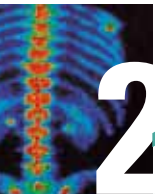


REVISTA PORTUGUESA

do Dano Corporal



21

DEZ. 2010 ANO XIX • N.º 21

Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al 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
o 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
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o 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 2010, Ano XIX, N.º 21

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 Michelle, 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, Braga Temido, Carlos Dias, Costa Andrade, Diogo Pinto da Costa, Faria Costa, 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 Hugues, 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, 2010

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>	
A perícia médico-legal em casos de violência nas relações de intimidade. Contributo para a qualidade	9
<i>M. José Mouraz, Teresa Magalhães</i>	
A valoração pericial do “perigo para a vida”. Estudo retrospectivo de duas áreas metropolitanas de Portugal	37
<i>C. Oliveira, B. Santos, P. Jardim, F. Corte-Real, T. Magalhães</i>	
O atendimento policial em casos de violência conjugal	49
<i>L. Marinho, E. Matos, T. Magalhães</i>	
<i>As wrong actions no início da vida (wrongful conception, wrongful birth e wrongful life) e a responsabilidade médica</i>	61
<i>Vera Lúcia Raposo</i>	
Lesões e danos resultantes do emprego de meios coercivos pela Polícia de Segurança Pública	101
<i>E. Rodrigues, T. Magalhães, E. Matos</i>	
Propuesta de una guía para la valoración médico-legal de la alteración estética: daño estético/deformidad	119
<i>FCH Bouchardet, MT Criado del Río</i>	
Intercâmbio	131
Noticiário	139
Lista dos Auditores com aproveitamento no XV Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, I.P. 2010	143

Aqui se apresenta o segundo número de 2010 da nossa Revista, dando cumprimento aos objectivos definidos neste sentido, para o presente ano. Trata-se de um esforço importante que visa estimular a actividade de investigação e a divulgação numa área científica nem sempre suficientemente valorizada na literatura médica e jurídica. De facto, são escassas as revistas internacionais especificamente dedicadas à temática e em Portugal a Revista Portuguesa do Dano Corporal é única no género.

Por esse motivo, e para promover cada vez mais a perspectiva científica da avaliação do dano na pessoa que, pelas problemáticas associadas que encerra, corre sempre o risco de poder ser inquinada por questões político-económicas, importa que todos os Associados se empenhem na promoção desta actividade, contribuindo com a redacção de artigos, seja sobre os seus casos clínicos, cujas particularidades interesse partilhar, sobre séries específicas ou sobre as suas reflexões na matéria. Esse contributo será 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.

Nesse sentido, na última reunião da Assembleia-Geral foi criado o Prémio “Prof. Oliveira Sá” para o melhor artigo publicado na Revista de Avaliação de Dano Corporal, prémio que será anual e que, simultaneamente, visa, uma vez mais e tão justamente, homenagear aquele que em Portugal lançou os fundamentos científicos desta área científica relativamente aos quais agora apelamos para o empenho de todos.

Finalmente, será importante assinalar que entre 18 e 19 de Novembro de 2010, no Centro de Congressos de Lisboa, a APADAC foi co-organizadora, juntamente com a Liberty Seguros e o Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., do II Congresso “Acidentes de Trabalho e Rodoviários. Prevenir e Reparar”.

A perícia médico-legal em casos de violência nas relações de intimidade. Contributo para a qualidade¹

M. José Mouraz², Teresa Magalhães³

Introdução

A violência nas relações de intimidade (VRI) é a que ocorre entre duas pessoas que têm ou tiveram uma relação íntima (Gelles, 1997). A lei portuguesa enquadra-a na violência doméstica considerando-a um crime autónomo e público (Art. 152º do CP). É transversal a todos os estratos sociais, implica múltiplas formas de violência, é muitas vezes subvalorizada pela sociedade e pelas próprias vítimas, implica a intervenção multiprofissional cujos elementos não estão, na maioria das vezes por falta de preparação específica, preparados para trabalhar com estes casos, atrasando a sua detecção, não fazendo diagnósticos correctos e, sobretudo, não sabendo “o que fazer a seguir” para proteger a vítima do mais que provável agravamento da violência ou de a afastar do perigo (Villora *et al*, 2009; Machado, Gonçalves & Matos, 2005). As mulheres continuam a ser as principais vítimas.

A avaliação das vítimas é um dos momentos fulcrais no tratamento da VRI, já que permite o diagnóstico da situação, a contextualização da violência, a apreciação do dano global da vítima directa e das eventuais vítimas indirectas, o cálculo de hipotéticos factores de risco de manutenção de violência e, por último, a produção de um importante instrumento de prova que possa ajudar a servir a Justiça (Magalhães, 2010).

¹ O presente artigo retoma uma parte do trabalho empírico da tese de Mestrado apresentada à Universidade do Porto pela 1ª autora sob orientação da 2ª, intitulada “A Perícia Médico-Legal nos Casos de Violência nas Relações de Intimidade – contributo para a qualidade”.

² Gabinete Médico-Legal de Viseu – Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

³ Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
CENCIFOR – Centro de Ciências Forenses, Portugal

O Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML) tem vindo a instituir medidas a nível da Clínica Forense, visando harmonizar a actividade pericial, eliminando assimetrias regionais, de forma que vítimas ou agressores possam ser avaliados de maneira uniforme, permitindo a aproximação aos princípios da igualdade e da justiça consagrados na Constituição Portuguesa (Vieira, 2003).

O presente trabalho tem como objectivo, por um lado, analisar se a actual forma de avaliação pericial a vítimas de casos de VRI satisfaz os requisitos necessários a uma correcta avaliação daquelas vítimas, permitindo a obtenção de um relatório que se possa constituir como um instrumento válido na produção da prova em Direito Penal, mas que, simultaneamente, seja capaz de fornecer informação que permita a tomada de medidas de protecção à vítima e, por outro lado, verificar se existem assimetrias entre as zonas onde as vítimas são geralmente observadas: as Delegações e os Gabinetes Médico-Legais do INML, já que existem diferenças de formação entre os respectivos peritos e, por vezes, diferenças de procedimentos de atendimento.

Definição do problema

A violência nas relações de intimidade constitui um tipo muito particular de violência, de limites por vezes difíceis de definir, que podem ir desde o simples “erguer da voz” em discussões do casal, até ao homicídio qualificado. Por outro lado é, ao contrário dos restantes casos de violência que surgem para exame médico-legal no domínio do Direito Penal, de natureza reiterada (Dutton & Kropp, 2000), de gravidade crescente e atinge, na maior parte das vezes, outras vítimas igualmente indefesas, como as crianças e idosos. Pelo facto de ser repetida no tempo, às vezes ao longo de dezenas de anos, transforma as vítimas em seres totalmente indefesos, vulneráveis, incapazes de raciocínios lógicos que não sejam os de defesa da sua própria integridade física ou da dos filhos, ou, outras vezes, as leva a situações de tão grave desespero que deixam de ter capacidade de vislumbrar saídas e só lhes ocorre pôr termo à vida (Campbell *et al*, 2003).

É convicção recente mas generalizada entre os peritos internacionais que a vitimação no lar, além das consequências físicas, tem também consequências psicológicas profundas a curto e a longo prazo (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003). E efectivamente, também para a medicina Legal, o “dano” deixou de ser apenas o prejuízo material, aquele que deixa “marcas no corpo”. É necessário levar em conta o “dano invisível”, aquele que sensorialmente não é perceptível (Corsi, 2003). Por outro lado, tem também de ser avaliado o dano que supõe a aprendizagem da violência, reconhecendo que a socialização em ambientes de violência doméstica aparece como um factor muito importante

de probabilidade de se ser um agressor ou uma vítima de abuso no futuro (Alberdi & Matas, 2002).

O Estado Português reconheceu a gravidade deste tipo de crimes e a lei veio recentemente reforçar a necessidade de se olhar para este tipo de violência com olhar diferente, nomeadamente no que concerne a protecção da vítima e a prevenção de futura violência (Assembleia da República, 2007 e 2009). Todavia, a referência principal nos exames em Clínica Forense em Direito Penal, em Portugal, continua a ser o Art. 143º e o Art. 144º do Código Penal, "Ofensas à integridade física" simples e graves.

Assim sendo, no caso particular do tratamento da VRI, há questões que se impõe colocar: serão suficientes os elementos recolhidos no exame de Clínica Forense, de forma a possibilitar a realização de um verdadeiro relatório pericial? Será que um exame pericial em âmbito Penal em situações de VRI, deve ser realizado exactamente da mesma forma e dando relevância às mesmas questões como em qualquer outro exame?

Outra questão que se levanta é a de saber se, em Portugal, a forma de produção destas perícias garante igual qualidade, face à constituição diversa e formação assimétrica dos peritos encarregues de assegurar esta actividade médico-legal.

São, então, perguntas de investigação:

- a) Até que ponto a informação constante na rubrica "História do Evento" é suficiente para caracterizar a situação de VRI em causa?
- b) A rubrica "Antecedentes Pessoais" tem descrito os dados necessários à sua caracterização e tem sido suficientemente abrangente de modo a incluir os hábitos de consumo?
- c) O campo "Contexto Familiar" está a ser preenchido de forma a avaliar exaustivamente, os elementos que permitem apreciar a existência de factores de risco (de acordo com o estabelecido pela literatura)?
- d) Até que ponto são valorizadas as "Queixas" do foro psicológico e situacional?
- e) Contém a rubrica "Discussão" os itens necessários e suficientes para apreciar as situações de VRI?
- f) Qual é a pertinência da fotodocumentação e de que forma é ela utilizada pelos peritos?
- g) Existem diferenças significativas na realização dos exames que possam ser imputadas a diferentes enquadramentos institucionais dos peritos?
- h) Poderá ou deverá a estrutura do relatório pericial ser alterada de forma a melhorar a sua qualidade?

Material e métodos

De um ponto de vista operacional, a investigação objectiva-se na análise dos relatórios produzidos pelos peritos, sobre os quais se fez análise de conteúdo. Este é um estudo descritivo desse objecto. Para a avaliação dos pontos fortes e fracos dos relatórios periciais relativos a situações de VRI, foram analisados relatórios elaborados no âmbito da Clínica Forense.

Como critérios de inclusão para esta amostra foram considerados os seguintes:

- a) Relatório de Clínica Forense;
- b) Elaborado no âmbito do Direito Penal;
- c) No Gabinete Médico-Legal de Viseu ou na Delegação do Norte do INML;
- d) Por denúncia de VRI contra cônjuge, ex-cônjuge, companheiro(a), ex-companheiro(a), namorado(a), ex-namorado(a);
- e) Suposta vítima maior de 17 anos, independentemente do sexo.

Foi feita uma selecção pensada, considerando os primeiros 114 relatórios do Gabinete Médico-Legal de Viseu e os primeiros 110 relatórios da Delegação do Norte do INML, relativos ao ano de 2008. A amostra final totalizou 224, em virtude de termos validado todos os relatórios avaliados, mesmo aqueles que a metodologia recomenda acrescentar para efeitos de substituição de casos inválidos (Tuckman, 2000).

Elaborou-se uma ficha de avaliação da qualidade dos relatórios periciais em Clínica Forense destinada às situações de VRI, através da adaptação da actual ficha de auditoria dos relatórios periciais em uso no INML, incluindo os diversos capítulos do mesmo relatório, mas dando especial presença à explicitação dos itens em que se operacionaliza “a história do evento”; “antecedentes pessoais”; “contexto familiar” e “descrição das queixas” (anexo). A pontuação atribuída variou de -1 a 3 consoante a descrição era “mal estruturada e/ou incompleto/ não incluía dados relevantes” (-1) e uma descrição “correcta” (3). Além disso, a presença ou ausência dos itens referidos que explicitavam a qualidade da descrição foi pontuada de 1 ou 0, para efeitos de contabilização dos resultados.

Para a adaptação desta ficha foram ainda considerados os instrumentos de avaliação de vítimas de violência conjugal, que se encontram validados e publicados: *Danger Assessment* (Campbell, 1995, 2004), *SPECS/RARA* (Metropolitan Police Service, 2003), *Domestic Violence Screening Instrument* (Williams & Houghton, 2004), *Spousal Assault Risk Assessment* (Kropp et al.),

Questionário de Avaliação de Risco a Vítimas de Violência Doméstica (GNR) e Inventário sobre Violência Conjugal (Machado et al, 2000).

O tratamento estatístico dos dados recolhidos, após codificação e informatização, foi efectuado com o programa SPSS (versão 15.0). Os dados foram analisados de um ponto de vista da estatística descritiva, tendo sido usadas medidas de tendência central, e feitos testes de Qui quadrado (χ^2) e testes t de student, para averiguar diferenças significativas.

Resultados

Foram analisados 224 relatórios médicos de Clínica Forense relativos a casos de VRI, 110 (49.1%) elaborados na Delegação do Norte do INML e 114 (50.9%) no Gabinete Médico-Legal de Viseu (GML).

O número referente a indivíduos de sexo masculino foi pouco significativo (n=19, 8.5%), pelo que não considerámos esta variável no estudo subsequente.

1. História do evento

Ao analisarmos os modos de presença da “História do evento” nos relatórios, constatamos que 95% dos relatórios apresenta uma descrição que indica data e hora, tipo de ocorrência, suposto agressor e suposto instrumento de agressão, mas não fazem, por sistema, referência à descrição da ocorrência. Apenas 9 relatórios (4%), equitativamente divididos entre Delegação e GML, fazem uma descrição onde constam todos os itens. Não existem diferenças no modo de descrever a história do evento entre a Delegação e o Gabinete ($\chi^2=2.270$). Uma subsequente análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos e descritivos da história do evento (data, hora, tipo de ocorrência, instrumento de agressão, agressor, descrição da ocorrência, resultado declarado, assistência médica), permite aquilatar as razões pelas quais uma maioria dos relatórios foi considerada como contendo imprecisões: à excepção da descrição da ocorrência, todos os itens constavam dos relatórios com presenças numéricas idênticas. Aquele item, em particular, estava referido em apenas 7% dos relatórios da Delegação e 4% dos relatórios do GML (tabela 1).

Tabela 1. Análise comparativa dos resultados nos itens relativos e descritivos da História do Evento divididos por local de origem

Referência	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
Data	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
Hora	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
Tipo de ocorrência	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
Instrumento de agressão	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
Agressor	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
Descrição da ocorrência	0.07	110	0.26	0.04	114	0.18	0.05	224	0.23
Resultado declarado	0.87	110	0.33	0.90	114	0.30	0.89	224	0.32
Assistência médica	0.98	110	0.13	0.99	114	0.09	0.99	224	0.12

2. Dados documentais

A maior parte dos relatórios (82.1%) apresentaram uma descrição aceitável desta rubrica, se levarmos em consideração que num número significativo de casos não existe ou não é apresentada qualquer documentação.

Em 16.7% dos relatórios do GML, não se encontrou qualquer referência a esta rubrica, a qual tinha sido apagada do relatório. O valor do $\chi^2=23.362$ indicia que existe uma diferença entre os dois grupos de relatórios considerados, para um $p=0.001$.

Apenas 10% se referiu à entidade, 8% à data da documentação e 9% ao extracto da documentação.

3. Antecedentes pessoais

Dos 224 relatórios, apenas dois (0.8%) incluíam referência aos três tipos de antecedentes pessoais considerados (patológicos, traumáticos e de hábitos de consumo). A grande maioria (81.3%), fazia referência a antecedentes patológicos ou traumáticos, mas muito raramente foi feita referência a hábitos de consumo. O valor do χ^2 é de 31.846 para um $p=0.001$, pelo que é significativa a diferença entre os dois grupos considerados.

Os antecedentes patológicos e traumáticos são referidos em quase todos os relatórios da Delegação, 97% e 95%, respectivamente, enquanto os relatórios do GML os referem apenas em 66% e 54% (tabela 2).

Tabela 2. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos e descritivos dos Antecedentes Pessoais distribuídos pela sua origem⁴

Referência	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
Antecedentes pessoais relevantes (patológicos)	0.97	110	0.16	0.66	114	0.48	0.81	224	0.39
Antecedentes pessoais relevantes (traumáticos)	0.95	110	0.23	0.54	114	0.50	0.74	224	0.44
Antecedentes pessoais relevantes (hábitos de consumo)	0.01	110	0.10	0.01	114	0.09	0.01	224	0.09

4. Contexto familiar

Nesta rubrica foi considerada a presença ou ausência de 18 itens (cf. anexo) que, desdobram a componente contexto familiar. Dos 224 relatórios apenas um tinha assinalado todos os itens. Em 71 (31.79%) foram considerados pelo menos nove itens, enquanto em 152 (67.9%), foi referido um número inferior. A grande maioria das vezes, nos relatórios da Delegação, faz-se a referência ao envio ao Serviço Social, enquanto no GML, se refere apenas que existe historial de maus-tratos, o que se traduz numa diferença significativa ($\chi^2=76,929$; $p<0.001$).

Por outro lado, verificamos que cerca de um quarto dos relatórios (25% da Delegação e 33% do GML) se referem à constituição do agregado familiar. Já a escolaridade, as profissões e os antecedentes patológicos das pessoas que formam o agregado familiar, constam em percentagem inferior a 10%. Também em 10% dos relatórios existe referência à existência de comportamentos desviantes daqueles elementos (tabela 3).

