo examinado.

Caso 3: Exame pericial solicitado pelo examinado em 2010, para a atribuição de uma incapacidade, com a finalidade de aquisição de dístico para estacionamento de veículos de pessoas com deficiência. Tratava-se de examinado com 85 anos de idade, reformado, submetido a cistoprostatectomia radical, por neoplasia invasiva da bexiga, hérnia do hiato, urgência miccional com crises de incontinência urinária, patologia degenerativa da coluna cervico-dorso-lombar, gonartrose bilateral moderada e ciatalgia esquerda. Ao exame objetivo, apresentava fralda descartável, distensão abdominal, limitação dolorosa dos segmentos cervical e lombar da coluna, sinal de *Lasègue* positivo à esquerda e uma limitação do movimento de flexão do joelho esquerdo, compatível com o processo artrósico referido. O regime jurídico relativo à aquisição do dístico de estacionamento de veículos para pessoas com deficiência (*Decreto-Lei n.º 307/2003 de 10/12*)⁷, só considera pessoa com deficiência motora, se portadora de incapacidade motora permanente, ao nível dos membros e de grau igual ou superior a 60%. No caso em concreto, foi proposta a atribuição de uma incapacidade motora a nível dos membros, inferior a 60% (com recurso à *Tabela Nacional de Incapacidades para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais*).

Caso 4: Exame pericial solicitado por autoridade judicial em 2010, para avaliação da incapacidade permanente parcial, “incapacidade genérica e funcional” do examinado e sua eventual aptidão para a atividade profissional, com o objetivo de usufruir de eventuais benefícios fiscais e/ou sociais. Referia-se a examinado com 35 anos de idade, reformado por invalidez (mecânico e motorista de reboque), a quem foi diagnosticada uma leucemia linfoblástica aguda cinco anos antes e tendo efetuado

⁷ Decreto – Lei 307/2003 de 10 de Dezembro (*Dístico de estacionamento para deficientes*)

Artigo 2.º **Pessoa com deficiência profunda** - Para efeitos do presente diploma, considera-se pessoa com deficiência motora toda aquela que, por motivo de lesão, deformidade ou enfermidade, congénita ou adquirida, seja portadora de deficiência motora, ao nível dos membros inferiores ou superiores, de carácter permanente, de grau igual ou superior a 60%, avaliada pela *Tabela Nacional de Incapacidades*, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, desde que tal deficiência lhe dificulte, comprovadamente:

a) A locomoção na via pública sem auxílio de outrem ou sem recurso a meios de compensação, nomeadamente próteses e ortóteses, cadeiras de rodas, muletas e bengalas, no caso de deficiência motora ao nível dos membros inferiores;

b) O acesso ou utilização dos transportes públicos coletivos convencionais, no caso de deficiência motora ao nível dos membros superiores.

Artigo 3.º **Pessoa com multideficiência profunda** - Para efeitos do presente diploma, considera-se pessoa com multideficiência profunda qualquer pessoa com deficiência motora que, para além de se encontrar nas condições referidas no artigo anterior, enferme cumulativamente de deficiência sensorial, intelectual ou visual de carácter permanente de que resulte um grau de incapacidade igual ou superior a 90%.

tratamento quimioterápico com término em Janeiro de 2009, após protocolo de manutenção. Foi ainda submetido a uma artroplastia total da anca direita, por necrose asséptica da cabeça femoral. À data do exame pericial, apresentava-se sem evidência de doença hematológica e o exame objetivo era compatível com as limitações inerentes a uma prótese total da anca (limitação dos movimentos de rotação externa e flexão da anca). Foram colocados inúmeros quesitos pelo advogado, muitos relacionados com a sua aptidão para a atividade profissional. Não se reportando o caso em concreto a um pedido de esclarecimentos de uma avaliação pericial prévia, mas sendo uma primeira avaliação, não se procedeu a uma resposta direta aos quesitos, mas à elaboração de um relatório, contemplando-se todos os aspetos relevantes da avaliação pericial, bem como, indiretamente, a resposta aos quesitos colocados. Atendendo a que o examinado era portador de prótese total da anca, foi proposta a atribuição de uma incapacidade permanente parcial (IPP) de 30%, com recurso à TNI e uma incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual, devido à perda de função inerente ao desempenho do posto de trabalho que ocupava. Quanto à “incapacidade genérica e funcional” solicitada, foi o advogado informado que tal só poderia ser valorado em sede de avaliação do dano corporal pós-traumático em Direito Civil, o que não se aplicava no caso em apreço. Foi ainda contemplado no relatório médico-legal que apesar de à data do exame pericial o examinado se apresentar sem evidência de doença hematológica, só poderia ser considerado curado cinco anos após o término dos tratamentos efetuados, o que ainda não havia ocorrido. Face ao exposto, é fundamental lembrar que sempre que o grau de incapacidade arbitrado seja suscetível de variação futura, tal deverá ser indicado.

Caso 5: Exame pericial solicitado por autoridade judicial em 2010, para avaliação do atual estado de saúde do examinado, detido em estabelecimento prisional e da compatibilidade dos tratamentos às patologias de que é portador com a sua atual situação prisional. Tratava-se de examinado, com 55 anos de idade, a quem foram solicitados exames complementares das especialidades de Endocrinologia (Diabetologia), Cardiologia e Psiquiatria, com o objetivo de confirmar ou não as patologias de que referiu ser portador (diabetes mellitus; cardiopatia isquémica e hipertensão arterial) e se estas se encontravam clinicamente compensadas. Constatou-se ser portador de Diabetes Mellitus tipo II e que, apesar de medicado, apresentava uma descompensação clínica da patologia endócrina. Apresentava hipertensão arterial, medicado, mas com picos hipertensivos decorrentes do seu estado psicológico atual.

Apresentava ainda episódio depressivo major e doença aterosclerótica estabelecida, com risco elevado de doença coronária (hipertriglicéridemia, HTA, DM, sedentarismo e stress psicológico).

O INML tem sido confrontado com solicitações de exames periciais relativos às condições de saúde de examinados, no âmbito de processos penais e a propósito da estimativa da capacidade de um indivíduo de se submeter a uma situação prisional. O perito médico deverá, pois, definir as reais condições de saúde dos arguidos (presos preventivamente ou condenados) e a sua compatibilidade com o ambiente prisional, considerando as condições das instalações da unidade prisional e a capacidade dos respetivos serviços de saúde, assim possibilitando determinar se existem razões para adiar ou substituir a prisão (seja enquanto medida de coação ou enquanto pena efetiva). Não existem instruções específicas relativas à descrição do estado de saúde, ou seja, do que seria uma contra-indicação, temporária ou permanente, para a participação em processos judiciais ou ficar em condições de encarceramento. Os prováveis pressupostos analisados referem-se, essencialmente, à idade, ao sexo e ao tipo de doenças somáticas de que seja portador.

Caso 6: Exame pericial requerido por autoridade judicial em 2010, para avaliação da atual situação clínica da examinada (com 15 anos de idade) e a compatibilidade com as suas condições habitacionais, onde residiu de 1997 a 2002. Tratava-se de uma examinada, que desde os 2 anos de idade iniciou episódios repetidos de infeções respiratórias altas (rinites, adenoidites e otites), broncorreatividade com tosse noturna e discrepância dento-maxilar. Na sua infância, coabitava numa residência com humidade extrema, cheiro a colas e vernizes, infiltrações de águas nas paredes e bolores em camada espessa nas paredes e armários. Foram colocados inúmeros quesitos, entre os quais, se o quadro clínico atual da examinada era afetado pelas condições habitacionais que teve de suportar na infância e qual o grau de *Quantum Doloris* para todo o período em que permaneceu em ambiente de extrema humidade. Tal como referido anteriormente, foi elaborado um relatório onde se admitiu que os quadros de infeção respiratória eram compatíveis com os altos índices de humidade que teve de suportar e que a sua permanência em tais condições, agravavam tal quadro clínico. Atualmente, não tomava qualquer medicação tendo referido apenas tosse seca, irritativa, sobretudo noturna e com temperaturas frias e húmidas. Atendendo à multiplicidade etiológica da tosse seca, bem como ao facto de esta ocorrer em temperaturas frias (quando as infeções respiratórias

são mais frequentes), não foi possível admitir o nexo de causalidade entre os factos ocorridos de 1997 a 2002 e a situação clínica atual da menor, nem tão pouco, entre as condições habitacionais onde residia e os seus problemas dentários. Quanto à valoração quantitativa do *Quantum Doloris* solicitada, não foi efetuada, tendo sido referido que tal parâmetro era valorado no âmbito da avaliação do dano corporal pós-traumático em sede de Direito Civil, o que não se sucedia no caso em apreço.