Tabela 3. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos ao Contexto Familiar por origem (1º conjunto de itens)

Referência	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
Agregado familiar (pessoas)	0.25	110	0.44	0.33	114	0.47	0.29	224	0.46
(escolaridade)	0.05	110	0.23	0.01	114	0.09	0.03	224	0.17
(profissões)	0.08	110	0.28	0.04	114	0.18	0.06	224	0.23
(antecedentes patológicos)	0.07	110	0.26	0.11	114	0.32	0.09	224	0.29
(comportamentos desviantes)	0.10	110	0.30	0.11	114	0.31	0.10	224	0.30

⁴ Considerando que a variação de resposta se situava entre 0 e 1, os valores assinalados podem ser lidos como se de percentagens se tratasse.

Um quarto de todos os relatórios refere-se à data do início da relação de intimidade e um pouco mais de um quarto à data de início do abuso, sendo os valores do GML, ligeiramente superiores aos da Delegação.

A referência ao tipo de abuso inicial, foi registada em 17% dos casos, já a forma de evolução dos abusos quanto ao tipo, à frequência, ao grau de ameaças ou seu tipo, foi inferior a 10% e apenas em 2% se encontrou referência a agressões durante a gravidez ou a ameaças com armas de fogo (tabela 4).

Tabela 4. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos ao Contexto Familiar por origem (2º conjunto de itens)

Referência	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
Data do início da relação de intimidade actual	0.20	110	0.40	0.30	114	0.46	0.25	224	0.43
Data do início do abuso	0.24	110	0.43	0.31	114	0.46	0.27	224	0.45
Tipo do abuso inicial (físico, sexual, psicológico/emocional, exploração económica)	0.22	110	0.41	0.11	114	0.32	0.17	224	0.37
Evolução dos abusos quanto ao seu tipo	0.08	110	0.28	0.06	114	0.24	0.07	224	0.26
Evolução dos abusos quanto à sua frequência	0.04	110	0.19	0.04	114	0.18	0.04	224	0.19
Evolução dos abusos quanto ao seu tipo e grau de ameaças	0.09	110	0.29	0.03	114	0.16	0.06	224.0	0.23
Existência de agressões durante a gravidez	0.03	110	0.16	0.01	114	0.09	0.02	224.0	0.13
Ameaças com armas	0.05	110	0.21	0.00	114	0.00	0.02	224.0	0.15

A referência a ameaças de homicídio por parte do suposto abusador foi feita em 11% dos relatórios da Delegação e em 4% dos relatórios do GML; referências a queixas anteriores às autoridades foram registadas em 25% da Delegação e 12% do GML, enquanto referências a queixas retiradas apenas se encontraram em 9% dos relatórios da Delegação e em 2% do GML; notas sobre detenções anteriores do suposto abusador encontraram-se em 2% do total dos relatórios; apenas em 0.3% se referiu a existência de eventual situação de violência nas famílias de origem da vítima e agressor; referência a outras pessoas expostas a cenas de violência ou a serem vítimas de abuso fez-se apenas em 14% dos casos; referências à convicção da suposta vítima

de poder ser alvo de tentativa de homicídio, à existência de algum tipo de ideação suicida e à existência de apoio social/familiar com que a suposta vítima possa contar, constavam em menos de 5% dos relatórios (tabela 5).

Tabela 5. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos ao Contexto Familiar por origem (3º conjunto de itens)

Referência	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
Ameaças de homicídio por parte do suposto abusador	0.11	110	0.31	0.04	114	0.21	0.08	224	0.27
Denúncias anteriores (às autoridades)	0.25	110	0.44	0.12	114	0.33	0.19	224	0.39
Denúncias retiradas	0.09	110	0.29	0.02	114	0.13	0.05	224	0.23
Detenções anteriores do suposto abusador	0.03	110	0.16	0.01	114	0.09	0.02	224	0.13
Situações de violência doméstica nas famílias de origem dos supostos vítima e agressor	0.01	110	0.10	0.05	114	0.22	0.03	224	0.17
Existência de outras pessoas abusadas ou assistindo aos abusos	0.18	110	0.39	0.11	114	0.31	0.14	224	0.35
Convicção de suposta vítima de poder ser alvo de tentativas de homicídio	0.03	110	0.16	0.02	114	0.13	0.02	224	0.15
Existência de ideação suicida por parte da suposta vítima	0.01	110	0.10	0.02	114	0.13	0.01	224	0.12
Apoio social/familiar com que conta a suposta vítima.	0.04	110	0.19	0.02	114	0.13	0.03	224	0.16

5. Queixas

Foram consideradas queixas funcionais, situacionais e relativas à vivência do processo abusivo, incluindo nestas as de ordem afectiva e de relação.

Apenas em 16 relatórios (7.1%) do total foram registadas as três ordens de queixas. Em 80% dos relatórios fazia-se referência a uma das queixas, enquanto em 12% eram omissas. Os relatórios onde foram referidas os três tipos de queixas, 7% do total, distribuem-se de forma semelhante entre a Delegação e o GML.

Tabela 6. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos às Queixas por origem

Referência	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
Queixas funcionais	0.81	110	0.39	0.94	114	0.24	0.88	224	0.33
Queixas situacionais	0.57	110	0.50	0.34	114	0.48	0.46	224	0.50
Queixas relativas à vivência do abuso	0.09	110	0.29	0.07	114	0.26	0.08	224	0.27

6. Lesões e/ou sequelas

Praticamente 99% dos relatórios apresentaram-se adequados por incluírem toda a informação necessária, com uma pequena percentagem (5.8%) de incorrecções na formatação.

7. Exames complementares de diagnóstico

Este capítulo não constava em 96 relatórios (43%). Cerca de 40% dos relatórios não continha qualquer descrição por não existirem exames complementares. Em 17% dos relatórios, considerou-se o envio ao Serviço Social como exame complementar de diagnóstico, ou incluíram-se nesta rubrica dados documentais. Uma percentagem de 78% dos relatórios do GML não tinha referência a este capítulo, o qual foi “apagado” do relatório. Em cerca de 40% do total dos relatórios não foi efectuada qualquer descrição por não existirem exames, mas esse facto foi indicado no relatório. Existem diferenças significativas entre os dois grupos como indica o χ^2 ($\chi^2= 125.5$; $p<0.001$).

8. Discussão

Em 55% dos casos a avaliação da Discussão estava correcta, enquanto em 27% não foi efectuada por não se ter concluído o relatório, já que se tratava de relatórios preliminares. Num conjunto que totaliza 18% dos relatórios há imprecisões de análise, que se prendem com a inexistência de referência a discussão em relatórios onde era obrigatório que esta constasse.

Sob o ponto de vista da análise comparativa da presença nos relatórios dos dois itens relativos à discussão e que são o “nexo de causalidade” e a “data de cura ou consolidação”, verificamos: quando há lugar a discussão, em 77% dos relatórios provenientes da Delegação, faz-se menção aos dois itens considerados, enquanto nos provenientes do GML, o nexos de causalidade é referido em 53% dos relatórios e a data de cura ou consolidação em 38%. No GML, em 42 relatórios (36.8%) encontrou-se registo dos dois itens e em 18 relatórios (15.8%) foi assinalado apenas o “nexo de causalidade” (tabela 7).

Tabela 7. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos à Discussão por origem

Referência	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
Nexo de causalidade.	0.77	106	0.42	0.53	114	0.50	0.65	220	0.48
Data da cura ou de consolidação das lesões	0.77	106	0.42	0.38	114	0.49	0.57	220	0.50

9. Conclusão preliminar

Foram descritas conclusões preliminares em 51 relatórios, equivalente a 22% do total, o que corresponde exactamente à percentagem de relatórios preliminares.

Dos 51 relatórios terminados com este tipo de conclusão, 75% pertenciam ao GML e 25% à Delegação, estando de acordo com o número do relatório (preliminar) a que dizem respeito. Foram de 92.3% e 89.5% as percentagens de conclusões correctas, respectivamente da Delegação e do GML, em relação aos totais parciais. Não existem diferenças entre os relatórios proveniente de ambos os locais descritos ($\chi^2= 0.351$; $p<0.001$).

10. Conclusão final

Dos 224 relatórios, 173 (77.2%) apresentavam “conclusão final”. Desses, 94% estavam correctamente redigidas. O maior número de relatórios com conclusões finais pertenceu à Delegação, 97 contra 76 do GML, já que neste local tinha havido um maior número de conclusões preliminares, não existindo diferenças entre eles ($\chi^2=7.806$; $p<0.001$).

11. Fotodocumentação

Não existe qualquer fotodocumentação nos relatórios examinados, seja nos que foram realizados na Delegação ou no GML.

12. Estudo comparativo das médias obtidas nas diferentes categorias de análise dos relatórios

Comparámos as médias obtidas nos relatórios oriundos da Delegação do Norte e do GML de Viseu quanto às categorias constantes do guião. Constatámos que a categoria das “Lesões” é aquela cujos resultados se aproximam do máximo possível. Ao contrário, o “Contexto Familiar” e os “Antecedentes Pessoais” são as categorias que apresentam menos itens descritivos na glo-

balidade dos relatórios. Exceptuando as categorias “Queixas” e “Conclusões Finais”, as pontuações atribuídas são favoráveis aos relatórios da Delegação. Existem diferenças, estatisticamente significativas, nas pontuações atribuídas nos “Dados Documentais”, “Antecedentes Pessoais”, “Contexto Familiar”, “Discussão” e “Conclusão” entre os relatórios do GML e da Delegação (tabela 8).

Tabela 8. Análise comparativa das pontuações médias e desvio-padrão relativo às categorias constantes do guião de análise dos relatórios.

Pontuações	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
História do evento	1.11	110	0.44	1.07	114	0.37	1.09	224	0.40
Dados documentais	2.10	110	0.33	1.52	114	1.16	1.80	224	0.91
Antecedentes pessoais	0.94	110	0.39	0.39	114	0.96	0.66	224	0.79
Contexto familiar	0.22	110	1.02	-0.89	114	0.45	-0.35	224	0.96
Queixas	0.80	110	1.01	1.00	114	0.70	0.90	224	0.87
Lesões	2.91	110	0.35	2.90	114	0.44	2.91	224	0.40
Exames complementares de diagnóstico	1.59	110	0.63	0.39	114	0.77	0.98	224	0.93
Discussão	2.20	110	1.44	1.28	114	1.49	1.73	224	1.53
Conclusões preliminares	2.92	13	0.28	2.82	38	0.69	2.84	51	0.61
Conclusões finais	2.72	97	0.85	2.91	76	0.49	2.80	173	0.72

Um dado interessante a ter em conta é a análise da dispersão dos valores obtidos nos relatórios oriundos das duas origens geográficas: há maior dispersão de respostas nas categorias “Dados Documentais” e “Antecedentes pessoais” nos relatórios oriundos do GML; ao invés, há maior dispersão de respostas nos relatórios da Delegação nas categorias “Contexto Familiar” e “Queixas”. Não há dispersão significativa na categoria “Lesões”, seja na Delegação seja no GML, o que infere o raciocínio que todos dão idêntica e efectiva importância a esta categoria. Tais juízos podem ser vistos graficamente no quadro de *boxplot* seguinte (gráfico 1).

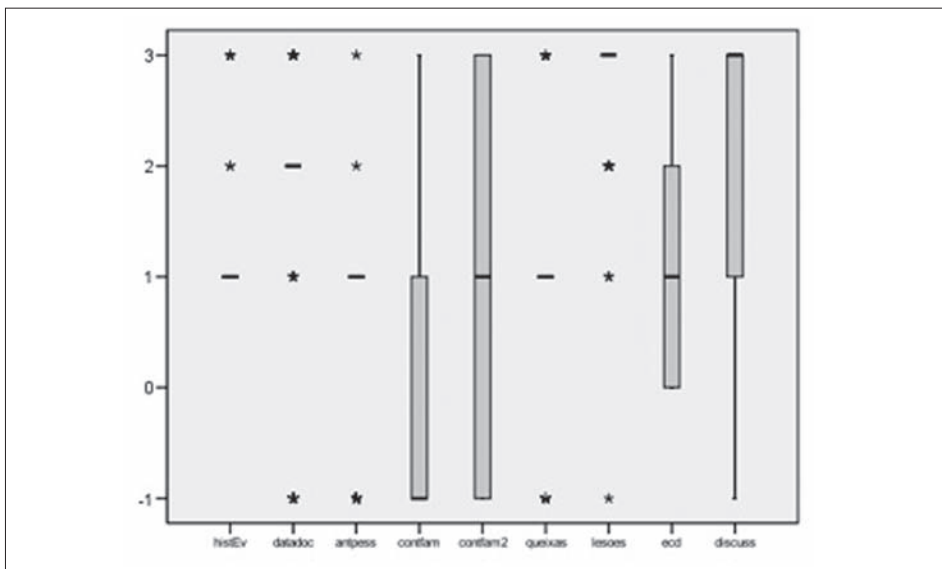


Gráfico 1. Box-plot comparativo da dispersão das pontuações atribuídas às categorias constantes do guião de análise dos relatórios

13. Estudo correlacional e redução dos itens aos componentes principais

Foi testada a hipótese teórica de que há diferenças nos registos dos aspectos que relevam do contexto situacional. Para testar *a posteriori* esta hipótese, que tinha inspirado teoricamente a grelha de análise, foram realizados estudos de correlação entre os itens da grelha relativos ao “Contexto familiar”. O estudo correlacional permitiu validar genericamente a leitura que tinha sido feita inicialmente.

Efectuou-se uma análise estatística de redução da variância dos itens para identificação, *a posteriori*, dos principais componentes, para a qual se utilizou o método Varimax, disponibilizado pelo SPSS. A ferramenta estatística devolveu seis componentes principais responsáveis por 68.7% da variância total dos dados (gráfico 2), que são:

- a) 1º componente: agrupa os itens 13.1.1 (pessoas do agregado familiar), 13.1.4 (antecedentes patológicos do agregado familiar), 13.1.5 (comportamentos desviantes das pessoas no agregado familiar), 13.2 (data de início da relação actual), 13.3 (data de início do abuso), 13.4 (tipo de abuso inicial) e 13.15 (outras pessoas abusadas ou assistindo aos abusos), que genericamente poderíamos associar à categoria de caracterização das pessoas do agregado familiar e caracterização da VRI, que explica 34.3% da variância;

- b) 2º componente: inclui os itens 13.8 (existência de agressões durante a gravidez), 13.9 (existência de ameaças com arma branca ou de fogo), 13.18 (existência de apoio familiar ou social) que, em conjunto, representam 10.1% da variância e que se referem à ideia de necessidade de protecção;
- c) 3º componente: junta os itens 13.5 (formas de evolução dos abusos), 13.6 (forma de evolução dos abusos quanto à frequência), 13.7 (forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças), 13.10 (ameaças de homicídio por parte do abusador), 13.16 (convicção da vítima de poder ser vítima de homicídio) representando 6.98% da variância e que nos mostram uma ideia de indícios de existência de perigo;
- d) 4º componente: agrupa os itens 13.1.2 (escolaridade do agregado familiar) e 13.1.3 (profissões das pessoas do agregado familiar), com 6.62% da variância, que poderemos associar a uma caracterização sócio-académica;
- e) 5º componente: associa os itens 13.13 (detenções anteriores do abusador), 13.14 (violência nas famílias de origem do abusador ou da vítima), e 13.17 (ideação suicida por parte da vítima), com 5.5% da variância, que se refere às condições psico-familiares da relação de intimidade;
- f) 6º componente: composto pelos itens 13.11 (queixas anteriores às autoridades) e 13.12 (queixas retiradas), referentes a 5.1% da variância, e que, transmitem a ideia de manutenção e continuidade do processo de abuso.

O resultado de tal estudo pode apreciar-se de forma gráfica (gráfico 2):

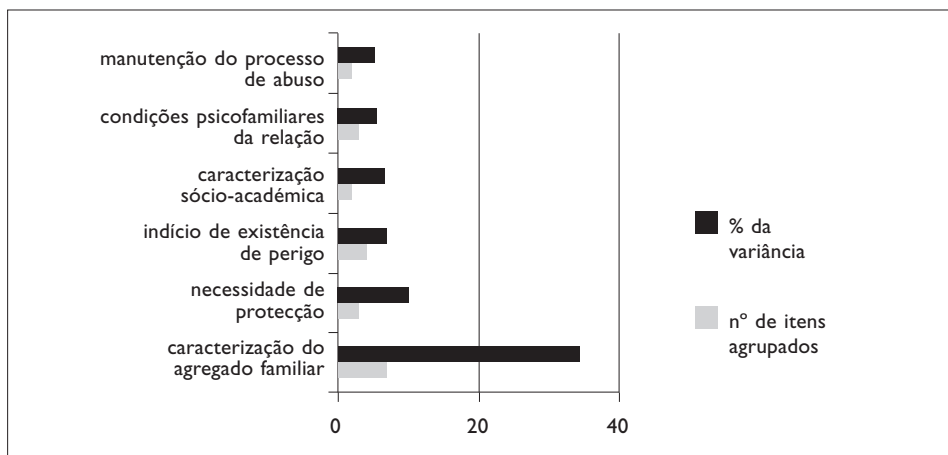


Gráfico 2. Capacidade explicativa da variância dos componentes em que foram agrupados os itens do Contexto Familiar.

Discussão

Elaboraremos este capítulo referindo-nos, tal como no capítulo dos Resultados, aos diversos passos do relatório pericial.