Nas avaliações efetuadas neste âmbito, podemos ainda deparar-nos com situações de ações de despejo ou averiguações da capacidade de procriação.

CONCLUSÕES

Da análise dos casos expostos pode concluir-se o seguinte:

- 1 – A avaliação do estado de saúde pode ser feita a pedido de entidades diversas, públicas e privadas, bem como de particulares.
- 2 – A avaliação do estado de saúde pode ser realizada por motivos variados, designadamente compatibilidade entre o exercício da atividade profissional e a deficiência de que é portador, compatibilidade entre os tratamentos às patologias e a situação prisional, determinação de incapacidade no âmbito de contrato de seguro, obtenção de dístico de estacionamento, obtenção de benefícios fiscais, entre outros.
- 3 – A avaliação do estado de saúde pode servir para instrução de processo a apresentar a junta médica ou para preparação de recurso hierárquico para o diretor-geral da Saúde, de acordo com o Decreto-Lei n.º 202/96 de 23 de Outubro.
- 4 – Deve ser utilizada a versão mais atual da *Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais* em todas as peritagens de avaliação do estado de saúde, mesmo que tal estado seja anterior à entrada oficial em vigor da tabela.
- 5 – No âmbito da avaliação do estado de saúde deve ser elaborado um relatório completo, que inclui os diversos capítulos aprovados pelo INML no que se refere à avaliação do dano corporal em geral, exceto

nas Juntas Médicas previstas no Decreto-Lei nº202/96 de 23 de Outubro, nas quais deve ser utilizado o modelo específico aí previsto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro

Decreto-Lei n.º 307/2003, de 10 de Dezembro

Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro

Resumo: A avaliação de pessoas com deficiência suscetível de provocar restrições da sua capacidade e limitações no exercício de atividades consideradas normais constitui um tipo de perícia cada vez mais solicitada aos serviços médico-legais. No âmbito deste tipo de exames constata-se uma grande variabilidade de entidades requisitantes e de objetos da perícia, sendo pretendida, designadamente, a atribuição de incapacidades para efeitos de acesso a benefícios fiscais/sociais previstos na lei ou a atribuição ou não da compatibilidade entre o exercício da atividade profissional e o estado de saúde do examinado, bem como a necessidade de ajuda complementar para a realização de determinados atos. Sempre que solicitada uma avaliação de incapacidade e tal como definido no Decreto-Lei nº 202/96 de 23 de Outubro, aplicar-se-á a TNI (na versão do anexo I do Decreto-Lei nº352/2007 de 23 de Outubro) em todas as peritagens efetuadas neste âmbito e realizadas após a entrada em vigor daquela Tabela.

A perícia médico-legal deverá concretizar-se na forma de relatório médico-legal, devendo o capítulo da discussão contemplar uma resposta aos quesitos formulados (objeto da perícia).

Palavras-chave: Avaliação do estado de saúde; deficiência; TNI.

Summary: The forensic assessment of people with disabilities able to cause capacity restrictions and limitations in the exercise of activities, are expert examinations increasingly required to medico-legal services. Under this type of evaluation we see a great variety of entities requesting and objects of expertise, addressing the attribution of incapacity for access to fiscal/social benefits prescribed by law, or the assignment of compatibility between the exercise of professional activity and health status of the person subject to examination, as well as necessity for additional aid to carry out certain acts. Whenever requested an incapacity evaluation, and as defined in Decree-Law nº 202/96 of 23 October, we will apply the National Table of Incapacities - TNI (in the version of Annex I of Decree-Law nº 352/2007 of 23 October) at all examinations performed in this field and held after the entry of that table.

The medico-legal expertise should be implemented in the form of a medical-legal report, and the discussion's chapter must include answers to the questions formulated (subject expertise).

Key-words: Forensic assessment of health; disability; TNI.

Résumé: L'évaluation des personnes portant des handicaps susceptibles de provoquer des contraintes de capacité et des limitations dans l'exercice d'activités considérées normales, sont des compétences de plus en plus requises dans les services médico-légaux. Dans le cadre de ce type d'exams, on observe une grande variabilité d'entités et d'objets de la demande d'expertise, s'adressant aux allocations d'invalidité pour obtenir des avantages fiscaux / sociaux prescrits par la loi, ou l'attribution ou non de la compatibilité de l'exercice de l'activité professionnelle et l'état de santé de la personne examinée, ainsi que la nécessité d'une aide supplémentaire pour accomplir certains actes. Chaque fois qu'est demandée une évaluation d'invalidité, et tel que défini dans le Décret-loi n° 202/96-loi du 23 Octobre, on appliquera la Table National d'Invalidités - TNI (la version de l'annexe I du Décret-loi n° 352/2007 de 23 Octobre) dans toutes les expertises effectués dans ce cadre et réalisées après l'entrée en vigueur de ce tableau.

L'expertise médico-légale devra se concrétiser sous la forme d'un rapport médico-légal, et le chapitre de la discussion doit inclure des réponses aux questions formulées (objet de l'expertise).

Mots-clés: Évaluation de l'état de santé, handicap, TNI.

PEDIDO DE SEPARATAS:

CARINA OLIVEIRA

carina.oliveira@dcinml.mj.pt

Revue Française Du Dommage Corporel

Resumos dos artigos publicados no vol. 37, nº1, 2011

Seriat-Gautier, B.; pp. 7-9 – *Mecanismos de contenção: o cinto de segurança protege a cintura escapular?*

Só alguns mecanismos bem precisos podem ser incriminados nas lesões do ombro, observadas nos ocupantes de um veículo no decurso de um acidente. O cinto de segurança deve ser bem posicionado e é ainda um meio de proteção imperfeito, se bem que melhorado com o airbag.

Dallemagne, P.; pp. 11-15 – *Imputabilidade a um traumatismo das lesões da coifa dos rotadores: inquérito da FFAMCE*

Um inquérito nacional prospetivo, para determinar os critérios de imputabilidade das lesões da coifa dos rotadores a um traumatismo, foi efectuado entre janeiro de 2008 e maio de 2010 pelos membros das associações de médicos peritos da FFAMCE.

Os elementos que surgem em primeiro lugar, para determinar a imputabilidade, são o mecanismo do acidente e o encadeamento anatomo-clínico entre o traumatismo e as lesões apresentadas.

Não ter em consideração a degenerescência gorda na RMN resulta provavelmente de falta de avaliação pelos radiologistas e dos peritos não estarem familiarizados com este tipo de imagiologia.

Béjui-Hugues, H.; pp. 17-21 – *Imputabilidade e causalidade: breve introdução à mesa redonda*

Como preâmbulo à discussão sobre a imputabilidade a um traumatismo nas lesões da coifa dos rotadores, o autor, que participou na mesa redonda do congresso de Marselha, relembra rapidamente as três teorias sobre a causalidade jurídica, que são a equivalência das condições, a causalidade adequada e a proximidade da causa.

Recorda os critérios de Cordonnier e Muller, lembrando que eles continuam actuais.