1. História do evento

Os peritos médicos, na sua globalidade, parecem não considerar a descrição da “História do Evento” muito importante, uma vez que ela só aparece completa em cerca de 5% dos relatórios, sendo essa percentagem idêntica em ambos os departamentos considerados (Delegação do Norte e GML de Viseu). Na verdade, 95% dos relatórios apresenta uma descrição que indica data e hora, tipo de ocorrência, agressor e instrumento de agressão, mas não faz, por sistema, referência à descrição da ocorrência. Este último aspecto é no entanto particularmente importante para a compreensão não só do tipo de abuso em causa, como da sua gravidade, bem como para o estabelecimento do nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano. Note-se que um dos motivos frequentemente referidos pelos peritos para não desenvolverem determinados aspectos num relatório tem a ver com o facto da aplicação informática em uso no INML não contemplar, de forma explícita, esse mesmo aspecto; importa contudo ter em conta que nenhum instrumento deste tipo poderá contemplar todas as especificidades de cada caso e, muito menos, se poderá substituir ao perito; o perito terá sempre espaço e liberdade para descrever no relatório o que considerar relevante face a cada situação em concreto.

2. Dados documentais

Na apreciação dos relatórios dos peritos, constata-se que, de uma forma geral, quando existem dados documentais, eles são sempre referidos. Contudo, os peritos do GML têm por hábito “apagar” esta rubrica do relatório quando não existem dados documentais para transcrever. Esta atitude, uma vez que deixa dúvidas sobre a possível existência daqueles dados, penalizou a avaliação dos relatórios.

3. Antecedentes pessoais

A esmagadora maioria dos relatórios faz menção, apenas, aos antecedentes patológicos e traumáticos, nada dizendo sobre os hábitos de consumo (dos 224 relatórios, apenas 2 incluíam essa referência). O facto de “hábitos de consumo” não estar mencionado na aplicação informática, pode influenciar este resultado,

mas aplica-se também aqui o que acima se referiu quanto ao espaço de liberdade do perito para descrever tudo o que de relevante considere para o relatório, independentemente do modelo informático existente, o qual não é limitativo.

4. Contexto familiar

Apesar do programa informático conter alguns dos itens considerados no “Contexto Familiar” da nossa ficha de avaliação, os peritos, habitualmente, não lhes fazem referência, ou limitam-se a dizer que “há história de maus tratos”. Note-se que, além de se caracterizarem aqui os membros do agregado familiar, é neste capítulo que se descreve toda a história do abuso, dado que este constitui uma história que vem de trás e que importa perceber desde o seu início (modo como se desencadeou, forma como evoluiu, frequência, duração, gravidade, tipo de práticas implicadas, pessoas envolvidas, suas idades, profissões e habilitações académicas, histórias de abuso em relações pretéritas, bem como nas famílias de origem de vítima e abusador, existência de ameaças com armas, existência de denúncias apresentadas a autoridades, existência de ideação suicida ou homicida, existência de detenções anteriores do abusador, etc.) (Magalhães *et al*, 2010 a.). Em mais nenhuma parte do relatório o historial do abuso será descrito, já que a “História do Evento”, da forma que está actualmente organizado o modelo de relatório pericial, é apenas relativa ao episódio agudo (evento) que traz a vítima ao exame médico-legal e que, se não for contextualizado num quadro de reiteração das agressões e de comportamentos que configurem este tipo de práticas abusivas, pode ser entendido apenas como uma simples ofensa à integridade física (ainda que o actual Código Penal não exija que exista reiteração para poder considerar o crime de Violência Doméstica ou de Maus Tratos – artºs 152º e 152º A). Por outro lado, a descrição de todos estes aspectos permitirá fazer também uma avaliação do risco, fundamental para a definição das adequadas medidas de protecção da vítima.

Na Delegação, existindo uma técnica de Serviço Social, uma boa parte dos peritos remete para essa profissional a avaliação deste item. Nos casos em que existe um relatório Social, consideramos que seria de toda a utilidade que os peritos o utilizassem posteriormente na “Discussão” e nas “Conclusões”, nomeadamente na avaliação de risco.

Em relação ao GML, onde não existe técnico de Serviço Social, cabe ao perito proceder à recolha de todos os elementos que se lhe afigurem importantes para a descrição do contexto familiar, o que geralmente não acontece (94.7%), pelo que, nesta matéria, se nos afigura verdadeiramente fundamental investir em termos de sensibilização e formação dos peritos nesta área. Note-se, contudo, que será também fundamental que este tipo de exame seja considerado diferente das avaliações do dano corporal em caso de ofensa à

integridade física em geral, porque o tipo de prática que aqui se preconiza e a própria abordagem da vítima o tornam necessariamente mais moroso.

5. Queixas

A maioria dos relatórios refere as queixas de ordem física e as suas repercussões a nível funcional ou situacional, quando elas existem, mas não refere nada quando estas não existem. Por outro lado, há uma clara ausência das queixas relacionadas com a vivência do processo abusivo – apenas 8% dos relatórios apresenta alguma informação sobre este aspecto. Tal como no item anterior, os peritos não valorizam devidamente a vivência do processo de vitimação, aparentemente nem sequer o questionam, embora as consequências psico-sociais constituam um dos aspectos principais da VRI. Os valores obtidos são idênticos na Delegação e no GML, o que significa que, de um modo geral, os peritos não estão alertados para a problemática da VRI e se limitam a valorizar o dano físico. Parece assim constatar-se um silenciamento da dimensão psicológica do abuso, que tal como refere a literatura, tem muito mais importância para a avaliação deste tipo de violência e provoca muito mais sequelas do que a dimensão física (Gelles, 1997; Acosta, 2001; Asensio, 2008).

6. Lesões e sequelas

Como se esperava, essa descrição está correcta em quase todos os relatórios. Todos os peritos são “peritos” em dano físico, não havendo diferenças significativas entre a avaliação efectuada na Delegação e no GML.

7. Exames complementares de diagnóstico

No que respeita aos relatórios periciais analisados é de notar que em 43% dos casos este capítulo não consta. De facto, no GML, a grande maioria das vezes não existem estes exames complementares pelo que os peritos “apagam” o capítulo. Importará contudo ponderar até que ponto, e à semelhança do que se preconiza nas normas periciais relativamente aos abusos em crianças, se não seria de requerer sistematicamente um exame psicológico a todas as vítimas de VRI (Magalhães *et al*, 2010 b.).

8. Discussão

Cerca de metade dos relatórios analisados estavam correctamente discutidos e em cerca de um quarto não tinha sido efectuada discussão por o documento

não estar ainda concluído – relatórios preliminares ou intercalares. Numa parte considerável (18%) houve imprecisão de análise, o que se prendeu com a inexistência de referências a discussão em relatórios onde era obrigatório que esta constasse. Este facto ocorreu tanto em relatórios provenientes da Delegação (14%), como do GML (22%), em que, apesar de existir um relatório final, não se fez Discussão. O que se passa, por vezes, é que os peritos entendem que se a conclusão é “nada se pode concluir”, então não há nada a discutir e muitas vezes chegam a “apagar” esse capítulo.

Importa contudo assinalar que se em alguns relatórios elaborados em sede de Direito Penal, relativos a ofensas à integridade física, este capítulo pode não se mostrar relevante dada a singeleza do quadro médico-legal em causa (Magalhães *et al*, 2010 c.), nos casos de VRI importará sempre discutir a questão donexo de causalidade, das sequelas, que se não existirem do ponto de vista físico, existirão pelo menos do ponto de vista psico-social, bem como do risco para a vítima e para eventuais crianças ou pessoas idosas que possam estar expostas a esse tipo de violência (Dutton & Kropp, 2000; Gondolf, 2000; Campbell *et al.*, 2003; Magalhães, 2010).

9. Conclusões

No que respeita à apreciação dos relatórios e tendo sido esta rubrica dividida em dois sub-capítulos, “conclusões preliminares” e “conclusões finais”, refira-se que 23% dos relatórios apresentaram conclusões preliminares, o que corresponde à percentagem de relatórios preliminares analisados, indicando isto que foi necessário esperar pelo envio de informação adicional, a maioria das vezes informação clínica relativa à assistência médica na altura da ocorrência, ou que foi necessário esperar pela cura das lesões para se poder retirar conclusões. O maior número de relatórios preliminares pertenceu ao GML devido ao facto de os peritos solicitarem, com maior frequência, os relatórios dos serviços de saúde a que as vítimas recorreram. O objectivo será confirmar a história do evento ou as lesões que dele decorreram e que, eventualmente, na altura do exame já não serão tão perceptíveis. Tal diferença, quantitativamente comprovada, permite-nos referir o peso das culturas profissionais como a explicação mais plausível, devendo contudo assinalar-se que se poderão dispensar tais registos e concluir-se o relatório caso as lesões sejam observáveis (geralmente o tempo que medeia entre a agressão e o exame não ultrapassa as 72 horas) e não tenham sido realizados exames de diagnóstico complementar no hospital (imagiológicos, por exemplo), que importe analisar.

10. Fotodocumentação

Não foi realizado registo fotográfico em nenhum dos 224 relatórios analisados, fossem da Delegação ou do GML. No entanto, estando teoricamente sustentada a importância da imagem como elemento de diagnóstico e de evidência, recomenda-se a sua utilização sistemática (Magalhães *et al*, 2010 a.) e indexada no programa informático em que se regista o exame. Uma vez mais a falta deste procedimento pode estar relacionada com a rapidez exigida ao perito na realização da perícia dado esta ser agendada nos moldes e para o tempo de uma perícia de ofensa à integridade física em geral.

Conclusão

A análise dos relatórios periciais de Clínica Forense em casos de VRI permitiu concluir genericamente:

- 1) Tanto na Delegação como no GML os relatórios estão correctos, na sua grande maioria, no que se refere à descrição e valoração das lesões;
- 2) Existem contudo lacunas relacionadas especificamente com os casos de VRI, que de forma geral são tratados como situações de ofensas à integridade física, não sendo significativamente diferentes entre as duas instituições:
 - a) Não são levados em conta, alguns dos elementos essenciais para a caracterização do abuso e, a partir daí, avaliação do risco e descrição pormenorizada da situação de VRI que seja mais consentânea com os requisitos exigidos pela definição de VRI do Conselho da Europa e pela necessidade de celeridade que a Lei impõe;
 - b) Ignora-se a forma como a vítima vive o processo abusivo, o que impede a ponderação da necessidade de atribuir, eventualmente, estatuto de vítima ou de vítima especialmente vulnerável;
 - c) Os relatórios mostraram-se redutores quando na “discussão” (quando existe), apenas se referem ao “nexo de causalidade” e à “data da cura/consolidação”, elementos que servindo como ponto fulcral da prova pericial, são, no entanto, insuficientes quando a Lei obriga a que se garantam os direitos das vítimas e se assegure a sua protecção.
 - d) Não é feita fotodocumentação.
- 3) Estes exames são mais complexos e mais morosos do que os relativos às agressões em geral, pelo que lhes deverá ser atribuído um maior tempo para a sua realização a par, necessariamente, da revisão do valor das custas do tipo de perícia em causa;
- 4) Importará investir seriamente na sensibilização e formação dos peritos para a realização deste tipo de perícias.

O trabalho empírico realizado permitiu concluir que se torna necessário continuar a promover uma melhor qualidade na avaliação das vítimas de VRI no que concerne aos exames de Clínica Forense. A avaliação do risco e a utilização de instrumentos de avaliação de risco que têm sido desenvolvidos numa tentativa de prevenir novos abusos, para além do nível oferecido pelos factores de risco, parece ser a forma mais adequada de atingir esse objectivo.

No que diz respeito aos relatórios de Clínica Forense, o achado que importa ressaltar é o de que os peritos médicos (apesar de oriundos de dois sistemas institucionais diferentes) continuam a tratar os casos de VRI como casos “vulgares” de Direito Penal, dando especial atenção ao dano corporal, mas ignorando os problemas psicológicos e sociofamiliares.

A VRI é um crime público. Inclui todas as formas de abuso, físico, sexual, emocional, social, afecta a dinâmica do relacionamento do casal, a família, o trabalho, a sociedade em geral e, em última instância, constituiu uma ameaça para a democracia. As vítimas têm o direito de ser avaliadas, tratadas, mas, acima de tudo, protegidas de futura violência, porque é a sua segurança e não a penalização do agressor, a preocupação principal da intervenção em violência doméstica. Em todo este processo, a intervenção pericial constitui um momento fundamental de apoio à vítima e á boa administração da Justiça.

Referências

- Acosta, M. Valoración médico-forense del origen y resultado de la violencia psíquica contra las mujeres. Barcelona: Crítica; 2001.
- Alberdi, I. & Matas, N. La Violencia domestica. Informe sobre los maltratos en Espana. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002.
- Campbell, JC. Nursing assessment for risk of homicide with battered women. *Advance in nursing* 1986; 8, (4): 36-51.
- Campbell, JC. et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health* 2003; 93, (7):1089-1097.
- Corsi, J. Maltrato y abuso en el ámbito Doméstico. Buenos Aires: Paidós; 2003.
- Dutton, DG. & Kropp, PR. A review of domestic violence instruments. *Trauma Violence and Abuse* 2000; 1: 171-181.
- Gelles, RJ. *Intimate violence in families*. Thousand Oaks: Sage; 1997.
- Gondolf, EW. *Batterer intervention systems: issues, outcomes and recommendations*. Thousand Oaks: Sage; 2000.
- Kropp, PR., Hart, SD., Webster, CD. & Eaves, D. *Manual of spousal assault risk assessment guide*. Vancouver: British Columbia Institute on Family Violence; 1994.
- Kropp, PR., Hart, SD., Webster, CD. & Eaves, D. The spousal assault risk assessment guide (SARA): reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behaviour* 2000; 24 (1): 101-118.

- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L. & Nóvoa, A. Os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres. Lisboa: CIDM; 2003.
- Machado, C., Matos, M. & Gonçalves, M. Inventário sobre violência conjugal (IVC). Braga: Universidade do Minho; 2000. (doc. policopiado).
- Magalhães, T. Violência e Abuso. Respostas Simples para Questões Complexas. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
- Magalhães, T, Corte-Real, F, Costa Santos, J & 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. (a)
- Magalhães, T, Ribeiro, CS, Jardim, P & Vieira, DN. Procedimentos no âmbito da recolha de informação, exame físico e colheita de vestígios em crianças e jovens vítimas de abuso físico e/ou sexual. *Acta Médica Portuguesa* 2010; 23(6) (b)
- Magalhães, T, Corte-Real, F, Costa Santos, J & Vieira, DN. Recomendações Gerais para a Realização de Relatórios Periciais de Clínica Forense no Âmbito do Direito Penal. *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 2010; 20: 63-68. (c)
- Metropolitan Police Service. MPS Risk assessment model for domestic violence case. London: MPS; 2003.
- Tuckman, B.W. Manual de investigação em Educação. Lisboa: Gulbenkian; 2003.
- Vieira, DN. Assessment of bodily damage in civil law: harmonization of an expert protocol. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. XII, (13); 2003.
- Villora, JMG., Ribes, AI., Garcia, HM. Protocolos sobre violência de género. Valência: Tirant lo Blanch; 2009.

Resumo: A perícia médico-legal em casos de violência nas relações de intimidade – Contributo para a qualidade

A violência nas relações de intimidade (VRI) é uma das formas mais preocupantes de violência doméstica e parece estar a aumentar em número de casos relatados e grau de violência. A avaliação destas vítimas é uma das principais funções da Clínica Forense.

Neste trabalho pretendeu-se fazer uma avaliação da qualidade dos relatórios periciais procurando saber se o exame da vítima, realizado no âmbito do Direito Penal, permite uma correcta avaliação, tanto das ofensas corporais, como da “circunstância” da vítima, de forma a produzir um instrumento de prova legalmente útil. Procurou-se verificar se os itens escolhidos para realizar aquela avaliação estão adequados e são suficientes, nomeadamente no que concerne à protecção eficaz e célere das vítimas.

Foram analisados 224 relatórios de Clínica Forense produzidos na Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal e no Gabinete Médico-Legal de Viseu.

A análise permitiu concluir que os peritos médicos, na generalidade, não valorizam aspectos considerados essenciais na avaliação das vítimas, nomeadamente a história da ocorrência, os antecedentes pessoais e o contexto familiar, bem como as queixas de ordem psicológica e a vivência do processo abusivo.

Palavras-chave: Violência na relação de intimidade; perícia médico-legal; vítima.

Summary: A forensic expertise in intimate partner violence – Contribute to quality

Intimate partner violence (IPV) is one of the most worrisome forms of domestic violence and seems to increase in number of reported cases and degree of violence. Assessment of these victims is a major function of the Forensic Clinic.

This work was intended to make an assessment of the quality of expert reports and to know whether the victim examination, held under the Criminal Law, allows a correct assessment, both the injury, and the victim's context, to enable the production of an effective proof instrument. We also sought to ascertain whether the items selected to conduct the evaluation of the victim are adequate and sufficient to enable a more effective approach that kind of violence, especially as regards the effective protection of victims.

The analysis focused on 224 reports of Clinical Forensic produced in the North's Delegation of the National Institute of Forensic Medicine and Medical-Legal Office of Viseu.

The analysis concluded that, globally, medical experts, do not value some of the points deemed essential in the evaluation of victims, including the history of the event, the personal background and family history as well as psychological complaints and experience of the abusive process.

Key-words: Intimate partner violence; forensic expertise; victim.