Por fim, insiste sobre a obrigação que o médico perito tem de desenvolver os argumentos suficientes, mas sobretudo documentados e, se necessário, somente após o recurso a um especialista, para se pronunciar pela imputabilidade ou, pelo contrário, a recusar.

Daupleix, D.; Sulman, T.; Brémond, G.; pp. 23-35 – *Rotura da coifa dos rotadores: casos clínicos*

Por ocasião do congresso de Marselha, foi organizada no sábado de manhã uma mesa redonda sob a presidência do Professor Henry Coudane, decano da faculdade de medicina de Nancy. Participaram no debate o Professor Alexandre Rochwerger, o Professor Gérard Bollini, o Professor Bernard Seriat-Gautier e o Professor Jean-Luc Jouve, todos ortopedistas. Foi-lhes solicitada a sua opinião como especialistas.

Os casos clínicos foram discutidos e é apresentada no presente artigo uma síntese das respostas às questões que foram colocadas.

Sulman, T.; pp. 37-39 – *Rotura da coifa dos rotadores: imputabilidade na prática*

O autor, a partir de elementos recolhidos no âmbito do congresso consagrado ao ombro traumático, esforça-se por sintetizar os critérios que permitem ao perito discutir, usando-os na sua argumentação, a imputabilidade a um traumatismo de uma rotura parcial ou total da coifa dos rotadores.

Bouvet, S.; pp. 69-82 – *Recurso a terceiros pagadores*

Quando uma pessoa é vítima de um acidente que provoca dano corporal, o organismo social ao qual ela pertence é chamado, neste quadro, a garantir

o reembolso de certas despesas (custos médicos e paramédicos...) ou pagar-lhe certas prestações (indenizações diárias, pensão de invalidez, renda por acidente de trabalho...).

Tendo pago, este organismo poderá, de seguida e sob certas condições, reclamar do autor responsável pelo acidente o reembolso das somas dispendidas com a vítima. Para exercer esta ação (ou recurso subrogatório) põe de lado o seu papel de “fornecedor” para se transformar em terceiro pagador (um papel mais claramente definido pela legislação atual).

Este texto visa apenas apresentar os fundamentos e o mecanismo desta operação, cuja aplicação pode ser complexa e os resultados por vezes desconcertantes.

Para além dos princípios e da regra do Direito, algumas palavras sobre a economia do sistema, através de um exemplo: a segurança social paga, anualmente, mais ou menos dois biliões de euros a vítimas de acidentes de viação. Este único exemplo dá uma ideia da escala das questões individuais e coletivas às quais são sujeitas as vítimas assim como os atores da proteção social, pensões e seguros. Recurso a terceiros pagadores, um assunto menor; uma questão subsidiária? Não tão certo...

Resumos dos artigos publicados no vol. 37, nº2, 2011

Franchitto, N.; Rougé, J.-C.; Telmon, N.; Rougé, D.; pp 107- 114 – *A avaliação médico-legal do dano estético temporário e definitivo: critérios de avaliação*

Os autores propõem um método de avaliação do dano estético temporário baseado em duas distâncias de observação, uma distância íntima de 50 cm e uma distância social de 3m.

Este método é utilizado na prática pericial corrente para a avaliação do dano estético permanente.

A avaliação do dano estético temporário definido pela nomenclatura de Dintilhac deve ter em conta o aspeto evolutivo e flutuante do dano em relação com o tratamento ativo das lesões. Um teste à vitropressão negativo permite fixar a data de consolidação das cicatrizes.

Os critérios descritivos clássicos do método permitem uma abordagem simples e reproduzível da avaliação dos danos estéticos temporário e definitivo.

Tricot, J.-P.; pp 115-123 – *Avaliação do dano estético na Europa*

Após o alargamento da Comunidade Europeia, os países membros são cada vez mais confrontados com dificuldades na indemnização dos danos corporais, dependentes das respetivas abordagens e da diversidade das tradições jurídicas. A este respeito, a resolução 75-7 do Conselho da Europa enuncia alguns princípios relativos à reparação destes danos. O primeiro dos dezanove princípios estabelece a necessidade de uma reparação integral e o décimo primeiro realça esta exigência insistindo na importância dos danos extrapatrimoniais, sem incidência pecuniária para a vítima, como por exemplo o dano estético. Por outro lado, o Parlamento Europeu votou uma lei em 2007 impondo a indemnização das vítimas de um acidente segundo a legislação do país onde o mesmo tenha ocorrido.

A situação específica de alguns países da Europa ocidental é descrita em seguida. Constata-se que na maioria dos países o dano estético é descrito e classificado segundo uma escala de referência que compreende cinco a sete graus, de acordo com o país considerado, os quais refletem a gravidade do dano. Porque é que não se utiliza uma única escala classificativa aplicável em todos os países? Poucos países se limitam a uma avaliação *in abstracto*. Contrariamente, a lista dos fatores externos que permitem uma avaliação *in concreto* varia de país para país. Porquê?

Em alguns países tais como a Bélgica, a França, o Luxemburgo, a Espanha e a Suécia, o dano estético constitui uma categoria distinta do dano, o que não acontece noutros países, em que faz parte do dano extrapatrimonial global. Também aqui se impõe uma harmonização.

Torna-se claro que a uniformização dos métodos de avaliação do dano estético e da respetiva indemnização seria muito benéfica. As associações profissionais europeias dos médicos peritos podem ter um papel preponderante no incitamento das autoridades europeias a legislarem neste sentido.

Pétoin, S.; pp 125-126 – *Avaliação do dano estético em cirurgia reparadora e no agravamento por envelhecimento*

A cirurgia reparadora deve responder aos mesmos critérios que as outras especialidades cirúrgicas.

A parte estética da avaliação do dano corporal apenas deve corresponder aos resultados objetivos do exame físico do lesionado.

A evolução devida ao envelhecimento, e não forçosamente a agravamento, é muito variável de um paciente para outro.

Pansier, F.-J.; pp 127- 131 – *O ponto de vista do magistrado sobre a avaliação do dano estético temporário e definitivo e sobre a sua indemnização*

O dano estético temporário (DET) é definido como a alteração da aparência física antes da consolidação. Este dano evolui no tempo, esperando-se que de maneira positiva, particularmente nos casos em que houve cirurgia plástica. A comissão Dintilhac reconheceu a autonomia do DET.

O dano estético permanente (DEP) é a alteração da aparência física da vítima após a consolidação. O perito médico faz uma proposta de avaliação médica do dano estético através de uma escala de 1 a 7, independentemente da idade e do sexo. O magistrado tem em conta estes fatores quando fixa a indemnização.

Lienhard, C.; pp 133- 139 – *Enquadramento da cirurgia estética, os atores do seu tratamento*

O autor relembra os diferentes textos que regem a cirurgia estética e o seu enquadramento legal. Insiste sobre a obrigação de uma informação detalhada do paciente que compreende um necessário período de reflexão, um aconselhamento preciso, um consentimento informado e todos os riscos associados à utilização das diferentes técnicas.

A cirurgia estética tem a particularidade de se dirigir a pessoas saudáveis e o autor relembra que não é razoável expor pessoas saudáveis a riscos que lhes podem provocar incapacidade. O cirurgião deve saber quando recusar uma cirurgia, após ter realizado uma entrevista médica sobre os antecedentes e os riscos e ter feito uma avaliação do equilíbrio psicológico do paciente. Deve pois descrever de maneira precisa as possíveis consequências operatórias.

O autor recorda os riscos em que incorrem os médicos que não seguem estas obrigações e as possíveis sanções penais ou disciplinares.

Dardour, J.-C.; pp 141- 144 – *As regras da arte em cirurgia estética da silhueta: os critérios de peritagem*

O papel do perito em matéria de responsabilidade médica em cirurgia estética da silhueta é, como em outras disciplinas médicas, verificar se o colega cumpriu corretamente sob o ponto de vista técnico o contrato de cuidados. Os pontos de controlo deverão incidir sobre a indicação cirúrgica, a informação, a realização do ato cirúrgico, a gestão dos cuidados pós-operatórios. Se o paciente se queixa de um mau resultado, o perito deverá determinar a causa a partir de um dos pontos acima descritos, lembrando sempre que

o cirurgião, tal como nas outras especialidades, tem um contrato de meios e não, como pretendem alguns, um contrato de resultados.