Résumé: Une expertise médico-légale de la violence dans les relations d'intimité – Contribution à la qualité

La violence dans les relations d'intimité est une des formes le plus préoccupante de violence domestique et semble être en augmentation en nombre et en degré de cas signalés de violence. L'évaluation de ces victimes est une des principales fonctions de la Clinique Médico-légale. Ce travail avait pour but de procéder à une évaluation de la qualité des rapports d'experts, en cherchant de savoir si l'interrogatoire de la victime, qui s'est tenue en vertu de la loi pénale, permet une évaluation correcte de la lésion à la fois que les «circonstances» de la victime, de manière à produire un instrument de preuve légalement utile. Nous avons cherché à vérifier que les options choisies pour réaliser cette évaluation sont appropriées et suffisantes, en particulier en ce qui concerne la protection effective et rapide des victimes. Nous avons analysé 224 rapports de clinique médico-légale produits dans la Délégation du Nord de l'Institut National de Médecine Légale et dans le Cabinet Médico-légale de Viseu. L'analyse a conclu que les experts médicaux en général ne valorisent pas les aspects considérés comme essentiels dans l'évaluation des victimes, notamment l'histoire du présent évènement, les antécédents personnels et l'histoire familiale ainsi que les plaintes d'ordre psychologique et l'expérience du processus abusif.

Mots-clés: Violence dans les relations d'intimité; expertise médico-légale; victime.

Pedido de separatas:

M. JOSÉ MOURAZ

mariajosemouraz@hotmail.com

Anexo

Ficha de supervisão dos relatórios de clínica médico-legal relativos a situações de violência nas relações de intimidade (VRI)

1. Proc. nº		2. Nome Perito(a):	
3. GML/Delegação:		4. Data da supervisão do relatório:	
5. Nome e cargo Auditor(a):		6. Data do exame:	
7. Nº do exame: <input type="checkbox"/> Único e concluído <input type="checkbox"/> Preliminar <input type="checkbox"/> Intercalar <input type="checkbox"/> Final		8. Tipo de exame: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Documental	
9.	Intervalo de tempo entre data do exame e data da conclusão do relatório		
3	Até 8 dias (0 dias)		
2	>8 ≤30 dias		
1	>30 ≤60 dias		
-1	>60 dias		
OBS.:			
10.	Descrição da História do Evento		
3	Correcta		
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação		
1	Correcta mas com imprecisões na descrição		
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes		
10.1 – referência a data (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)			
10.2 – referência a hora (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)			
10.3 – referência ao tipo de ocorrência (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)			
10.4 – referência ao instrumento de agressão (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)			
10.5 – referência ao agressor (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)			
10.6 – descrição da ocorrência (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)			
10.7 – resultado declarado (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)			
10.8 – assistência médica (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)			

11.	Descrição dos Dados Documentais
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
2	Não existem dados documentais
1	Correcta mas com imprecisões na descrição
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
11.1 – Referência à entidade (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)	
11.2 – Referência à data da documentação (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)	
11.3 – Extracto da documentação (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)	
12.	Descrição dos Antecedentes Pessoais
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Correcta mas com imprecisões na descrição
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
12. – Referência a antecedentes pessoais relevantes	
12.1 – Patológicos (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)	
12.2 – Traumáticos (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)	
12.3 – Hábitos de consumo (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>)	
13.	Descrição do Contexto Familiar
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Correcta mas com imprecisões na descrição
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
13.1. – Referência à descrição do agregado familiar	
13.1.1. – pessoas (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.1.2. – escolaridade (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.1.3. – profissões (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.1.4. – antecedentes patológicos (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.1.5. – comportamentos desviantes (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.2 – Referência à data do início da relação de intimidade actual (Registado ou Não registado)	
13.3 – Referência à data do início do abuso (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.4 – Referência ao tipo de abuso inicial (físico, psicológico/emocional, sexual, exploração económica, etc.) (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	

13.5 – Referência à forma de evolução dos abusos quanto ao seu tipo (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.6 – Referência à forma de evolução dos abusos quanto à sua frequência (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.7 – Referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.8 – Referência à existência de agressões durante a gravidez (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.9 – Referência a ameaças com armas (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.10 – Referência à existência de ameaças de homicídio por parte do suposto abusador (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.11 – Referência a queixas anteriores (às autoridades) (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.12 – Referência a queixas retiradas (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.13 – Referência a detenções anteriores do suposto abusador (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.14 – Referência a situações de violência doméstica nas famílias de origem dos supostos vítima e agressor (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.15 – Referência à existência de outras pessoas abusadas ou assistindo aos abusos (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.16 – Referência à convicção de suposta vítima de poder ser alvo de tentativa de homicídio (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.17 – Referência à existência de ideação suicida por parte da suposta vítima (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
13.18 – Referência ao apoio social/familiar com que conta a suposta vítima (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
14.	Descrição das Queixas
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Correcta mas com imprecisões na descrição
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
14. Referência a queixas	
14.1 –De ordem funcional (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
14.2 –De ordem situacional (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
14.3 –Relativas à vivência do processo abusivo (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	

15.	Descrição das Lesões e/ou Sequelas
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Correcta mas com imprecisões na descrição
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
OBS:	
16.	Descrição dos Exames Complementares de Diagnóstico
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
2	Não efectuada qualquer descrição por não existirem exames complementares
1	Correcta mas com imprecisões na descrição / Inclui exames a constar dos Dados Documentais
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
OBS.:	
17.	Discussão
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Não efectuada por não se ter concluído o relatório
-1	Com imprecisões de análise /
17.1 – Referência ao nexa de causalidade (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
17.2 – Referência à data da cura ou de consolidação das lesões (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/>)	
18.A	Conclusão preliminar
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Desnecessária nova presença da vítima
-1	Solicitação de elementos clínicos* incorrecta / Desnecessária a solicitação feita**
OBS.:	

18.B	Conclusão final
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Revela discrepâncias entre o mecanismo do traumatismo, as queixas e o exame físico
-1	Incorrecta / Contradições ou lacunas relevantes / Sem elementos suficientes para concluir
OBS.:	
19.	Fotodocumentação (não contabilizada na pontuação final)
1	Realizada
0	Não realizada
OBS.:	
20.	Apreciação final – Somatório dos itens anteriores
Muito Bom : 26 a 30	Relatório correctamente elaborado
Relevante : 19 a 25	Relatório adequadamente elaborado com ligeiras deficiências, a corrigir
Adequado: 11 a 18	Relatório com deficiências importantes, merecendo ser revisto e discutido com o (a) perito (a)
Desadequado: -10 a 10	Relatório incorrectamente elaborado, exigindo, eventualmente, melhor formação do (a) perito(a)
OBS.:	

A valoração pericial do “perigo para a vida” . Estudo retrospectivo de duas áreas metropolitanas de Portugal

C. Oliveira¹, B. Santos¹⁻²⁻⁶, P. Jardim³⁻⁴⁻⁶, F. Corte-Real¹⁻²⁻⁶, T. Magalhães³⁻⁶

Introdução

Em Portugal, no caso das perícias para avaliação do dano corporal pós-traumático em sede de Direito Penal (DP), os danos são descritos e valorados tendo em vista definir as consequências de eventual ofensa corporal, constituindo tal um apoio fundamental para o julgador no que à qualificação jurídico-penal da conduta diz respeito. Assim, um dos principais objectivos deste tipo de perícia será auxiliar o magistrado a determinar em que tipo legal de crime se enquadram as consequências pós-traumáticas descritas, designadamente se se enquadram, ou não, no âmbito do artigo 144º do Código Penal (referente aos Crimes contra a integridade física graves).

A perícia médico-legal deverá ser postulada com base na metodologia da avaliação tridimensional do dano (corpo, função e situações da vida), ser objectiva e fundamentada, apresentando-se através de um relatório médico-legal claro, conciso, bem sistematizado e rigoroso, atendendo às alíneas do referido artigo 144º, sempre que aplicáveis.

Os vários tipos de dano contemplados nas quatro alíneas daquele artigo constituem, assim, “parâmetros de dano” a serem avaliados, os quais devem servir de referência ao médico perito quanto à natureza da informação e aos termos em que ela deva ser prestada no relatório pericial. O conteúdo do referido artigo é articulado da seguinte forma: “*Quem ofender o corpo ou a saúde de outra*

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

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

³ Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

⁴ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁵ Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

⁶ CENCIFOR – Centro de Ciências Forenses, Portugal

peessoa de forma a: a) Privá-lo de importante órgão ou membro, ou a desfigurá-lo grave e permanentemente; b) Tirar-lhe ou afectar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem; c) Provocar-lhe doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável; ou d) Provocar-lhe perigo para a vida; é punido com pena de prisão de dois a dez anos.”

Na quarta alínea do artigo, encontra-se previsto um parâmetro de dano de grande importância na avaliação do dano corporal em Direito Penal, denominado de «Perigo para a Vida» (PV), sendo necessário, quando na consideração deste dano, ter sempre presente duas noções fundamentais, o perigo concreto e o perigo potencial. Deve entender-se, no entanto, que o previsto na referida alínea, se refere ao perigo concreto para a vida, “(...) e não simplesmente abstracto”, que apenas deve ser considerado, quando se verifica “(...) uma realidade objectiva, na qual se fundamente um *juízo de probabilidade* (...) (Magalhães *et al.*, 2003). O perigo deve ser actual, sério, efectivo e não remoto ou meramente presumido [...] deve ser reconhecido por sintomas objectivamente demonstráveis (...) apenas aquelas situações *críticas e de prognóstico reservado*, isto é, situações de perigo de vida real e concretamente experimentado” (Oliveira Sá, 1991), relacionadas directamente com a lesão resultante da ofensa como, por exemplo, choque hemorrágico, choque séptico, coma profundo ou paragem cárdio-respiratória. O PV reporta-se às situações fisiopatológicas traumáticas que têm vindo a ser rotuladas, cada vez mais, como causas determinantes e constantes de morte, se não forem tratadas de forma atempada e eficaz, permitindo assim a sobrevivência da vítima.

Nas situações em que não se verificou, em concreto, PV, deve assinalar-se no relatório os casos em que existiu um risco, ainda que potencial. Entende-se por perigo potencial “(...) apenas uma expectativa, ainda que razoavelmente possível ou mesmo provável, falta a sua concretização, o estado crítico real (...)” (Oliveira Sá, 1991), “(...) a que chamamos risco – como por exemplo, na sequência da possibilidade de surgirem complicações” (Magalhães *et al.*, 2003). Assim, a simples possibilidade de perigo remoto, ainda que directo, não constitui resultado suficiente para a existência do dano contemplado na alínea d) do art. 144º, nem tão pouco o perigo iminente, mas indirecto, o caracteriza. Desta forma, o crime de ofensas à integridade física engloba duas situações distintas: o *perigo para a vida* e o perigo para a saúde, sendo mais grave, em termos de conduta social, colocar dolosamente em sério risco a vida de alguém (perigo) do que, por exemplo, produzir-lhe uma equimose no braço ou nas costas (dano), mas de forma culposa (Bastos, 2008). Em resumo, a identificação deste tipo de crime implica um juízo lógico de probabilidade de lesão à vida ou saúde de outrem, que sofre pessoalmente, e de modo concreto, o resultado de perigo inerente à conduta do sujeito activo.

A avaliação médico-legal é objectivamente centrada na natureza dos ferimentos e nos processos fisiopatológicos associados (Oliveira Sá, 1987). No entanto, apesar da importância da avaliação pericial do PV, não estão ainda definidos critérios exactos para a sua valoração, havendo apenas orientações genéricas, aspecto que é urgente colmatar tendo em vista a necessária harmonização da avaliação pericial a nível nacional e a promoção da boa administração da justiça. De facto, será indispensável o perito concluir pela existência, ou não, de PV, podendo isto significar a diferença entre uma detenção ou apenas multa do responsável.

Objectivos

O presente trabalho tem como objectivo geral contribuir para uma melhor compreensão do processo de valoração médico-legal do PV. Como objectivos específicos visa, nos casos em que foi considerado existir PV:

- a) Caracterizar: vítimas; mecanismo lesional; lesões; período médio de doença atribuído;
- b) Avaliar a adequação dos critérios clínicos utilizados e a sua correcta fundamentação.

Material e métodos

Foi efectuado um estudo retrospectivo, no período compreendido entre 2004 a 2008, nas Delegações do Norte e do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML). Com base nos relatórios periciais elaborados em sede de Direito Penal, nos quais foi considerado existir perigo concreto para a vida, sendo excluídos todos os casos em este parâmetro se referisse apenas ao perigo potencial.

Os dados foram colhidos a partir da aplicação informática existente nas Delegações do INML (*MEDLEG.Net*). A recolha dos dados foi efectuada por dois dos investigadores, para uma base de dados no programa Microsoft Excel 2007 e no programa estatístico SPSS versão 16.0.

Foram avaliados os seguintes parâmetros: sexo e idade das vítimas; mecanismo lesional do evento traumático; lesões resultantes; relação das vítimas com o eventual agressor (quando no contexto de agressão física); natureza do traumatismo; períodos de doença atribuídos; eventuais consequências permanentes consideradas; adequação da atribuição do PV (incluindo se esta atribuição se encontrava devidamente fundamentada no Capítulo da Discussão ou da Conclusão dos relatórios periciais).

Resultados

De entre a totalidade dos exames periciais realizados no âmbito das ofensas à integridade física (OIF) em Direito Penal, no período de tempo em estudo (n=31935), obteve-se 63 casos em que foi atribuído PV, os quais correspondem a 0.2% do total das OIF avaliadas.

Nas situações em que houve a atribuição de PV, as vítimas eram maioritariamente do sexo masculino (n=48; 76.2%), o que difere da relação entre os sexos obtida na totalidade das OIF observadas nesse mesmo período (53.7% de vítimas femininas) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população segundo o sexo da vítima

Sexo	OIF		OIF com PV		p
	n	%	n	%	
Masculino (M)	14771	46.3	48	76.2	0.0015
Feminino (F)	17164	53.7	15	23.8	0.0004
Total	31935	100	63	100	
Relação M/F	0.9		3.2		

A idade média das vítimas foi de 37 ± 18.34 anos (min=7; máx=83 anos).

Relativamente à etiologia do traumatismo, a agressão representou 57.1% das situações (n=36), sendo 47.2% provocados por armas brancas (n=17) e 30.6% por armas de fogo (n=11) (Gráfico 1). O acidente de viação foi a segunda etiologia traumática (39.7%; n=25), sendo em 56% dos casos devido a atropelamento (n=14) e em 40% a colisão entre veículos (n=10) (Gráfico 2).

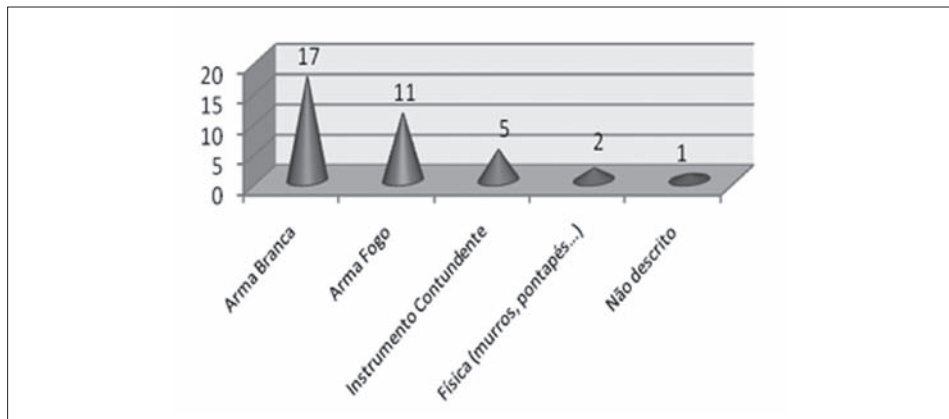


Gráfico 1. Mecanismo lesional, no caso das agressões (n=36)

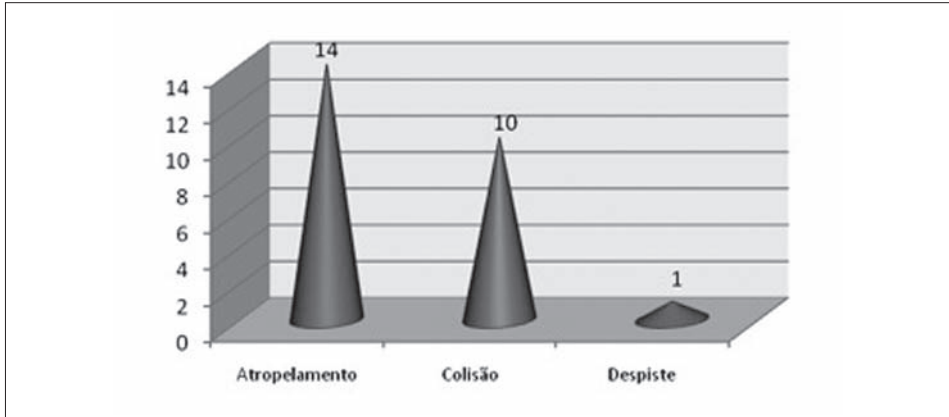


Gráfico 2. Mecanismo lesional, no caso dos acidentes de viação (n=25)

Nos casos de agressão (n=36), e quanto à relação existente entre a vítima e o eventual agressor, verificou-se que em 47.2% (n=17) foram provocadas por pessoas próximas da vítima (conhecidos, familiares, cônjuges, colegas ou vizinhos), mas 72.2% (n=26;) ocorreu em contexto extra-familiar (Gráfico 3).

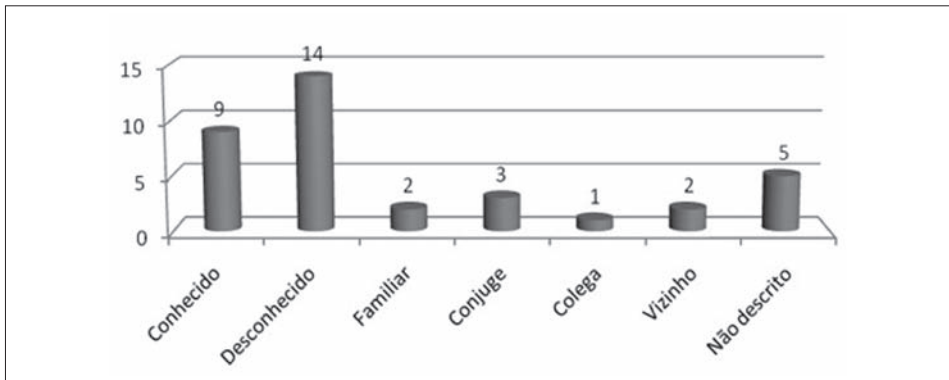


Gráfico 3. Relação entre a vítima e o suposto agressor (n=36)

Relativamente aos quadros clínicos que se encontravam associados ao evento traumático analisado e geralmente implicados na atribuição de PV, o “choque hipovolémico” foi o mais frequente (34.9%; n=22), seguido do coma devido a “traumatismo crânio-encefálico grave” e da “insuficiência respiratória” (19%; n=12 cada um dos casos) (Gráfico 4).

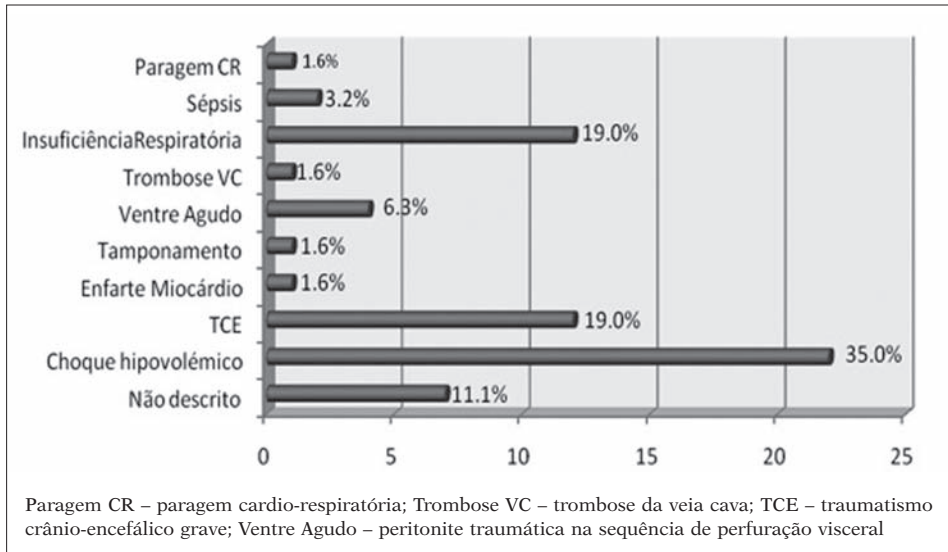


Gráfico 4. Distribuição quanto às lesões geralmente associadas à atribuição de PV (n=63)

Foram atribuídas consequências permanentes em 88.9% (n=56), sendo que em 38% (n=24), estas se enquadravam nas três primeiras alíneas do art.º 144; em 50.8% das situações isso não se verificou, estando, na sua maioria, implicados apenas vestígios cicatríciais não desfigurantes (Gráfico 5).

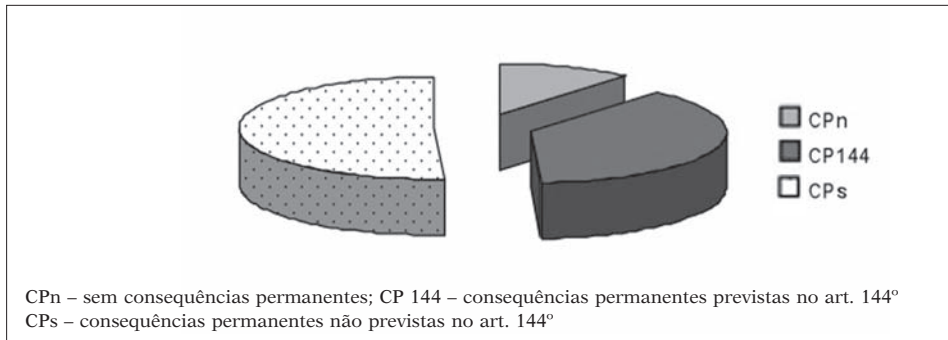


Gráfico 5. Distribuição quanto à atribuição de consequências permanentes (n=56)

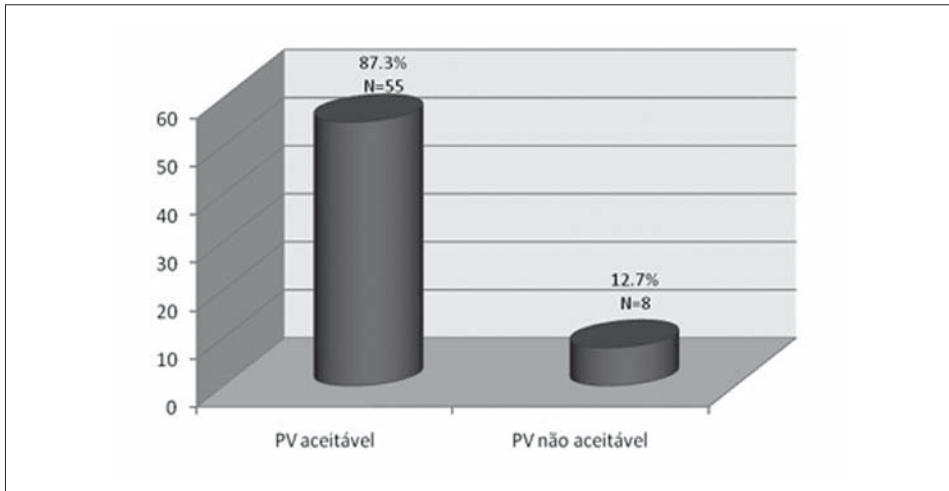
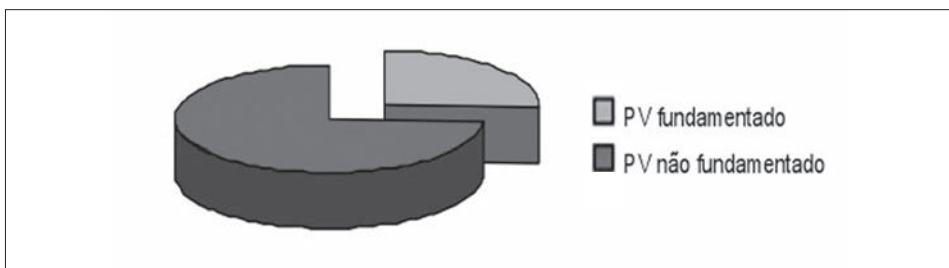
O tempo médio de doença estabelecido foi de 254 dias (máx.=1375; min.=5 dias).

Quanto à natureza dos traumatismos, na sua maioria foram considerados como sendo de natureza contundente (50.8%; n=32) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos casos segundo a natureza do traumatismo (n=63)

Natureza do traumatismo	n	%
Contundente	32	50.8
Corto-perfurante	12	19.1
Perfurante	11	17.5
Perfuro-contundente	4	6.3
Corto-contundente	4	6.3

Em 12.7% dos casos analisados não se encontraram critérios clínicos que justificassem a atribuição do PV, de acordo com os critérios anteriormente referidos. Nas situações em que se considerou aceitável esta atribuição, não foi encontrada a respectiva fundamentação nos Capítulos da “Discussão” ou da “Conclusão” dos relatórios periciais em 74.5% dos casos (n=41) (Gráficos 6 e 7).

**Gráfico 6.** Distribuição de PV aceitável e não aceitável nos relatórios periciais (n=63)**Gráfico 7.** Distribuição quanto à fundamentação encontrada na “Discussão” ou “Conclusão” quando a atribuição do PV foi considerada aceitável (n=55)

Discussão

Através da amostra estudada foi possível constatar que 76.2% das vítimas em que foi considerado ter existido perigo concreto para a vida pertenciam ao sexo masculino ($p=0.0015$), o que difere significativamente na relação entre os géneros obtida na totalidade das ofensas à integridade física observadas nesse mesmo período temporal. A razão de homens/mulheres obtida foi de 3.2, quando nos casos em geral é de 0.9; tal facto pode ser explicado pela circunstância de, geralmente, os homens se envolverem em situações de maior violência do que as mulheres.

A agressão foi o evento preponderante, correspondendo a 57.1% da totalidade das situações analisadas tendo a arma branca sido o instrumento mais utilizado, seguido das armas de fogo. O acidente de viação foi a segunda etiologia traumática, tendo o atropelamento sido verificado em 56% destas situações.

Os quadros clínicos geralmente implicados na atribuição de PV foram o “choque hipovolémico” (havendo necessidade urgente e inevitável de se efectuar transfusões sanguíneas, a maioria delas múltiplas, como forma de reverter a instabilidade hemodinâmica), o “traumatismo crânio-encefálico grave” (encontrando-se dentro deste, casos de hematoma epidural com fractura da calote craniana), a “insuficiência respiratória” (que incluía as situações de embolia pulmonar, pneumotórax e hemotórax), o “ventre agudo” (com casos de peritonite traumática originada por perfuração visceral), a “sépsis”, a “paragem cardio-respiratória” e a “trombose da veia cava”. Todas estas situações foram consideradas, dado que seriam adequadas a produzir a morte com muita probabilidade, se não fossem tratadas urgente e convenientemente. O choque hipovolémico foi a complicação mais associada aos eventos traumáticos analisados (34.9%), seguido do coma dos traumatismos crânio-encefálicos graves e da insuficiência respiratória, o que está de acordo com o conceito de perigo concreto para a vida, atrás referido.

Em 11.1% considerou-se não existirem consequências permanentes para as vítimas e nos casos em que estas existiam, apenas em 38% foram atribuídas consequências contempladas nas três primeiras alíneas do art.144º do Código Penal.

Relativamente aos critérios mínimos definidos para a atribuição de PV, em 12.7% dos casos analisados estes não foram respeitados. Nas situações em que tal atribuição foi considerada aceitável, a sua rigorosa fundamentação nos Capítulos da “Discussão” ou da “Conclusão” dos relatórios periciais apenas aconteceu em 25.5% dos casos. Este estudo permitiu, assim, verificar a heterogeneidade e imprecisão de critérios que são utilizados para avaliar o PV e, portanto, a necessidade de harmonizar esta avaliação, sendo justificado o estabelecimento de critérios clínicos objectivos e padronizados para a valoração deste dano.

Conclusão

O estudo permitiu verificar que o PV é atribuído em relativamente poucas situações (0.2%), sendo as vítimas, maioritariamente, adultos activos do sexo masculino.

A agressão é a ocorrência mais comum (57.1%), sendo geralmente perpetrada com recurso a armas brancas e de fogo (77.8%).

Os quadros clínicos mais frequentes foram os que se acompanham de choque hipovolémico (34.9%), de coma devido a traumatismo crânio-encefálico grave (19%) e de insuficiência respiratória (19%), as quais implicam tratamentos prolongados e consequências permanentes graves numa percentagem significativa da população estudada.

Constata-se, porém, graves dificuldades na avaliação e atribuição de PV pelos médicos peritos: é atribuído mesmo na inexistência dos critérios mínimos (12.7%) ou quando estes existem não fundamentam a sua avaliação (74.5%).

Nas situações em que não se verificou, em concreto, PV, mas apenas um risco (perigo potencial), deve-se, de igual forma, assinalar tal facto no relatório, aspecto que não se verificou em nenhum dos casos analisados.

Tendo em conta as implicações judiciais que destas situações, é fundamental a implementação de critérios clínicos objectivos e padronizados para a atribuição do PV, de forma a que todas as vítimas possam ser avaliadas de forma correcta e justa.

Referências bibliográficas

- Bastos, J.J.C. (2008). Crime de perigo para a vida ou saúde de outrem. Estrutura jurídica e divergências interpretativas. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 12, n.1870, 14 ago. 2008. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=11597>>. Acesso em: 07 out.2009.
- Código Penal Português (2007).
- Magalhães, T., Pinto da Costa, D., Corte-Real, F., Nuno Vieira, D. (2003). Avaliação do dano Corporal em Direito Penal. Breves reflexões médico-legais. *Revista de Direito Penal*, II (1), p.63-82.
- Oliveira Sá, F. (1987). Causa necessária de morte?. *Boletim do Ministério da Justiça*, nº363, p.5-16.
- Oliveira Sá, F. (1991). As Ofensas Corporais no Código Penal: Uma perspectiva médico-legal. *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, p.409-443
- Simas Santos, M. (2004). Avaliação do dano corporal em Direito Penal. *Revista Portuguesa Dano Corporal* 13 (14), p.19-32.

Resumo: A valoração pericial do “perigo para a vida”. Estudo retrospectivo de duas áreas metropolitanas de Portugal

No Código Penal Português (CP), relativamente aos crimes contra a integridade física, está previsto o art.º 144º relativo às ofensas à integridade física graves. Na alínea d) do referido artigo, encontra-se descrito um parâmetro fundamental na avaliação do Dano Corporal em Direito Penal, denominado de “Perigo para a Vida” (PV). Apesar da relevância da avaliação pericial deste parâmetro, não estão definidos critérios exactos para a sua valoração, pelo que o presente estudo tem como objectivo avaliar eventuais diferenças entre os critérios periciais adoptados. Realizou-se um estudo retrospectivo no período compreendido entre 2004 a 2008, nas Delegações do Norte e Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML), relativo a casos de ofensa à integridade física, em que foi considerado ter existido perigo concreto para a vida. Encontraram-se 63 casos, correspondendo a 0.2% do total das ofensas à integridade física, durante o período em estudo. Comparando alguns dados demográficos, constatou-se que a idade média das vítimas foi 37 ± 18.34 anos, sendo que as vítimas eram maioritariamente do sexo masculino. Relativamente à etiologia do traumatismo, a agressão foi o evento preponderante, tendo muitos destes episódios sido provocados por armas brancas. Os quadros clínicos normalmente implicados na atribuição do PV e encontrados associados aos eventos traumáticos analisados, foram o “choque hipovolémico”, seguido pelo “traumatismo crânio-encefálico grave” e “insuficiência respiratória”. Resultaram consequências permanentes em 88.9% dos casos, sendo que destas, 38% estavam no âmbito das descritas no art.º 144º. O tempo médio de doença estabelecido para as vítimas avaliadas foi de 254 dias. Na atribuição do PV, o perito deve considerar que tal situação corresponde a uma probabilidade concreta e presente do resultado letal, fundamentada em sinais e sintomas de morte próxima, situações críticas e de prognóstico reservado, relacionadas directamente com a lesão resultante da ofensa. No entanto, em situações em que não se verificou PV, deve assinalar-se no relatório também os casos em que existiu risco (perigo potencial), aspecto que não foi considerado em nenhuma das perícias analisadas neste estudo. Por outro lado, verifica-se que, tendo em conta as implicações judiciais que advêm nestes casos, é fundamental o estabelecimento de critérios clínicos objectivos e padronizados para a atribuição deste dano (que em 12.7% dos casos não foram respeitados), bem como a sua rigorosa fundamentação (o que não aconteceu em 74.5% dos casos).

Palavras-chave: Avaliação do dano corporal; Direito Penal; perigo para a vida.

Summary: “Danger to life” forensic assessment. Retrospective study in two regions of Portugal
In the Portuguese Penal Code (PC), for crimes against the physical integrity, it is provided the article 144 ° relative to serious bodily harm. Under the paragraph d) of that article, is described a fundamental parameter in the evaluation of Bodily Injury in Criminal Law, named “Danger to Life” (PV). Despite the relevance of the expert assessment of this parameter, the precise criteria for their valuation are not set, so the present study aims to assess any differences between the expert criteria adopted. Therefore, we conducted a retrospective study in the period between 2004 to 2008, in the North and Centre Branches of the National

Institute of Legal Medicine (INML), relative to cases of offense to physical integrity, where it was considered that there was real danger to life. We found 63 cases, representing 0.2% of total bodily harm, during the period in study. Comparing some demographic data, it was found that the average age of victims was 37 ± 18.34 years, and the victims were mostly male. Regarding the aetiology of trauma, aggression was the predominant event, and many of these episodes were caused by weapons. The clinical picture usually involved in the assignment of PV and found associated with the traumatic events reviewed, were the «hypovolemic shock», followed by «severe head trauma» and «respiratory failure». In 88.9% of cases resulted permanent consequences, and of these, 38% were within the areas described in the article 144. The average duration of disease established for the victims assessed was 254 days. In the assignment of PV, the forensic expert should consider that this situation must corresponds to a concrete probability and presence of a lethal outcome, based on signs and symptoms of approaching death, critical situations and poor prognosis, related directly with the injury from the offense. However, in situations where PV is not present, it should also be noted in the report, the cases where there was risk (potential danger). In our study, that aspect was not considered in any of the skills examined. Moreover, taking into account the legal implications that may arise in these cases, it is essential to establish objective and standardized clinical criteria for the assignment of this damage (which were not respected in 12.7% of the cases), and their rigorous justification (which did not happen in 74.5% of cases).

Key-words: Evaluation of bodily injury; criminal law; danger to life.