Em caso de complicação, ele deverá determinar se é devida a um erro de técnico ou a um acaso terapêutico. Finalmente, a maior dificuldade que tivemos de enfrentar foi a de explicar ao magistrado que a falha no resultado ou a complicação está relacionada não com um erro propriamente dito mas com a falta de experiência do médico, noção que todos compreendem facilmente quando escolhem o seu cirurgião.

Moreau, P.; pp 145-151 – *Os psicotraumatismos da criança*

A história do psicotraumatismo da criança pode ser posta em paralelo com a do adulto. É necessário distinguir, como no adulto, dois aspetos clínicos, o estado de stress pós-traumático e a questão depressiva. No entanto, estas duas doenças têm características particulares na criança e exprimem-se de forma diferente em função da idade, o que não acontece no indivíduo adulto.

O papel dos pais é crucial, porque a sua ausência coloca a criança numa situação de fragilidade emocional que pode favorecer a irrupção traumática.

Classicamente diferenciam-se as perturbações psicotraumáticas em função da natureza do “trauma”, em única ou repetida no tempo.

Parece importante associar a subjetividade clínica à objetividade da recolha sintomatológica, para assegurar uma prática médico-legal o mais unificada possível e reprodutível.

Sindres, M.; Boissau, P.-L.; pp 153-158 – *A propósito de um caso particular de peritagem neurológica: rigor médico e médico-legal, uma necessidade*

Os autores sublinham, a partir de um exemplo concreto, a necessidade de os peritos terem conhecimento da totalidade dos documentos iniciais e de identificarem qualquer discrepância entre os dados referidos nos registos iniciais e os dados da avaliação. Insistem sobre a importância de um exame clínico cuidadoso, que não se resume à duplicação do que foi constatado previamente no seu próprio exame, e que possa ir além da história do traumatismo. É esta abordagem médica que pode permitir ao perito identificar os sintomas relacionados com um traumatismo ou, pelo contrário, uma patologia independente e dissociada do traumatismo.

Esta observação ilustra também a dificuldade com que o perito médico se defronta quando a avaliação médico-legal necessita de exames complementares.

Soumah, M.-M.; Théra, J.-P.; Ndiaye, M.; Dia, S.-A.; Gaye Fall, M.-C.; Sow, M.-L.; pp 159-169 – *Os traumatismos oculares e as suas sequelas no serviço de oftalmologia de Koulikoro (Mali)*

Os objetivos deste trabalho consistiram em estabelecer o perfil das vítimas de traumatismo ocular em Koulikoro, determinar a incidência destes traumatismos, estabelecer o perfil sociodemográfico das vítimas, determinar a natureza do agente causal e os danos relacionados com estes traumatismos.

Trata-se de um estudo retrospectivo dos pacientes admitidos no serviço de oftalmologia por traumatismo ocular entre 2003 e 2006. O nosso estudo englobou 191 pacientes identificados a partir de registos de consulta e de observações realizadas no serviço.

Os pacientes do sexo masculino corresponderam a 73% das vítimas, com um sexo-ratio igual a 2.7. Os estudantes foram maioritários (28.3%) e as domésticas e os trabalhadores representaram 15.2% do total. As contusões foram os traumatismos mais frequentes (52.9%), seguidas pelas feridas do globo ocular (18.8%). As pancadas e as feridas foram as causas mais frequentes de traumatismo ocular seguidas pelos acidentes de trabalho (26%). Relativamente à lesão inicial, a erosão da córnea foi a mais representativa (23.5%), constituindo a catarata a complicação mais frequente (28.3%). A incapacidade temporária variou entre 3 e 60 dias, sendo a média de 15 dias. As taxas de incapacidade permanente variaram entre 0 e 65%, com uma média de 7.2%. As IPP médias, de 7 a 20%, foram as mais frequentes.

Este estudo realça a importância de uma melhor prevenção dos traumatismos oculares pela informação no sentido de mudança de comportamentos.

Resumos dos artigos publicados no vol. 37, nº3, 2011

Benamouzig, R.; Flory-Reverberi, M.; Gabriel, C.; Scetbon, G.; pp. 215 – *As doenças inflamatórias crónicas do intestino*

Em França cerca de 120 000 pessoas são afetadas por doenças inflamatórias crónicas do intestino, com um aumento de 8,9% ao ano.

Elas caracterizam-se por manifestações digestivas mas também por manifestações extra-intestinais, por vezes reveladoras da doença. As manifestações osteo-articulares são as mais frequentes das manifestações extra-digestivas das doenças inflamatórias crónicas do intestino.

O desenvolvimento das técnicas de imagiologia e de novas terapêuticas revolucionou as condições de apoio destas afeções.

A qualidade de vida é frequentemente alterada no decurso das exacerbações agudas, mas um grande número de doentes mantêm, contudo, uma vida social, profissional e familiar quase normal.

A mortalidade é um pouco superior à da população em geral.

Mas as manifestações osteo-articulares podem, por vezes, ser responsáveis por incapacidade ou mesmo invalidez e conseqüentemente devem ser bem conhecidas dos peritos médicos.

Accary, P.; Favraud, S.; Labarutias, P.; Landrieau, P.H.; Mailhot-Thénaisie, P.; pp. 251-259 – *Procedimentos médicos na gestão de sinistros em seguros pessoais – passado, situação atual e perspectivas futuras*

Os autores lembram a grande evolução dos seguros pessoais nos últimos 25 anos. Desde a lei Évin, de 31 de Dezembro de 1989, para os contratos coletivos de adesão obrigatória, a seguradora está proibida de fazer qualquer seleção médica individual e deve ter uma tarifa única para todo o grupo. Nos seguros individuais a seguradora deve clarificar as formalidades médicas necessárias aquando da adesão. A seguradora só poderá alegar falsa declaração, se provar que foi dada pelo candidato ao seguro uma resposta errada a uma questão específica. A convenção Belorgey, assinada em 19 de setembro de 2001, reforçou, para o candidato ao seguro, o princípio da confidencialidade dos dados pessoais de saúde no que diz respeito à leitura e resposta ao questionário e a transmissão dos dados médicos. Estas disposições foram ainda reforçadas pela convenção AERAS.

As sociedades de seguros são chamadas a recolher e tratar as informações relativas ao estado de saúde de um segurado (apreciação do risco, liquidação de prestações) e devem procurar a assistência de médicos. Estes atuam por conta da seguradora, respeitando a deontologia médica.

No seio das sociedades seguradoras, o “serviço médico” é colocado sob a autoridade do médico colaborador, responsável pela confidencialidade das informações médicas.

O perito médico no terreno é um médico consultor, exercendo atividade de forma liberal, que fornece uma observação médica, a síntese e uma opinião médico-legal, que é submetida ao médico da companhia de seguros. É este último que tira as conclusões, convertendo a sua opinião no quadro contratual. Esclarecido por estas conclusões, o segurador decidirá sobre a resolução do processo.

A peritagem deve dar lugar a um relatório completo incluindo os antecedentes, a história, a interpretação dos dados paraclínicos, o interrogatório, o exame clínico e uma síntese. Este relatório é legalmente transmissível à

pessoa diretamente em causa ou aos seus cessionários, de acordo com a lei de 4 de Março de 2002.

O respeito pelo segredo profissional aplica-se a todas as etapas da avaliação. A informação médica será protegida, no que respeita à confidencialidade, no seio da empresa.