Résumé: L'évaluation médico-légale du “danger pour la vie”. Étude rétrospective dans deux régions du Portugal

L'article 144° du Code Pénal Portugais (CP) aborde les crimes graves contre l'intégrité physique. L'alinéa d) de cet article décrit un paramètre fondamental dans l'évaluation des dommages corporels en droit pénal, intitulé «Danger pour la vie» (DV). Malgré la pertinence de l'évaluation de ce paramètre par des médecins experts, nous n'avons pas, jusqu'aujourd'hui, des critères bien définis pour son évaluation. La présente étude vise évaluer les différences parmi les critères adoptés par les experts. Nous avons conduit une étude rétrospective de tous les cas d'atteinte à l'intégrité physique auxquels on a considéré qu'il existait un réel danger pour la vie, dans les Délégations du Nord et du Centre de l'Institut National de Médecine Légale (INML) pendant le période 2004 à 2008. Nous avons trouvé 63 cas, qui représentent 0,2% du total des cas de lésions corporelles dans la période étudiée. Les données démographiques nous montrent que les victimes étaient majoritairement des hommes et l'âge moyen était de $37 \pm 18,34$ ans. En ce qui concerne l'étiologie des traumatismes, l'agression est l'événement prédominant et il y en a beaucoup causées par des armes blanches. Les tableaux cliniques qui ont justifié l'attribution du paramètre DV sont le «choc hypovolémique», suivi du «traumatisme crânien sévère» et de la «insuffisance respiratoire». Nous avons rencontré des conséquences permanentes en 88,9% des cas, dont 38% présentaient des critères rapportés dans l'article 144 °. La durée moyenne de la maladie

établie pour les victimes évaluées a été 254 jours. Dans l'attribution du DV, l'expert doit tenir compte que cette situation correspond à une probabilité concrète d'un résultat mortel, basée sur les signes et les symptômes de la mort qui s'approche, bien que sur des situations critiques et de mauvais pronostic directement liées aux dommages résultant de agression. Toutefois, même quand le DV n'existe pas, on doit signaler dans le rapport d'expertise s'il y a des risques graves (danger potentiel), ce que n'a pas été rapporté dans les cas étudiés. En outre, il est clair que, compte tenu des implications juridiques qui se posent dans ces cas, il est essentiel établir des objectifs et des critères cliniques normalisés pour l'attribution de ce dommage (ce que n'a pas été vérifié dans 12,7%), ainsi que leur justification rigoureuse (celle-ci n'est pas rapportée dans 74,5% des cas).

Mots-clés: Évaluation des dommages corporels; droit pénal; danger pour la vie.

Pedido de separatas:

CARINA OLIVEIRA

carina.oliveira@dcinml.mj.pt

O atendimento policial em casos de violência conjugal

L. Marinho¹, E. Matos², T. Magalhães²⁻⁵

1. Introdução

O abuso conjugal refere-se aos comportamentos violentos perpetrados no contexto das relações de intimidade (formais ou informais). Apesar deste tipo de comportamentos ser praticado desde sempre, apenas nas últimas décadas sobre eles recaiu a atenção da opinião pública e uma penalização legal explícita.

Trata-se de um problema que afecta as famílias de todas as classes sociais e grupos culturais⁽¹⁾, com consequências extremamente negativas para a vítima, para todo o agregado familiar e para a sociedade em geral. Além das implicações a nível da saúde física e mental que o abuso implica para as vítimas, as crianças que vivem num ambiente de violência, sendo testemunhas directas dos factos, manifestam também as graves consequências desta vitimização⁽⁷⁾.

No entanto, a violência conjugal ainda se encontra envolta numa cortina de silêncio, sendo escassas as estatísticas existentes devido à dificuldade das vítimas revelarem o abuso. Isto deve-se a questões culturais, que as levam a subvalorizar estes comportamentos, a resignarem-se perante eles e a terem vergonha e medo de enfrentar todo o processo a que conduziria a revelação⁽¹³⁾. Medo, sobretudo pelo risco de retaliação e das perdas associadas às suas dependências económicas e emocionais⁽¹³⁾, acabando muitas vezes por se envolverem num processo crescente de culpabilização, humilhação e degradação pessoal⁽¹⁶⁾. Por outro lado, estudos mais antigos referem a tradicional relutância da Polícia em intervir nestes casos (“entre marido e

¹ Polícia de Segurança Pública

² Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

³ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁴ Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

⁵ CENCIFOR – Centro de Ciências Forenses, Portugal

mulher ninguém meta a colher”), e dos Tribunais em condená-los⁽²⁾, a par com a própria sociedade, que tem manifestado uma tolerância implícita ao comportamento abusivo^(10; 12), por interiorização de uma ideologia que legitimava a repressão física como atributo do marido⁽²⁾.

As forças de segurança são muitas vezes a primeira entidade a ser solicitada ou mesmo procurada nos casos de violência conjugal sobre a mulher, pelo que o tipo de atendimento que a esta é prestado constitui um momento muito importante para a sua efectiva protecção e início do processo de reabilitação. Por outro lado, um mau atendimento pode ser causa de vitimização secundária, agravando-se as consequências de todo este processo⁽³⁾.

O presente estudo tem como objectivo avaliar a satisfação das mulheres vítimas de violência conjugal relativamente ao atendimento policial, tendo em vista identificar os problemas que necessitam de ser ultrapassados para garantir uma maior qualidade desse atendimento.

2. Material e métodos

Analisou-se uma amostra de mulheres vítimas de violência conjugal, que denunciaram a agressão numa Esquadra da PSP do Porto, no ano de 2005, e que foram observadas na Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) para exame pericial (n=120). Os critérios de inclusão foram: (i) ser vítima de violência na relação conjugal ou equiparada; (ii) ser do sexo feminino; (iii) ter idade igual ou superior a 16 anos (idade legal para contraír matrimónio – artigo 1601º, alínea a) do Código Civil –, e para apresentação da queixa – artigo 113º, n.º 3 do Código Penal); (iv) ter havido atendimento policial por elementos afectos a uma Esquadra do Comando Metropolitano da PSP do Porto; (v) ter havido exame pericial na Delegação Norte do INML.

Procedeu-se à construção de um inquérito por questionário, de hetero-aplicação, apenas com perguntas fechadas, composto por quatro partes: (I) a primeira relativa à caracterização demográfica da vítima e do suspeito abusador; (II) a segunda, à caracterização do abuso; (III) a terceira à denúncia policial; (IV) a quarta, à caracterização do atendimento policial. O questionário foi aplicado sempre pela mesma pessoa, na Delegação Norte do INML, após obtenção do necessário consentimento informado por parte das vítimas.

A análise estatística foi efectuada utilizando como software o programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão de 12.0 for Windows. Para a análise da relação entre as variáveis usou-se o teste Qui quadrado de Pearson, aplicando-se a simulação de Monte Carlo quando as células apresentavam uma frequência inferior a 5 em mais de 20%⁽¹⁸⁾, e um nível de significância de 5%⁽¹⁹⁾.

3. Resultados

A população estudada foi composta por mulheres com uma idade média de 38 anos (SD=9.72, Min=19, Max=65), casadas (62.5%), tendo como habilitações literárias o ensino básico (55%) e exercendo uma actividade profissional (73.3%) com baixo grau de diferenciação (77.3%). A maioria (96.7%) tinha filhos, os quais, em 92.5% dos casos, presenciaram as cenas de violência.

Quanto ao suspeito abusador, a idade média foi de 41 anos (SD=9.99, Mín=20, Max=68), casados (63.3%), com baixo nível de escolaridade (55.8% com ensino básico) e 69.2% exercendo uma profissão de baixo grau de diferenciação (80.7%).

A duração da relação entre os membros do casal, até à apresentação da primeira denúncia, variou entre 1 e 44 anos, com uma média de 15 anos (SD=10.28), sendo superior a 10 anos em 62.5% dos casos (Tabela 1).

As mulheres referiam considerar-se vítimas concomitantemente de abuso físico e psicológico (n=118; 98.3%), sendo o abuso psicológico ou físico isolados quase inexistente (n=2), abusos estes que se iniciaram entre o 1.º e o 5.º ano de vida em comum em 59.2% dos casos. O abuso sexual foi revelado por 38.3% das mulheres (n=46), importando contudo realçar que à pergunta directa sobre eventual abuso sexual responderam afirmativamente apenas 5%; os restantes casos foram detectados após explicação às inquiridas quanto ao tipo de práticas que poderiam configurar um abuso sexual.

Como abuso psicológico, 98.3% das vítimas referiram ter sofrido insultos e/ou humilhações, 72.9% ameaças, 55.1% acusações infundadas de infidelidade e 31.4% serem alvo de permanente controlo (“com quem fala”, “com quem sai”, “para onde vai”).

Quanto ao mecanismo do abuso físico, 99.2% descreveram bofetadas, murros ou pontapés, 33.9% objectos contundentes (e.g. vassouras, jarras, paus), 10.2% objectos cortantes (facas ou navalhas) e 8.3% referiram ter sofrido tentativa de esganadura.

Sobre o abuso sexual, 82.6% informaram que foram obrigadas a manter práticas sexuais que consideram normais, mas contra a sua vontade, 13% mediante violência física e/ou psicológica, sendo que 10.9% tiveram que manter práticas que consideram aberrantes e contra a sua vontade.

Realce-se, ainda, que 45 mulheres identificaram outros tipos de abuso: 26.7% foram privadas das necessidades básicas (alimentação e sono); a 64.4% o suspeito abusador destruiu-lhes bens de valor económico e a 15% bens de valor afectivo.

Durante uma média de 15 anos as vítimas não apresentaram queixa porque: (i) acreditavam que o agressor mudaria de atitude (69.2%); (ii) sentiam

vergonha de revelar o abuso (40%); (iii) queriam tentar manter a família unida (28.3%); (iv) receavam que o abusador se tornasse mais violento (20.8%).

As razões que as conduziram à denúncia foram: (i) a forte violência da última agressão (54.2%); (ii) a incapacidade de continuarem a suportar a situação (48.3%); (iii) o desejo de se separarem (35.8%). Mas a apresentação da denúncia foi considerada como um momento particularmente complexo e stressante, pelo que embora 56.7% das vítimas se tenham sentido confiantes e seguras ao fazê-lo à polícia, 50% sentiram receio pelas possíveis consequências deste gesto.

A maioria das vítimas (n=102) deslocou-se a uma Esquadra da PSP para denunciar a situação, mas em muitos casos, a Polícia foi accionada para o local onde ocorreu a agressão. As vítimas atendidas no interior da esquadra em 86.3% dos casos sentiram-se satisfeitas com o atendimento prestado (Tabela 2).

O técnico de polícia que realizou o atendimento era, na sua quase totalidade, do género masculino (91.7%). No entanto, para a maior parte das vítimas (89.2%), o género do elemento policial que efectuou o atendimento foi indiferente.

A atitude do polícia foi sentida como positiva pelas vítimas, que consideraram o polícia atencioso, delicado e educado (80.4%), interessado (78.4%) e prestável (65.8%), transmitindo-lhe segurança (77.5%), compreensão e respeito (76.5%). Apesar destes resultados, as vítimas entenderam que aqueles técnicos de polícia ainda necessitam de formação, tendo considerado a sua preparação para lidar com vítimas de violência conjugal pouca ou inexistente em 45.9% dos casos (Tabela 3).

Na Esquadra, as mulheres foram atendidas, na sua maioria (89.2%), no local de atendimento ao público em geral. O atendimento numa sala reservada ocorreu apenas em 10.8% dos casos. Para além desse facto, as condições existentes na Esquadra não foram do agrado das vítimas (72.5%), ora porque não havia uma cadeira para se sentarem (20.2%), havia barulho (24.5%), estavam presentes outras pessoas (51%) ou a conversa era audível por terceiros (49%). Consideraram, finalmente, que as condições de privacidade no atendimento estavam pouco ou nada garantidas em 35% dos casos (Tabela 4).

4. Discussão

Tradicionalmente, os estudos referiam que a mulher vítima de violência conjugal era pobre, com pouca instrução e desempregada, embora se saiba já que a violência conjugal é uma realidade transversal a todas as classes sociais^(11; 21; 22); o mesmo se diga em relação aos agressores⁽¹¹⁾. Os resultados

do presente estudo apontam também para o facto das vítimas serem mulheres sócio-culturalmente pouco favorecidas, mas tal apenas significa que este será o grupo que mais frequentemente procura a ajuda da polícia, não tendo outros recursos a que recorrer.

No que se refere aos abusos sofridos, é já ponto assente, na actualidade, que importa avaliar e valorar os seus diversos tipos, não estando apenas em causa os maus-tratos físicos, apesar de serem estes os geradores de evidências mais susceptíveis de facilitar a produção da sua prova⁽⁵⁾.

Vários estudos^(8; 9; 10; 11; 12; 22) referem que em cerca de 80% das agressões conjugais, a violência psicológica acompanha a física, concluindo-se que o abuso físico raramente ocorre sem o abuso psicológico. O presente estudo vai de encontro a esses dados, constatando-se os dois tipos de abuso em 98.3%.

Na violência psicológica prevalecem os insultos e as humilhações (98.3%), as ameaças (72.9%), acusações infundadas de infidelidade (55.1%) e o isolamento (31.4%), à semelhança de outros estudos^(8; 11). Na violência física, 99.2% dos agressores utiliza a própria força (bofetadas, murros, pontapés, encontrões, puxões de cabelo), seguido de traumatismos com objectos contundentes (33.9%) e o apertar o pescoço (28.8%)⁽¹¹⁾.

O uso de objectos cortantes, como facas e navalhas, é indicado por 10.2% das vítimas, um número superior ao referido no estudo de Lisboa, Barroso e Marteleira⁽⁸⁾ que no INML do Porto constatou o uso dos referidos instrumentos em 4.8% dos casos. Ao contrário de outros estudos^(8; 10), nesta amostra não foi feita referência ao uso de armas de fogo por parte do agressor.

O abuso sexual na relação conjugal não tem sido sempre reconhecido, nem pelas próprias vítimas, até porque, supostamente, os votos do casamento obrigam à relação sexual, não se concebendo que o(a) outro(a) tenha o direito de dizer não^(22; 23). À semelhança de Walker⁽²²⁾, ao colocar-se às mulheres perguntas directas sobre a sua vida sexual com o abusador, sem utilizar o termo abuso, mas integrando nas questões comportamentos que o identificam, aquelas responderam afirmativamente a questões que retratam a existência de abuso sexual. Deste modo, os iniciais 5% à pergunta directa “se sofria abuso sexual” passaram para 38.3%, quando, sem referir esta expressão, se indagava se eram obrigadas a praticar relações sexuais pelo cônjuge/companheiro. A obrigação de manter relações sexuais contra a vontade da própria é o comportamento mais frequente deste tipo de abuso (82.6%).

Relativamente ao momento da apresentação da queixa, verificou-se que a maioria (56.7%) se sente confiante e segura ao fazê-la mas, simultaneamente, receosa com as consequências dessa queixa (50%). Este resultado confirma a confiança que a Polícia transmite, apesar da insegurança da mulher em assumir o procedimento criminal⁽²⁰⁾.

As razões que conduzem ao reduzido número de queixas apresentadas pela vítima de violência conjugal prendem-se com questões sócio-culturais, já atrás referidas, mas, também, com aspectos situacionais e organizacionais, entre os quais, o tipo e condições do atendimento policial.

Assim, no que se refere a este atendimento, e apesar da opinião das mulheres ter sido francamente positiva – afirmando terem ficado satisfeitas com esse serviço, tanto no local da ocorrência (77.5%), como na Esquadra (86.3%) –, ainda existem dificuldades, que urge ultrapassar, no que se refere às condições das instalações onde é realizado o atendimento, à própria actuação policial e às circunstâncias em que esse atendimento é efectuado.

Na perspectiva das mulheres, os aspectos menos positivos do atendimento policial são as condições das instalações policiais (83.1%), a inexistência de elementos policiais especializados neste tipo de atendimento (40.7%) e a falta de sensibilidade do técnico para lidar com a vítima (38.9%), não sendo o género do elemento policial que efectua o atendimento relevante para 89.2% daquelas.

O problema da insuficiência das instalações das Esquadras está contudo a ser resolvido, através da criação de salas de atendimento à vítima, procurando-se um ambiente que transmita segurança e tranquilidade, concedendo-lhe um tempo e um espaço onde possa exprimir aquilo que pensa e sente, sem temer qualquer juízo de valor⁽¹⁵⁾.

No que se refere à formação dos profissionais, e apesar da avaliação positiva feita pelas mulheres sobre a preparação dos agentes policiais (entendendo que estes estão bem ou razoavelmente preparados em 54.2% dos casos), importa ter presente que estas vítimas apresentam uma importante ambivalência de sentimentos (se por um lado querem interromper o abuso, por outro, não querem romper os seus laços conjugais⁽²⁰⁾), o que torna a sua abordagem particularmente complexa. Nessa medida, a formação dos técnicos que com elas trabalham constitui um passo fundamental e obrigatório, devendo ser incluída nos programas educativos assim que ingressam na função, e mantida através da formação contínua, ao longo da sua carreira⁽⁶⁾.

Esta formação irá também ser útil para ultrapassar as questões relacionadas com a falta de sensibilidade por parte dos técnicos para lidarem com esta problemática, aspecto que foi indicado por algumas mulheres. A este propósito, assinala-se que ainda existem polícias (4.2%), cujas crenças culturais deixam transparecer o preconceito face à violência conjugal, fazendo a mulher sentir-se culpada pela violência, atitude que não se pode mais tolerar.

O presente estudo oferece-nos a visão do cidadão sobre o trabalho desenvolvido pela PSP do Porto no âmbito do atendimento à mulher vítima de violência conjugal. Deste modo, identificando os pontos menos positivos desse atendimento, permitirá definir estratégias para ultrapassar essas dificuldades. Mas desde já se pode afirmar que a PSP está no bom caminho, atendendo

aos projectos em marcha, como a formação, melhoria das condições do local de atendimento e o estabelecimento de parcerias com instituições de apoio.

O contacto com as vítimas, aquando da administração do questionário, contribuiu para verificar que aquelas continuam a apontar a ineficácia da actuação policial como um grave problema. Contudo, culpam o sistema legislativo por isso e não o próprio polícia, verificando que este, perante o acto violento, se vê coarctado para agir, não porque não seja essa a sua vontade, mas porque a lei não permite que vá mais longe. Um caso frequente era a questão da entrada na residência, detenção do agressor e apreensão das armas que aquele possui.

Deste modo, além do trabalho a desenvolver pela PSP (formação dos seus elementos e melhoria das condições do local de atendimento), o Governo tem de, mais do que criar novas leis, promover as já existentes⁽¹⁷⁾. Assim, deve estabelecer medidas legítimas de intervenção policial e a sua tipificação quanto à sua natureza, pressupostos e objectivos, em conformidade com os interesses legítimos das vítimas de violência conjugal, no quadro de uma futura regulamentação da função policial.

5. Conclusão

Os resultados indicam que as mulheres demoram, em média, quinze anos a revelar o abuso de que são vítimas, apresentando-se muito fragilizadas e com profundos sentimentos de medo e de vergonha quando o fazem. Nesse momento, necessitam de apoio e compreensão por parte dos técnicos de polícia, o que nem sempre é garantido, sendo certo que as condições logísticas das polícias também não favorecem a criação do necessário clima de segurança e confiança.

Importa não esquecer que a abordagem pelo profissional que primeiro contacta com a vítima é fundamental para a sua recuperação⁽¹³⁾. Neste sentido, essa abordagem deve ser mínima, visando a recolha de informação suficiente e adequada para definir o tipo de intervenção a implementar, preocupando-se com a protecção da vítima, evitando procedimentos que contribuam para a sua vitimização secundária^(3; 13). Por isso, importa que esses profissionais sejam capazes de adequar a sua abordagem ao contexto da vitimização, à idade da vítima, bem como à percepção que esta tem do processo que sofreu, que sejam capazes de a ouvir, transmitindo-lhe confiança, sem que, nunca por nunca, emitam juízos de valor⁽¹³⁾.

Estando os técnicos cientes destas necessidades e limitações, tal como revelou um outro estudo efectuado^(cf. 14), teremos mais de metade do caminho percorrido para se poder garantir que a aposta na sua formação permitirá, num futuro próximo, contar com pessoas adequadamente preparadas para este tipo de atendimento.

Tabela 1. Duração da relação (em anos) conjugal, até à apresentação da primeira queixa

Duração da relação (anos)	n	%
1 a 10	45	37.5
11 a 20	44	36.7
21 a 30	19	15.8
> 30	12	10.0
TOTAL	120	100

Tabela 2. Distribuição das vítimas segundo o grau de satisfação com o atendimento policial prestado

Satisfação com o atendimento policial	Na esquadra	
	n	%
Muito satisfeita	47	46.1
Satisfeita	41	40.2
Insatisfeita	10	9.8
Muito Insatisfeita	4	3.9
TOTAL	102	100

Tabela 3. Preparação dos elementos policiais da PSP, perspectiva das mulheres vítimas

Formação da polícia	n	%
Bem preparados	30	25
Razoavelmente preparados	35	29.2
Pouco preparados	26	21.7
Nada preparados	29	24.2
TOTAL	120	100

Tabela 4. Distribuição das vítimas segundo a garantia da privacidade no atendimento policial prestado

Privacidade	n	%
Muito bem assegurada	5	4.2
Bem assegurada	48	40
Razoavelmente assegurada	25	20.8
Pouco assegurada	19	15.8
Nada assegurada	23	19.2
TOTAL	120	100

Referências bibliográficas

- (1) Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Direitos Humanos e Aplicação da Lei. Manual de formação em direitos humanos para as forças policiais, Série de formação profissional, n.º 05. Genebra: ONU; 2001.
- (2) Beleza TP. A Mulher no Direito Penal. Lisboa: Edição da Comissão da Condição Feminina; 1984.
- (3) Cotti A, Magalhães T, Pinto da Costa D, Matos E. Road traffic accidents and secondary victimisation: the role of law professionals. *Medicine and Law* 2004; 23(2):259-68.
- (4) Direcção Geral da Saúde. Estratégias de combate à violência doméstica. Manual de recursos. Lisboa: Ministério da Saúde; 2003.
- (5) Falcón MT. La violencia en casa, México: Paidós; 2001.
- (6) Hanmer J, Radford J, Stanko E. Women Policing – International Perspectives. London: Routledge; 1989.
- (7) Hoff LA. Violence against women and children: a portuguese and a international perspective. *Espaço S, Revista de Educação Social* 1999; 0:17 – 28.
- (8) Lisboa M, Barroso Z, Marteleira J. O contexto social da violência contra as mulheres detectada nos Institutos de Medicina Legal. Síntese dos dados obtidos nos Institutos de Medicina Legal de Coimbra e Porto. Ditos e Escritos, n.º 16. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres; 2003.
- (9) Lisboa M, Vicente LB, Barroso Z. Saúde e violência contra as mulheres: estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões da violência de que tenham sido vítimas. Lisboa: Direcção Geral de Saúde; 2005.
- (10) Lourenço N, Carvalho MJL. Viver sem medo. Conhecer a violência contra a mulher para a prevenir e combater. In: *Faces de Eva – Estudos sobre a mulher*, n.º 6. Edições Colibri; 2001. pp. 9–26.
- (11) Lourenço N, Lisboa M, Pais E. Violência contra as Mulheres. *Cadernos Condição Feminina*, n.º 48. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos da Mulher; 1997.
- (12) Matos M. Violência nas relações de intimidade: retratos e práticas. In: *Polícia e Justiça, III Série*. Coimbra: Coimbra Editora; 2004. pp. 105 – 121.
- (13) Magalhães T. A vítima como objecto de intervenção médico-legal. *Acta Médica Portuguesa* 2005; 18:453-8.
- (14) Marinho LPP. O atendimento policial à mulher vítima de violência conjugal. Estudo no Comando Metropolitano da Polícia de Segurança Pública do Porto. Tese de Mestrado em Ciências Forenses, Universidade do Porto; 2006.
- (15) Mota SMC. CIDM – Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. In: *Gonçalves RA, Machado C, Eds, Violência e vítimas de crime*, vol. I – Adultos, 2.ª ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2003. pp. 302-17.
- (16) Pais E. Rupturas violentas da conjugalidade. Homicídio conjugal em Portugal. Lisboa: Hugin Editores; 1998.
- (17) Pais E. Violência Doméstica – perfil da prevenção e da intervenção em Portugal. In: *Polícia e Justiça, III Série*. Coimbra: Coimbra Editora; 2004. pp. 189-97.
- (18) Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.

- (19) Pereira A. Guia Prático de Utilização do SPSS. Análise de dados para ciências Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo; 2004.
- (20) Soares RM. Violência conjugal. Lisboa: Escola Superior de Polícia; 1998.
- (21) Walker LEA. The Battered Woman. New York: Harper & Row Publishers; 1979.
- (22) Walker LEA. The battered women syndrome. New York: Springer Publishing Company, Inc.; 2000.
- (23) Wiehe VR. Understanding Family Violence. Treating and preventing partner, child, sibling and elder abuse. Thousands Oaks: Sage Publications; 1998.

Resumo: O atendimento policial em casos de violência conjugal

Até há pouco tempo atrás, a violência conjugal era considerada como um problema familiar no qual a Polícia, os serviços de saúde, as instâncias formais de controlo e os serviços sociais dificilmente intervinham. No entanto, em Portugal, desde 2000, este tipo de violência passou a corresponder a um crime público. Nestes casos, a vítima que se encontra num estado de grande fragilidade e perturbação emocional, procura com alguma frequência a Polícia, a qual constitui a first line enforcer. Será pois fundamental que estes profissionais sejam capazes de adoptar uma postura empática e apoiante, sabendo escutar activamente, durante todo o atendimento, sem limitar esse atendimento ao tradicional inquérito e à explicitação dos aspectos jurídicos e respectivos procedimentos legais. O presente trabalho tem como objectivo avaliar se a Polícia de Segurança Pública (PSP) presta a estas vítimas um atendimento que contribua para a sua efectiva protecção e reabilitação, evitando a sua vitimização secundária. Para tal, aplicou-se um questionário a uma amostra de 120 mulheres que referiam ser vítimas de violência conjugal e cujo atendimento foi realizado na PSP do Porto. Analisou-se o sentimento das vítimas face a esse atendimento, concluindo-se que a PSP necessitará de: a) continuar a apostar na formação especializada dos seus técnicos, com vista à adopção de procedimentos uniformes e de boas práticas na abordagem das vítimas; b) promover apoios especializados nos vários domínios da intervenção (psicológica, social e jurídica), designadamente através de parcerias e dinâmicas de actuação com as comunidades locais e as instituições de apoio; c) continuar a melhorar as condições do local de atendimento, criando salas de atendimento para as vítimas.

Palavras-chave: Vítima; violência conjugal; polícia.

Summary: The police reception in domestic violence cases

Some time ago, the couple life violence was considered as a familiar problem in which the Police, the Health Services, the Formal Instances and the Social Services hardly participate. However, in Portugal, since 2000, this kind of violence started to be seen as a public crime. In these cases, the victim that is always in a condition of great fragility and emotional disturbance/ disorder asks with some frequency for the police's help, that is the first line enforcer.

It will be essential that these professional people are able to adopt an empathic and supportive position, knowing how to listen to these victims actively during all the first reception, without limiting this first reception to the traditional inquiry and to the explanation of the juridical aspects and proper legal proceedings.

This work has its main goal in evaluating if the PSP (Public Safety Police) is able to lend assistance to these victims in a way that contributes to their effective protection and rehabilitation, avoiding their secondary victimisation. To do so, it was held an inquiry to a sample of 120 women that said to be victims of couple life violence which contact was made by Oporto PSP. It was analysed the victims' feelings bearing in mind that reception, concluding that the PSP will need: a) continuing to bet in specialised training of their technicians, bearing in mind the adoption of regular proceedings and good practises in the victims' approaching; b) promoting specialised supports in the several domains of the intervention (psychological, social and legal), particularly through the partnerships and dynamics of performance with the local communities and the institutions of support; c) continuing to improve the conditions of the place where the reception takes place, by creating special rooms for the reception of the victims.

Key-words: Victim; couple/married life violence; police.

Résumé: L'accueil policier en cas de violence conjugal

Jusqu'à très peu de temps, la violence conjugal était considérée un problème familial au cours duquel la Police, les services de santé, les instances formelles de contrôle et les services sociaux difficilement intervenaient. Néanmoins, au Portugal, depuis 2000, ce type de violence ne dépend plus de plainte pour que la poursuite criminelle se fasse.

Dans ces cas, la victime se trouvant dans un état de grande fragilité et perturbation émotionnelle cherche souvent la Police pour un premier appui. Cela dit, les autorités policières sont ce que l'on peut désigner de first line enforcer.

Il est ainsi important que ces professionnels de sécurité soient empathiques envers ces victimes et soient capables de les soutenir, de les écouter activement pendant l'accueil, sans limiter cet accueil au questionnaire traditionnel qui s'effectue dans ces cas et aux explications des aspects juridiques. Cet ouvrage cherche à évaluer si la Police de Sécurité Publique (PSP) offre à ces victimes un accueil permettant une protection et une réhabilitation effectives, capables d'éviter de nouvelles victimisations. Pour cela, nous avons appliqué un questionnaire à un groupe de cent vingt (120) femmes victimes de violence conjugal et dont l'accueil a été réalisé par la PSP du Porto. L'analyse de ces questionnaires a démontré que la PSP a besoins de : a) continuer à parier sur la formation spécialisée de ces professionnels, ayant pour objectifs l'uniformisation des procédures au moment du contact avec les victimes ; b) promouvoir des appuis spécialisés dans plusieurs domaines d'intervention (psychologique, social et juridique), notamment à travers du partenariat avec la communauté locale et les institutions d'appui ; c) poursuivre avec l'amélioration des conditions d'accueil, en créant des salles d'accueil pour les victimes.

Mots-clés: Victime; violence conjugal; police.

Pedido de separatas:

LILIANA MARINHO

liliana.marinho1@gmail.com

As *wrong actions* no início da vida (*wrongful conception, wrongful birth e wrongful life*) e a responsabilidade médica

Vera Lúcia Raposo¹

1. *Wrongful life actions*

As *wrongful life actions*² surgem quando uma criança nasce mal-formada e pretende reagir contra quem deu azo ao nascimento, ainda que não tenha provocado directamente a malformação. As acções de *wrongful life* são sempre interpostas pela criança (ou por outrem em seu nome, dado que muitas vezes falamos de um menor e/ou incapaz) nascida nestas condições, e podem

¹ Assistente da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Advogada.

² R. Lee AKAZAKI, “Wrongful Birth”...”; Fernando ARAÚJO, *A Procriação Assistida...*, p. 84/113; Virginie BONNINGUE, *Naissance...*, p. 65/106; Karen CAPEN, “New Prenatal Screening...”, p. 734 ss.; Kristen CAREY, “Wrongful Life...”, p. 1 ss.; Philippe COPPENS, “Du Préjudice d’Être Né?”, p. 82 ss.; João Álvaro DIAS, *Procriação Assistida e Responsabilidade Médica*, p. 480/605; Roger DWORKIN, *Limits...*, p. 86 ss.; Attilio GUARNERI, “Nascita del Figlio Malformato...”, p. 847 ss.; John HARRIS, *Clones...*, p. 99/119; Wendy HENSEL, “The Disabling Impact...”, p. 141 ss.; Nancy JECKER, “The Ascription of Rights...”, p. 149 ss.; Fernando Pinto MONTEIRO, “Direito à Não Existência...”, p. 131 ss.; Anne MORRIS, Severine SAINTIER, “To Be or Not to Be...”, p. 167 ss.; Warwick NEVILLE, Buddhima LOKUGE, “Wrongful Life Claims...”, p. 558 ss.; André Gonçalves PEREIRA, *O Consentimento Informado...*, p. 387 ss.; Carlos Alberto da Mota PINTO, *Teoria Geral do Direito Civil*, p. 217/220; Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 5 ss.; Amos SHAPIRA, “Wrongful Life...”, p. 369 ss.; Seana Valentine SHIFFRIN, “Wrongful Life...”, p. 117 ss.; R. SIMONE, “Procreazione e Danno...”, p. 1149 ss.; Carel STOLKER, “Wrongful Life...”, p. 521 ss.; Dean STRETTON, “The Birth Torts...”, p. 348/350, 352/364; Marta Nunes VICENTE (“Algumas Reflexões...”, p. 117 ss.; “Wrongful Birth/Wrongful Life Claims”, at <http://www.tresscox.com.au/file/document/resource/32/Wrongful%20Birth%20&%20Wrongful%20Life%20Claims.pdf>.

Uma distinção entre estas acções e as outras *wrong actions* em Philippe COPPENS, “Du Préjudice d’Être Né?”, p. 82 ss.; Jean-Yves GOFFI, “La Notion de Vie Préjudiciable...”, p. 75/77; Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 5/7.

Para uma crítica às denominações adoptadas, Fernando ARAÚJO, *A Procriação Assistida...*, p. 96, 100.

dirigir-se contra os médicos e instituição hospitalar e mesmo – sendo esta a hipótese mais controvertida – contra os pais.

Explicitemos melhor estes cenários.

Os processos de *wrongful life* podem ser dirigidos contra aquele que deveria informar os progenitores da situação do nascituro e não o fez, nomeadamente o médico que falhou no diagnóstico pré-natal ou no diagnóstico genético pré-implantatório³.

Neste caso poderão os pais da criança apresentar dois pedidos de indemnização: um em seu nome próprio, pelo danos que advêm da circunstância de ter um filho com animalidade tão gravosas (mas nesse caso estaremos perante um processo de *wrongful birth*); outro em nome da própria criança, pelo facto de esta ter nascido com semelhante doença ou anomalia (a *wrongful live* propriamente dita).

No pedido contra o médico é alegado o facto de não ter impedido a concepção, ou ter omitido informação acerca da deficiência ou malformação, ou ter transferido para o útero embriões fertilizados *in vitro* que eram portadores de doença ou deficiência. Assim se distinguem estas acções daqueles outros casos em que se actua contra o responsável por um dano físico causado aos progenitores – em regra, causados à mãe – e que *a posteriori* se veio a reflectir nos futuros filhos, estejam estes já gerados à data do dano⁴ ou ainda não⁵.

³ Usualmente a falha resulta da violação de *leges artis* (José Francisco de Faria COSTA, *O Perigo em Direito Penal*, p. 529, 532; Sónia FIDALGO, *Responsabilidade Penal...*, p. 71 ss.) dando assim origem a uma situação de responsabilidade médica (Conceição CUNHA, “Algumas Considerações...”, p. 809/854; Álvaro DIAS, *Procriação Assistida e Responsabilidade Médica...*; Jorge de Figueiredo DIAS, Sínde MONTEIRO, *Responsabilidade Médica em Portugal*; FRANCO CAIADO GUERREIRO E ASSOCIADOS, *Guia da Responsabilidade dos Médicos...*; M. GÓMEZ JARA, *La Responsabilidad ...*; J. M. Martins NUNES, *Da Responsabilidade...*; André Gonçalves PEREIRA, *O Consentimento Informado...*; Rute Teixeira PEDRO, *A Responsabilidade Civil do Médico*; Álvaro da Cunha Rodrigues, “Reflexões...”, p. 161/252. Imagine-se que o médico não efectuou os meios de diagnóstico necessários, o que o faz incorrer numa responsabilidade por omissão. Quanto à questão da dicotomia obrigação de meios/ obrigação de resultados na responsabilidade médica, Rute Teixeira PEDRO, *A Responsabilidade Civil do Médico*, p. 98/102; Álvaro da Cunha Rodrigues, “Reflexões...”, p. 67 ss. Sobre a responsabilidade civil médica nesta específica matéria, Amélia COSTA, *Perspectiva Jurídica de um Acto de Amor...*, p. 135 ss.; João Álvaro DIAS, *Procriação Assistida e Responsabilidade Médica*.