Borand, J.; pp. 261-272 – *Preços dos seguros pessoais - Compromisso entre imperativos económicos e necessidades sociais*

A tabela de preços dos seguros pessoais responde a princípios gerais de tarifação relativos às obrigações financeiras decorrentes do funcionamento económico da seguradora, a elementos próprios do segurado, muito particularmente o seu estado de saúde, elemento essencial da apreciação do risco.

O processo do candidato ao seguro condiciona a sua segurabilidade. Ele será objeto de uma pré-seleção “técnica”, depois, eventualmente, de uma seleção médica baseada numa análise da probabilidade de risco. A decisão de fazer o seguro com determinadas condições pode então ser tomada.

As informações relativas ao estado de saúde são tratadas num quadro de confidencialidade pelos serviços médicos da companhia de seguros, os únicos autorizados a informar o candidato ao seguro de uma eventual exclusão.

O aumento progressivo do número de pessoas que apresentam um risco de saúde agravado está na origem de um problema socio-económico e, deste modo, foi concebida especificamente uma política de seguro no quadro da convenção AERAS, revista em breve a partir do mês de Setembro de 2011. Ela prevê a obrigação, por parte das seguradoras, de considerar qualquer pedido de seguro, mas também para considerar diferentes modalidades conforme se trata um empréstimo para investimento a crédito, imobiliário ou profissional e, nestes dois últimos casos, a obrigação do segurador encontrar uma solução para fazer o seguro conforme o risco é standard, grave ou muito grave.

O seguro pode, contudo, ser recusado em certos casos, podendo-se apelar a uma comissão de mediação.

As tarifas dos seguros pessoais estão atualmente afetadas por uma variedade de fatores: o desejo social de ver reduzida a exclusão e o desejo dos poderes públicos facilitarem o acesso ao seguro, o progresso em questões médicas quanto ao conhecimento e aos tratamentos das doenças e a ética do médico conselheiro da companhia seguradora, cujo papel de conselheiro e guia é inseparável do estabelecimento das tarifas, e as obrigações financeiras relacionadas com o bom equilíbrio da empresa, neste caso a companhia de seguros.

Bourrat, F.; Servetto, T.; pp. 273-279 – *Deteção e avaliação dos riscos acrescidos pela redução da autonomia e independência do idoso no momento de uma consulta médica para assinatura de um contrato de dependência*

A deteção dos riscos acrescidos pela redução da autonomia e independência do idoso é uma preocupação constante para a seguradora que oferece contratos de dependência.

Os autores estão empenhados em melhorar e codificar a pesquisa de um eventual risco médico acrescido no momento da subscrição de um contrato de dependência. Primeiro, pela leitura das respostas do questionário de saúde preenchido pelo subscritor, depois, se tal não for possível, pela peritagem do médico examinador.

Depois de terem definido os conceitos de envelhecimento e fragilidade, destacam a importância da avaliação geriátrica estandardizada para avaliar o estado global de saúde de um idoso, despistando especialmente situações infra-clínicas de fragilidade, de vulnerabilidade, risco de deterioração médica, perda de autonomia e/ou independência e grau de handicap.

Esta avaliação tem sido amplamente aceite na medicina geriátrica desde há alguns anos e permitiu melhorar o prognóstico vital e antecipar os riscos de perda de autonomia e/ou independência. Apoia-se num determinado número de ferramentas validadas, mencionadas pelos autores, que permitem apreender as diferentes funções do idoso.

A avaliação geriátrica estandardizada completa o exame clínico de base e avalia as funções superiores, sensoriais, manutenção do equilíbrio, estado tímico, equilíbrio nutricional, autonomia funcional, inserção social. Esta avaliação é inestimável quando avaliada num contexto clínico por um médico.

Deblock, N.; pp. 281-288 – *Cirurgia e sequelas dos traumatismos do escafoide - Elementos da avaliação da incapacidade de trabalho em seguros pessoais*

As fraturas do escafoide, frequentes, representam a grande maioria das lesões cárpicas traumáticas. Quer o seu tratamento seja ortopédico ou cirúrgico, elas evoluem em mais de 90% dos casos para a consolidação e a cura sem sequelas. Contudo, elas podem evoluir para pseudartrose e, posteriormente, para uma artrose do punho.

Uma das dificuldades é poder afirmar o carácter recente ou antigo de uma fratura do escafoide.

Em função dos diferentes estados evolutivos e do tratamento iniciado, o autor ajuda-nos a definir e calcular a duração da incapacidade para o trabalho.

Sindres, M.; Boissau, P. L.; Michel, E.; Ritter, P.; pp. 289-296 – *Descarga elétrica e síndrome do corno anterior. Imputabilidade – observação de dois casos*

Os autores relatam dois casos de síndrome do corno anterior consecutivos a uma descarga elétrica, que levantaram a questão da imputabilidade.

As complicações neurológicas das descargas elétricas são conhecidas, relacionadas com a passagem da corrente ao longo das fibras nervosas que têm um papel condutor e são lesadas pela corrente que as atravessa. Mais frequentemente trata-se de lesões do sistema nervoso periférico, sendo as lesões encefálicas ou medulares menos frequentes.

O problema da imputabilidade, colocado pelos dois casos, destaca a necessidade de o perito respeitar as regras das boas práticas metodológicas baseadas numa análise cuidadosa da literatura.

Soumah, M. M.; Ndiaye, M.; Sy MH, M. H.; Sow, M. L.; pp. 297-304 – *A mão traumática: lesões e suas sequelas*

O trabalho manual é preponderante em África e a mão torna-se um fator de produtividade. Este trabalho visa descrever o perfil demográfico dos traumatismos da mão, analisar as condições de assistência destes traumatismos e avaliar as suas sequelas.

As vítimas de traumatismos da mão, recebidas nas urgências do Hospital Geral de Grand-Yoff de Outubro de 2004 a Abril de 2005, tinham em média 30,6 anos. A faixa etária mais frequente situava-se entre os 21 e os 30 anos. A proporção entre os sexos foi de 10,08. Os setores de atividade mais representados foram a pesca industrial, a construção civil e a indústria agroalimentar. Os acidentes de trabalho representam 73,9% dos pacientes. As lesões mais frequentes foram as feridas, fraturas abertas e fechadas e as amputações. As sequelas foram as amputações, bridas cicatriciais, calos viciosos, pseudoartroses e, sobretudo, rigidez articular. A reeducação funcional não foi sistemática e prolongada. A incapacidade temporária total foi, em média, de 44 dias. As organizações de bem-estar social e as seguradoras em geral devem convergir para melhorar as estruturas de acolhimento e tratamento das vítimas, para uma redução dos encargos técnicos e custos futuros.

Resumos dos artigos publicados no vol. 37, nº4, 2011

Menjot de Champfleury, N.; Le Bars, E.; Fabbro-Peray, P.; Bonafé, A.; pp. 327-335 – *Imagiologia morfológica e funcional dos traumatismos cranianos ligeiros*

As principais lesões cerebrais pós-traumáticas cranianas ligeiras são as contusões cerebrais e as lesões axonais difusas.

O scanner cerebral permite descartar uma indicação cirúrgica de urgência. A ferramenta diagnóstica mais útil é a RMN.

A imagiologia funcional permite analisar as modificações da vascularização cerebral em relação com a execução de uma tarefa cognitiva, porém os parâmetros medidos são de grande variabilidade.

De momento, não existe nenhuma recomendação para utilizar como rotina as técnicas de imagiologia por RMN funcional na avaliação de pacientes que sofreram um traumatismo craniano ligeiro.

Tadié, M.; pp. 337-344 – *Fatores de prognóstico precoce nos traumatismos cranianos ligeiros*

Certas pessoas vítimas de um traumatismo craniano ligeiro ou moderado evoluem de modo favorável, noutras o progresso é negativo. A RMNE levou a cabo um estudo para tentar colocar em evidência a existência de fatores clínicos, neuropsicológicos ou de imagem que permitam prever a evolução clínica precocemente e identificar os sujeitos em risco, com o fim último de prevenir as sequelas.

Este estudo tornou possível estabelecer uma grelha de avaliação precoce dos pacientes que permite identificar os sujeitos vítimas de TCE ligeiro em risco de evolução desfavorável a partir de scores de qualidade de vida e de scores secundários respeitantes a aspetos cognitivos, de humor e das queixas. Um balanço neuro-psicológico precoce permite identificar os pacientes em risco de uma evolução desfavorável.

Não se trata de provar que as lesões observadas através destas novas técnicas de imagem possam servir de argumento para provar a organicidade de certas queixas alegadas pelo paciente. São necessários e indispensáveis mais estudos e pesquisa de modo a assegurar a viabilidade destes exames.

Ginies, P.; pp. 345-349 – *O perito e as queixas dolorosas: duas ou três coisas a saber*

A percepção da dor é um processo complexo, onde intervém o sistema nervoso periférico e central através das suas vias específicas. Cada indivíduo é único na construção da percepção dolorosa.

Questões pertinentes colocadas pelo perito podem ajudar as vítimas a compreender que estão a ser observadas por um médico que realmente compreende a sua experiência de sofrimento. As escalas quantificam o que o paciente diz. À dor nociceptiva e à dor neuropática junta-se o sistema de controlo da dor, que desempenha um papel cada vez maior na explicação da dor global.

O perito deve sempre identificar as diferentes componentes do sofrimento da vítima, as quais devem ser incluídas nos danos a avaliar e relatadas nas suas conclusões.

Lefèvre, R.; pp. 351-354 – *Os exames complementares na perícia: interesse e limites*

O objetivo dos exames complementares é fornecer, ao médico que os solicita, informações úteis que lhe permitam estabelecer um diagnóstico preciso e um tratamento adequado. Somente após um interrogatório, um exame clínico detalhado e uma reflexão médica aprofundada se deve decidir o recurso a meios de investigação complementares.

O perito não é escolhido pelo paciente e tem por missão a avaliação do dano. O objetivo da sua intervenção não é de modo algum terapêutico, e a sua tarefa não é prescrever investigações adicionais, mas sim fazer um inventário exaustivo de todos os exames efetuados. A análise das sequelas passa antes de mais por uma avaliação clínica, as investigações complementares não podem, por si só, determinar a sua importância.

Apenas uma concordância perfeita entre os dados obtidos no exame clínico e os resultados pode ser considerada suficientemente significativa para ser levada em atenção na avaliação das sequelas decorrentes dum dano corporal.

Béjui-Hugues, H.; pp. 355-364 – *O choque das imagens, o peso das palavras e o papel do perito*

O autor, face ao desenvolvimento considerável da imagiologia, insiste na necessidade dos peritos conhecerem os exames complementares existentes e

de os interpretar (ponto 7 da missão pericial 2009), de discutirem a imputabilidade das imagens observadas relativamente à lesão e às sequelas.

Para isto, é necessário que o perito tenha formação nas novas tecnologias de imagem. Isso deve permitir-lhe interpretar melhor as imagens, de as relacionar no contexto das sequelas, evitando as rasteiras da radiologia clássica e discutir a imputabilidade.

A opinião de um especialista, em caso de dúvida acerca da natureza da imagem observada e/ou descrita, pode por vezes ser útil.

Gagna, G.; Anziani, P.; Lafferrerie, C.; Laroche, P.; Choudat D.; pp 365-377 – *A lei de reconhecimento e indemnização das vítimas de ensaios nucleares franceses*

A lei de 5 de janeiro de 2010 relativa “ao reconhecimento e indemnização das vítimas de ensaios nucleares franceses” torna mais fácil a reparação destes danos. Todo o indivíduo que considere ser vítima pode submeter um pedido ao Comité de Indemnização através de um procedimento único, qualquer que seja o seu estatuto ou a sua nacionalidade.

Desde que certifiquem que residiam nas zonas e durante os períodos constantes na lei e que padecem de uma doença que consta da lista anexa ao decreto, o requerente beneficia de uma causalidade presumida. Após uma instrução que respeita o contraditório e o direito à defesa, o comité de indemnização emite uma recomendação ao Ministro da Defesa, que propõe, dentro dum prazo previsto, uma oferta de indemnização à vítima correspondente a uma reparação integral dos seus danos.

Signouret, C.; pp. 379-385 – *A informação do paciente em cirurgia bariátrica*

A informação fornecida aos pacientes quando sujeitos a tratamento para a obesidade obedece ao artigo L.1111-2 do código de saúde pública, aplicável a todo os tipos de cirurgia. Ela inclui os “riscos frequentes ou graves normalmente previsíveis” que comportam as investigações, tratamentos ou ações de prevenção propostas assim como as eventuais alternativas terapêuticas.

A responsabilidade da prova compete ao cirurgião.

Essa obrigatoriedade de informação é contudo reforçada em cirurgia bariátrica, desde o tratamento visceral até às sequelas de perda de peso, tendo em conta o carácter mais ou menos indispensável da cirurgia.

É de igual modo importante referir as regras de boa prática da Alta Autoridade de saúde e das sociedades científicas relacionadas com a cirurgia

visceral. Quando não cobertas pelo Seguro de saúde, as sequelas derivadas da cirurgia para perda de peso serão sujeitas ao disposto no Código da Saúde Pública relativo à Cirurgia Plástica.

De modo a reduzir o risco de potenciais litígios, o cirurgião deve obrigatoriamente guardar uma prova escrita desta informação no seu processo clínico.

A demonstração por parte do médico de que respeitou este dever pode ser obtida mediante o formulário do consentimento informado assinado pelo paciente, acrescido, se necessário, por um ficheiro comprovativo (período de reflexão, cartas do médico de família, etc).

Reuniões Científicas

63rd AAFS Annual Scientific Meeting

21 a 26 de Fevereiro de 2011, Chicago, USA

Info: www.aafs.org/

Conferência Cooperação Ordenada e Interdisciplinar na Resolução de Conflitos Parentais

7 de Abril de 2011, Lisboa e 8 de Abril de 2011, Porto

Info: www.igualdadeparental.org
conferencia.cochem@gmail.com
igualdadeparental@gmail.com

2ª Conferência Internacional sobre o Abuso e Negligência de Crianças

10 e 14 de Maio de 2011, Porto

Info: <http://www.conference.specan.org>

Symposium Internacional Manejo Actual del Paciente Traumatizado Grave

12 a 14 de Maio de 2011, Sevilla, Espanha

Info: <http://www.semesandalucia.com>
<mailto:secretaria@semesandalucia.com>

XX Congresso Medico Giuridico Nazionale, Associazione Melchiorre Gioia

20 e 21 de Maio de 2011, Pisa, Itália

Info: info@melchiorregioia.it

Seminário "Um Olhar em torno da Violência Doméstica"

6 de Junho de 2011, Porto, Portugal

Info: <http://violenciadomestica.ufp.edu.pt>

II Reunião de Internos de Medicina Legal

17 de Junho de 2011, Lisboa, Portugal

Info: reuniaoInternosII@gmail.com

III Congreso Internacional de Medicina Legal, Ciencias Forenses y Criminalística

17 a 20 de Junho, Lima, Perú

Info: jquiroz53@yahoo.es

Congreso Internacional de Derecho Medico y Medicina Legal

11 a 15 de Julho de 2011, Costa Rica

Info: asodeme@racsa.co.cr
felicia53@costarricense.cr

19th International Association of Forensic Sciences Triennial Meeting

12 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira

Info: www.iafs2011.mj.pt

9th World Police Medical Officers Triennial Meeting

12 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira

Info: www.iafs2011.mj.pt
iafs2011@mj.pt; arebelo@inml.mj.pt

5th Meeting of the Mediterranean Academy of Forensic Sciences

12 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira

Info: www.iafs2011.mj.pt
iafs2011@mj.pt; arebelo@inml.mj.pt

VII Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico

28 a 30 de Setembro de 2011, Santiago, República do Chile

Info: <http://www.uv.es/fevepa>

5° Congresso Nazionale de Odontoiatria

30 de Setembro a 1 de Outubro de 2011, Monza, Itália

Info: www.siola.eu
info@siola.eu

Dal Micro al Macro Danno: Verso un sistema armonico per un equo risarcimento

11 e 12 de Novembro 2011, Milão, Itália

Info: <http://www.improntesrl.it>
info@improntesrl.it**IX Jornadas de Valoración del Daño Corporal**

15 e 16 de Novembro de 2011, Madrid, Espanha

Info: www.fundacionmapfre.com/VDC
fundación.salud@mapfre.com**Reunião Nacional dos Peritos dos Gabinetes Médico-Legais**

16 a 17 de Dezembro de 2011, Coimbra, Portugal

Info: www.inml.mj.pt
arebelo@inml.mj.pt**Forensic evidence in the fight against torture**

15 a 16 de Fevereiro de 2012, Washington, USA

Info: www.irct.org
secle@wcl.american.edu**AAFS 2012 Annual Meeting - American Academy of Forensic Sciences**

20 a 25 de Fevereiro de 2012, Atlanta, Georgia, USA

Info: www.aafs.org**1st Saudi International Conference of Forensic Medical Sciences**

12 a 14 de Março de 2012, Riyadh, Arábia Saudita

Info: <http://scfms.org>**III Congresso de Investigação Criminal**

29 e 30 de Março de 2012, Figueira da Foz, Portugal

Info: www.asficpj.org
www.pj.pt 3cic.asfic@gmail.com**22nd Congress of the International Academy of Legal Medicine**

5 a 8 Julho de 2012, Istambul, Turquia

Info: <http://www.ialm.info/>
iafs2011@mj.pt

19th World Congress on Medical Law

7 a 10 de Agosto de 2012, Maceió, Brasil

Info: <http://www.advsauade.com.br/boletim/congresso/>
eduardodantas@eduardodantas.adv.br

Congresso da European Academy of Forensic Sciences

20 a 24 de Agosto de 2012, Haia, Holanda

Info: <http://www.eafs2012.eu>

9th International Congress on Dental Law and Ethics

22 a 24 de Agosto de 2012, Leuven, Bélgica

Info: yvo.vermylen@skynet.be

AIDC 2012: 4th Congress of the International Association of Bodily Impairment

9 a 12 de Setembro de 2012, Montreal, Canadá

Info: www.aidc2012.org
francois.sestier@umontreal.ca

I Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Perícias Médicas

II Congresso Internacional de Avaliação de Danos Corporais

II Congresso de Medicina Legal e Ciências Forenses dos Países de Língua Oficial Portuguesa

VIII Congresso Brasileiro de Direito Médico

XX Congresso Brasileiro de Perícias Médicas

18 a 21 de Setembro de 2012, Fortaleza, Ceará, Brasil

Info: www.genivalvelosofranca2012.com.br

Curso Superior de Medicina Legal

De Outubro de 2010 a Outubro de 2011 decorreu nas Delegações do INML, IP – Lisboa, Porto e Coimbra - mais uma edição do Curso Superior de Medicina Legal.

Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-traumático

De Janeiro a Julho de 2011 decorreu na Delegação do Centro do INML, I.P. a décima sexta edição do Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático.

Em Belo Horizonte, Brasil, foi também lecionado este Curso de Abril a Julho, coordenado pelos Professores Doutores Duarte Nuno Vieira e Francisco Corte-Real.

Na Delegação do Norte do INML, IP o Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático, que teve início em Outubro de 2010, terminou em Julho de 2011.

Curso sobre Abuso de Crianças e Jovens

Entre 4 de Março a 1 de Abril de 2011 decorreu no Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, o 5º CURSO SOBRE ABUSO DE CRIANÇAS E JOVENS, com o objetivo de promover conhecimentos e competências e preparar os formandos para atuarem adequadamente quando confrontados com questões relacionadas com o abuso e negligência de crianças, contribuindo para uma boa aplicação da justiça criminal e de proteção, no melhor interesse das vítimas e da comunidade. Destinou-se a licenciados em Medicina, Medicina Dentária, Psicologia, Serviço Social, Sociologia, Enfermagem, Educação Básica e outras áreas, como por exemplo Ciências Policiais e Ciências Criminais, tendo-se inscrito 46 profissionais.

O programa incidiu na construção social do abuso, o que é e o que não é abuso, os fatores de risco, os indicadores de abuso físico e de abuso sexual, os abusos mortais, passando pelo percurso entre a suspeita ou deteção à sinalização e da investigação inicial ao diagnóstico, bem como a abordagem inicial da vítima e a avaliação psicológica forense, a avaliação médico-legal, a intervenção criminal e a proteção.

Posteriormente, entre 9 e 13 de Setembro de 2011 e por solicitação da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Câmara de Lobos, realizou-se um 6º CURSO SOBRE ABUSO DE CRIANÇAS E JOVENS na Casa da Cultura de Câmara de Lobos, o qual teve a participação de 28 profissionais.

Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Forense

Organizado pelo Serviço de Psiquiatria dos HUC em colaboração com o INML, IP, decorreu de Setembro a Dezembro de 2011 o I Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Forense. Destinado a Psiquiatras e Psicólogos, foi lecionado por Professores Universitários, Especialistas de Psiquiatria e Psicologia e Especialistas do INML, IP. Foi frequentado por 35 auditores.

19th IAFS World Meeting, 9th WPMO Triennial Meeting, Vth MAFS Meeting

De 14 a 17 de Setembro de 2011 decorreu na cidade do Funchal o 19th Triennial Meeting of the International Association of Forensic Sciences (IAFS), em simultâneo com o 9th Triennial Meeting of the World Police Medical Officers (WPMO) e o 5th Meeting of the Mediterranean Academy of Forensic Sciences (MAFS). Este congresso conjunto (IAFS, WPMO & MAFS 2011) foi precedido por workshops, que tiveram lugar entre 12 e 14 de Setembro, sendo organizado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., em colaboração com o Laboratório de Polícia Científica da Polícia Judiciária.

Dirigido a todos quantos, direta ou indiretamente, estão envolvidos na atividade pericial forense (magistrados, advogados, investigadores policiais, peritos médico-legais e forenses, responsáveis por serviços de investigação forense, etc.), teve o congresso como tema principal a Cooperação Global Internacional a nível das ciências forenses, cooperação esta fundamental para uma investigação pericial cada vez mais qualificada e para uma melhor aplicação da justiça.

Várias outras associações internacionais realizaram também as suas reuniões de Direção e/ou organizaram sessões científicas e workshops durante o congresso da IAFS, WPMO & MAFS 2011. Entre elas estiveram a Academia Americana de Ciências Forenses, a Organização Internacional de Odonto-Estomatologia Forense, a Rede Europeia de Ciências Forenses, a Associação Mundial de Direito Médico, o Conselho Europeu de Medicina Legal, a Academia Internacional de Medicina Legal, a Rede Ibero-americana de Instituições de Medicina Legal e Ciências Forenses, o Conselho Europeu de Medicina Legal, o Comité Internacional da Cruz Vermelha, o Conselho Internacional para a Reabilitação de Vítimas de Tortura, a Aliança Estratégica Forense Internacional, a Sociedade Europeia de Antropologia Forense, etc.

Este encontro conjunto foi seguramente um dos melhores eventos científicos de sempre no âmbito das ciências forenses até hoje realizado a nível mundial e, desde logo, o que envolveu o maior número de países. Contou com a presença de 1.717 participantes provenientes de 109 diferentes países.

Todas as áreas das ciências forenses estiveram abertas a discussão e análise e o encontro ofereceu uma excelente oportunidade para atualização de conhecimentos sobre os mais recentes avanços científicos, tecnológicos e doutrinários, para a partilha de ideias e experiências e, claro, para contactos com colegas de todo o mundo. Isto para além de uma série de sessões que visaram melhorar e estimular a cooperação global entre serviços periciais de diversos países.

Participaram como preletores alguns dos mais conceituados profissionais e académicos do panorama internacional das ciências forenses, que proferiram quase uma centena de conferências sobre os mais diversos temas, e foram ainda apresentados 980 trabalhos na forma de comunicações orais e posters.

O Congresso foi presidido pelo Prof. Duarte Nuno Vieira, na sua qualidade de Presidente da IAFS, da WPMO e do INML, IP, tendo participado na sessão oficial de abertura S. Exas o Vice-Presidente da Assembleia da República, Dr. Guilherme Silva; o Representante da República para a Região Autónoma da Madeira, Conselheiro Irineu Cabral Barreto; a Ministra da Justiça, Dr.^a Paula Teixeira da Cruz; o Secretário Regional dos Assuntos Sociais, em representação do Presidente do Governo da Região Autónoma da Madeira, Dr. Jaime Ramos e o Presidente da Câmara Municipal do Funchal, Dr. Miguel Albuquerque, entre diversas outras entidades civis, militares e religiosas.

Durante os eventos foi seleccionada a candidatura da República da Coreia para levar a efeito o próximo IAFS Triennial Meeting em 2014, em Seoul.

Lista dos Auditores com aproveitamento no XVI Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, IP - 2011

André de Oliveira Clemente Coelho
Lic. Medicina
COIMBRA

André Manuel Simões Carvalho
Lic. Medicina
VISEU

Bárbara Catarina A. Santa Rosa
Lic. Medicina
COIMBRA

Beatriz Batista Goyanes Machado
Lic. Medicina Dentária
PONTA DELGADA

Carolina Alejandra Camacho
Lic. Medicina
FUNCHAL

Catarina Sofia V. Gonçalves Faia
Lic. Medicina
FUNCHAL

Christian Cheler Uzuelli
Lic. Medicina
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Daniel André Martins Henriques
Lic. Medicina
COIMBRA

Daniel Tomé Covelo
Lic. Medicina Dentária
FUNCHAL

Gustavo Barbalho Guedes Emiliano
Lic. Medicina Dentária
RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL

Gustavo Lima Campos
Lic. Medicina e Direito
RIO DE JANEIRO, BRASIL

Helena Sofia Rodrigues Fragoeiro
Lic. Medicina
FUNCHAL

Horácio Chipikita
Lic. Medicina
LUANDA, ANGOLA

Joana Cristina S. Bento Rodrigues
Lic. Medicina
COIMBRA

João Pedro Moreira de Oliveira
Lic. Medicina
COIMBRA

José Carlos Morna Ramos
Lic. Medicina
FUNCHAL

José Manuel Morna Ramos
Lic. Medicina
FUNCHAL

José Mário Martins Drogas
Lic. Medicina
ALFRAGIDE

Marco Paulo Cardoso de Freitas
Lic. Medicina
CANIÇO

Maria Helena da Silva Almeida
Lic. Medicina
OEIRAS

Marlene Cristina do Rosário Neves
Lic. Direito
ALMEIRIM

Marta Clemente
Lic. Medicina
LUANDA, ANGOLA

Paula Carina da Luz Oliveira
Lic. Medicina
COIMBRA

Paulo Alexandre Jardim de Sales
Lic. Medicina
FUNCHAL

Rui Miguel Costa e Silva
Lic. Medicina
RIO MAIOR

Tiago André da Silva Costa
Lic. Medicina
LISBOA

Lista dos Auditores com aproveitamento
no Curso de Pós-Graduação em Avaliação
do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do
Centro do INML, IP, realizado em Belo Horizonte,
Brasil - 2011

Adriana Maria Carneiro Moreira
Lic. Medicina Dentária
MINAS GERAIS, BRASIL

Aizenaque Grimaldi de Carvalho
Lic. Medicina
SÃO PAULO, BRASIL

Alexandre Borges Boelter
Lic. Medicina
RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Ana Lúcia Boelter
Lic. Medicina Dentária
RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

André Lorenzon de Oliveira
Lic. Medicina
MINAS GERAIS, BRASIL

Antônio Gilberto da Luz Hartz
Lic. Medicina
RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Caroline da Cunha Diniz
Lic. Medicina
DISTRITO FEDERAL, BRASIL

Ederli Marialva de Azevedo Leão
Lic. Medicina
SÃO PAULO, BRASIL

Eduardo Borges Boelter
Lic. Medicina
RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Flávia da Cunha Diniz
Lic. Medicina
DISTRITO FEDERAL, BRASIL

Flávio Ribeiro de Mello
Lic. Medicina
MATO GROSSO, BRASIL

Genaro Teixeira Nascimento
Lic. Medicina Dentária
MINAS GERAIS, BRASIL

Hélio Salla Batista
Lic. Medicina
ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Ivone Przepiorka
Lic. Medicina
AMAZONAS, BRASIL

João Carlos Almeida de Arruda
Lic. Medicina
SÃO PAULO, BRASIL

Jonas de Mello Filho
Lic. Medicina
SANTA CATARINA, BRASIL

Márcio Prata Dos Santos
Lic. Medicina
MATO GROSSO, BRASIL

Maria Fátima Santos Zuba
Lic. Medicina
MINAS GERAIS, BRASIL

Marisa dos Santos Feiten
Lic. Medicina
SANTA CATARINA, BRASIL

Mauro Aguzzoli
Lic. Medicina Dentária
RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Patrícia Capurucho Horta
Lic. Medicina Dentária
BELO HORIZONTE, BRASIL

Rafael Vellozo Spinola
Lic. Medicina
MINAS GERAIS, BRASIL

Rodrigo Wagner da Gama
Lic. Medicina
MINAS GERAIS, BRASIL

Rosa Amélia Andrade Dantas
Lic. Medicina
SERGIPE, BRASIL

Lista dos Auditores com aproveitamento no Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Norte do INML, IP - 2010/2011

António Francisco Pascoal
Lic. Medicina
LUANDA, ANGOLA

Bruno Jose Gonçalves Teixeira
Lic. Medicina
PORTO

Carla Sofia de Almeida Toste
Lic. Medicina
PORTO

Carlos Henrique da Silva Durão
Lic. Medicina
PORTO

Carolina Isabel Lopes Machado
Quintas da Rocha
Lic. Medicina
PORTO

Dina Filipa Ferreira de Almeida
Lic. Medicina
PORTO

Diogo Pedro dos Santos Robles
Lic. Medicina
VILA NOVA DE FAMALICÃO

Fernando Manuel Pinto de Faria
Lic. Medicina
PORTO

Fernando Ricardo Ferreira Correia
Lic. Medicina
PORTO

Guido Sozinho Teresa João
Lic. Medicina
LUANDA, ANGOLA

Irene Highwin Pires da Cunha Paulino
Lic. Medicina
VIANA DO CASTELO

Joana Maria Rodrigues Araújo
Lic. Medicina
FAFE

Joana Trancoso de Sousa Diniz Santos
Lic. Medicina
PORTO

João de Freitas Correia
Lic. Medicina
VILA NOVA DE GAIA

José Alberto Moura Fernandes
Lic. Medicina
PORTO

Júlio André Neto Marinheiro
Lic. Medicina
PENAFIEL

Luis Miguel da Costa Machado Rodrigues
Lic. Medicina
VISEU

Maria do Rosario Ferreira da Cunha
Figueirinhas Costa
Lic. Medicina
PORTO

Mateus Armando da Costa
Lic. Medicina
LUANDA, ANGOLA

Nuno José Vieira Ferreira
Lic. Medicina
BRAGA

Nuno Miguel Fonseca Ferreira
Lic. Medicina
RAIA

Sara Regina Faria Lima de Araújo
Lic. Medicina
PORTO

Ricardo Jorge Freitas Gomes Armada
Lic. Medicina
BRAGA