⁴ Caso *Watt v. Rama* [1972] V.R. 353, *Supreme Court of Victoria*, Australia. O caso desenrolou-se nestes termos: o autor sofrera danos enquanto se encontrava ainda no ventre materno devido a um acidente de que a mãe havia sido vítima, causado pelo réu. Embora este argumentasse que não poderia ser responsabilizado por danos causados a uma (ainda) não-pessoa o tribunal decidiu em sentido contrário, bastando-se com o facto de o embrião ter vindo a originar uma pessoa, configurando a chamada “*born alive rule*”. Sobre esta regra vide Pascal KASIMBA, “IVF Regulation...”, p. 157 ss.

⁵ Por exemplo, acções que tiveram lugar sobre a mulher antes de esta engravidar, mas que se repercutiram na sua função reprodutiva, motivadas por tratamentos médicos ou pela exposição a materiais radioactivos ou substâncias tóxicas.

Mas, como já ficou referido, esta acção pode também ser dirigida contra os pais, invocando-se o facto de estes terem prosseguido com a gestação não obstante estarem a par da doença, reivindicação esta que se funda num (ainda muito discutido) dever parental de evitar o nascimento de uma criança em tais condições⁶. Alguns tribunais têm vindo a reconhecer a existência de um dever, a cargos dos pais, de abortarem fetos mal-formados sob pena de actuarem mediante negligência.

A progressiva aceitação jurisprudencial deste tipo de acções prende-se com a consciencialização do crescente número de riscos envolvidos nas novas tecnologias, bem como com o movimento de liberalização que tem marcado os regimes sobre o aborto um pouco por todo o lado, revelando progressivamente uma cada vez maior aceitação legal do poder dos pais escolherem quando e como terão os seus filhos.

Embora até à data os processos de *wrongful life* se insiram no contexto de uma reprodução sexual, supomos que passarão a ser muito frequentes nos casos de procriação medicamente assistida (PMA), sobretudo quando teve lugar um DGPI (suponha-se, por exemplo, que o médico não informou os pais de que os embriões padeciam de determinadas anomalias, pelo que estes autorizaram a sua transferência).

Ou seja, o que acima se disse a propósito da *wrongful life* pode ser transposto, *mutadis mutandis*, para os casos de DGPI em que o médico não detectou a anomalia embrionária e, por conseguinte, procedeu à sua transferência, ou a detectou e informou os pais mas, ainda assim, estes optaram pela transferência. Com a particularidade de que nestes casos nem sequer se levanta o óbice de se interromper uma gestação porque esta ainda se não iniciou.

2. *Wrongful birth actions*

Nos casos de *wrongful birth*⁷ o circunstancialismo é o mesmo da figura anterior, com a diferença de que neste segundo a acção é movida pelos pais, em seu próprio nome, contra o médico, pelo facto de os ter privado de um consentimento informado que eventualmente poderia ter levado à interrupção

⁶ “As a secular moral issue, this view appears implausible if the future of the child is such that harms do not outweigh benefits. One will on balance not have armed that future person by bringing it into existence. If it is reasonable for the parents to assume that there will be a favourable balance of goods over harms to the child, procreation would appear morally justified as long as the child did not constitute an unagreed upon to others”. Cfr. Tristram H. ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*, p. 258

⁷ Dean STRETTON, “The Birth Torts...”, p. 320, 321; 331/347.

da gravidez. Este cenário ocorre ou porque o médico não afectou os exames pertinentes, ou porque os interpretou erroneamente, ou porque não comunicou os resultados. Já se vê que o desenlace destes processos depende largamente da forma como se concebiam as obrigações dos profissionais de saúde no que respeita às informações aos pacientes, isto é, quais os factores de risco que devem ser comunicados e se mesmo factores improváveis o devem ser⁸.

Muitas vezes a fundamentação é a mesma que encontrámos nas acções de *wrongful life*, mas enquanto aquelas são interpostas pelo filho, estas são-no pelos pais, sendo que muitas vezes ambas acções surgem associadas num mesmo processo⁹, embora as duas pretensões não tenham necessariamente que coexistir¹⁰.

Os pais requerem uma indemnização pelos danos morais e patrimoniais resultantes do nascimento de um filho portador de deficiências graves. Alegam que se houvessem sido avisados dos perigos inerentes à doença de que são portadores (doença de Tay-Sachs, por exemplo) teriam preferido não conceber; ou que se tivesse sido informado da doença que o embrião/feto desenvolveu durante a gestação (trisomia 21, por exemplo) teriam optado por interromper a gravidez. Como se vê, a obrigação de informação médica pode actuar em dois momentos distintos: antes ou depois de conceber. No primeiro caso fala-se de um erro no diagnóstico pré-concepcional; no segundo, em erro no diagnóstico pré-natal¹¹.

Têm surgido várias interrogações quanto a pedidos de indemnização de *wrongful birth* por parte de progenitores que teriam seguido avante com a gravidez, não obstante o aborto poder ter sido uma opção¹².

⁸ Jean-Yves GOFFI, “La Notion de Vie Préjudiciable...”, p. 77.

⁹ Caso *Berman v. Allan N.J. 421* (1979). Neste caso a acção de *wrongful life* foi rejeitada pelo Tribunal (“One of the most deeply held beliefs of our society is that life – whether experienced with or without a major physical handicap – is more precious than non-life”), mas a de *wrongful birth* foi acolhida e satisfeita. Curiosamente, e a propósito desta segunda reivindicação, tomou uma opção que nos parece estranha: negou a indemnização pelos danos patrimoniais que derivam da educação de uma criança seriamente deficiente, mas atribuiu uma compensação pelos danos morais resultantes da angústia sofrida pelo pais em virtude de a sua filha ter síndrome de Down. Uma vez que a recusa da indemnização patrimonial se fundou no amor e na alegria que qualquer criança sempre aporta, mal se compreende que, a esta luz, tenha sido atribuída a compensação por danos morais.

¹⁰ Sobre isto, Bonnie STEINBOCK, “The Logical Case...”, p. 15/20.

¹¹ Em regra reportamo-nos a uma gravidez já iniciada, pelo que a alternativa seria o aborto, mas podemos igualmente imputar esta responsabilidade a um período pré-concepcional, quando a alternativa seria o uso de métodos anti-concepcionais.

¹² No Canadá o “comportamento alternativo” dos pais tem sido discutido em várias decisões: *Arndt v. Smith*, [1997] 2 S.C.R. 539 (*Supreme Court of Canada*); *Mickle v. Salvation Army Grace Hospital* [1998] OJ 4683 (QL) (Ont Gen Div) (R. Lee AKAZAKI, “Wrongful Birth...”). No caso *Emeh* (*Emeh v. Kensington and Chelsea and Westminster Area Health Authority*, [1985]

Marta Nunes Vicente¹³ não questiona se deve existir ou não indemnização (pois entende que será sempre de existir, porque o que está em causa não é a “possibilidade da pessoa se decidir”, mas “a faculdade da pessoa se decidir numa direcção ou em sentido diferente do anterior”), mas defende que o respectivo montante variará “na medida da certeza que haja sobre o comportamento que a mãe ditaria para si própria”, caso os médicos tivessem sido diligentes e os pais houvessem sido informados do estado de saúde do nascituro. Esta sua posição funda-se na teoria da “*perde de chance*”, desenvolvida pela jurisprudência francesa, segundo a qual o valor da indemnização será tanto maior quanto mais elevada a certeza de realização de um determinado evento, isto é, depende do grau de violação do direito.

Paulo Mota Pinto¹⁴ dá-nos conta que a jurisprudência alemã, confrontada com casos de falta de informação ou errónea informação, faz funcionar a favor do credor da informação a presunção de que se teria comportado de forma adequada tendo em conta o conteúdo da informação (no caso, que os pais teriam optado por abortar caso soubessem da deficiência do filho). Se bem percebemos, o autor admite a indemnização em qualquer das hipóteses, mas quando se prove que os pais teriam interrompido a gravidez defende que deveriam ser indemnizados, não apenas pelo custo acrescido da criança deficiente, mas por todas as despesas derivadas do sustento e educação de um filho.

Temos dúvidas de que o sucesso desta reivindicação exija que se faça prova de que os pais teriam abortado caso tivessem sido devidamente informados. Não tanto pela dificuldade de semelhante prova, mas porque cremos que neste caso o dano radica, não apenas no nascimento de uma criança doente, mas também na impossibilidade de exercer uma escolha reprodutiva¹⁵ ou na violação do seu direito à informação¹⁶.

1 QB 1012; [1984] 3 All ER 1044 (CA)) o tribunal rejeitou a pretensão de indemnização da mulher precisamente pelo facto de ela não ter abortado quando teve a oportunidade, embora esta decisão tenha sido rejeitada pelo *Court of Appeal*.

¹³ Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p. 122, 123.

¹⁴ Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 15, 22.

¹⁵ Colocando a tónica nesta impossibilidade, Muriel Fabre-Magnan, citada em Anne-Claire MULLER, “L’Affaire Perruche...”, p. 27.

A decisão de abortar ou não apenas pode ser tomada quando os pais, mais correctamente, a mulher, se defronta com essa situação. Até que a hipótese da malformação do nascituro se torne num facto real não é possível termos qualquer certeza, ou exigirmos qualquer certeza, do comportamento materno (as mesmas reflexões a propósito do acesso ao diagnóstico pré-natal e da subsequente decisão de abortar em Guilherme de OLIVEIRA, “O Direito...”, p. 222/224).

¹⁶ Qual o intuito deste dever de informação? Manuel Carneiro da FRADA (“A Própria Vida como Dano...”) afasta terminantemente que este dever se destine a possibilitar à mãe a prática do aborto, mas sim a permitir uma adequada terapia da criança.

3. *Wrongful conception actions*

Nos processos de *wrongful pregnancy* ou *wrongful conception*¹⁷ o dano consiste na concepção de uma criança em situações nas quais era supostamente garantido tal não acontecer, em virtude de uma interrupção da gravidez mal sucedida, defeitos do método anticoncepcional, uma esterilização mal efectuada¹⁸, em suma, os casos em que se viola o que por vezes se chama de “direito dos pais ao planeamento familiar” ou direito à não reprodução.

Neste caso quem tem legitimidade para requerer a indemnização são os próprios pais e não a criança, para a qual não houve qualquer dano (referimo-nos a crianças que nasceram sãs). Ou seja, consiste no pedido de responsabilidade a quem se havia comprometido a evitar a concepção de uma criança, pelo que os queixosos pedem uma indemnização correspondente aos custos daqui decorrentes: subseqüentes procedimentos médicos, despesas derivadas da educação do filho, em casos especiais, eventualmente, danos morais¹⁹. Mais uma vez, o dano não é a criança, mas a anulação da decisão reprodutiva tomada pelos pais.

Em certa medida a *wrongful conception* suscita ainda mais controvérsia do que a *wrongful life*, porquanto tradicionalmente se entende que o nascimento de uma criança – sobretudo se saudável, como no caso – é sempre uma bênção, nunca um dano jurídico. Além do mais há quem rejeite que a recusa de ter filhos seja um direito. Mas a isto respondeu de forma paradigmática, em 1971, o *Michigan Court of Appeal*: “contraceptives are used to prevent the birth of healthy children. To say that for reasons of public policy contraceptive failure can result in no damage as a matter of law ignores the fact that tens millions of persons use contraceptives daily to avoid the very result which the defendant would have us say is always a benefit, never a detriment. Those tens of millions of persons, by their conduct, express the sense of the community”²⁰.

¹⁷ Virginie BONNINGUE, *Naissance...*, p. 15/64.

¹⁸ Paulo Mota PINTO (“Indemnização...”, p. 5) insere nesta categoria os casos em que os pais têm um filho com uma deficiência genética porque não foram correctamente informados dos riscos genéticos associados, mas cremos que esta é antes uma hipótese de *wrongful birth*, dado que na *wrongful conception* o único dano é um nascimento indesejado, não a deficiência, como o autor parece reconhecer mais à frente (p. 6), ao distinguir o “dano do planeamento familiar” e o dano resultante de uma deficiência da criança nascida.

¹⁹ Sobre estes danos, Virginie BONNINGUE, *Naissance...*, p. 21/25.

²⁰ Case *Tropi v. Scarf* (1971) 187 NW 2d 511 (Mich. CA), citado por Bernard DICKENS, “Wrongful Birth...”, p. 83.

4. Tendências jurisprudenciais

4.1. A jurisprudência norte-americana

Curiosamente, o primeiro processo de *wrongful life* – que surgiu nos EUA, na década de 60 – nada tinha a ver com os actuais. É que a criança nasceu de perfeita saúde, com o único óbice de ser filho de mãe solteira, já que o pai abandonara a mãe durante a gravidez. Por conseguinte, intentou uma acção contra o pai por envolver o seu nascimento em ilegitimidade jurídica. O Tribunal recusou a pretensão do requerente, sob pena de os tribunais serem inundados com milhares de processos por parte de pessoas que nasceram em condições que consideravam desfavoráveis²¹.

Porém, dentro do leque de processos de *wrongful life* tem cabido todo o tipo de pretensões, como a do filho ilegítimo que intentou uma acção contra o pai, no estado americano de Illinois, devido ao dano sofrido em função do estatuto de ilegitimidade (pretensão que não tem qualquer razoabilidade em Portugal, mas adquire algum significado naquele ordenamento jurídico, onde o referido estatuto funcionava como impedimento para um cargo político). Todavia, a pretensão não teve sucesso. Diferentemente, num outro processo de *wrongful live* onde a criança intentou com êxito uma acção contra um hospital de doenças mentais onde a sua mãe havia sido violada por um internado foi-lhe dada satisfação²².

Paulatinamente outros casos foram surgindo na jurisprudência norte-americana e é neste sistema jurídico que os encontramos em maior número e também onde têm obtido mais acolhimento, não obstante algumas leis estaduais terem expressamente excluído que o nascimento ou a possibilidade de abortar fossem qualificados como facto danoso.

Foi também no âmbito da *common law*²³ que nasceram as pretensões de *wrongful birth*, mais propriamente num tribunal de New Jersey, no ano de 1967²⁴, quando uma mulher apresentou ao tribunal um pedido de indemnização contra o médico que não a informou dos riscos que uma rubéola no início da gravidez poderia acarrear – e efectivamente no caso assim sucedeu – para o feto (embora o aborto fosse ilegal no estado de New Jersey não o

²¹ *Zepada v. Zepada*, 41 Ill. App 2d 240, 190 N.E.2d 849 (1963). Cfr. E. COLLINS, “An Overview and Analysis...”, p. 677/711. Sobre as decisões norte-americanas, Kristen CAREY, “Wrongful Life...”, p. 2/4.

²² Tristram H. ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*, p. 258

²³ Sobre a configuração destes processos e dos danos a indemnizar/compensar no sistema norte-americano, Jean-Yves GOFFI, “La Notion de Vie Préjudiciable...”, p. 77/86.

²⁴ *Gleitman v. Cosgrove*, 1967, 227 a. 2d 689, NJSC. Relatando o caso, Bernard DICKENS, “Wrongful Birth...”, p. 85

era no vizinho estado de New York, onde ela poderia ter abortado aquele feto gravemente mal-formado). O tribunal rejeitou a sua pretensão, com base nos seguintes argumentos: i) a proibição que reinava no estado quanto ao aborto; ii) a impossibilidade de calcular o dano alegado; iii) a contrariedade de tal pedido face à ordem pública. Mas ainda assim uma das opiniões dissidentes deu razão à sua angústia, que obteve também simpatia em largos sectores doutrinários, embora sempre se debatendo com a enorme dificuldade em determinar um quantitativo indemnizatório, porquanto é muito difícil calcular a diferença entre uma existência com o peso de deficiências graves e uma não existência, como ficou assinalado neste caso *Gleitman*.

A primeira vez que um tribunal superior deu satisfação a um pedido destes foi em 1978 – curiosamente, ou não, pouco tempo depois da legalização do aborto – no caso *Becker v. Schwartz*²⁵, a propósito de um médico que não informou os perigos acrescido de síndrome de *Down* em gravidezes de mulheres de idade avançada.

Hoje em dia desenha-se uma forte corrente jurisprudencial no sentido de dar satisfação a estes casos, quer os de *wrongful conception* quer os de *wrongful birth*.

Diferentemente, a *wrongful life* continua a ser assaz controvertida, a jurisprudência divide-se e muitos estados já excluíram estas pretensões por via legal.

O primeiro processo a dar razão a uma *wrongful life action* foi *Curlener v. Bio-Science Laboratories*²⁶, no qual uma criança afectada pela doença de Tay-Sachs e os seus pais (estes num processo de *wrongful birth*) accionaram o laboratório que estes últimos tinham procurado para determinar se eram ou não portadores de Tay-Sachs, tendo o referido laboratório emitido um juízo negativo. O *Supreme Court* da Califórnia começou por distinguir este caso dos precedentes e afastou a sua rejeição com base na suposta dificuldade no cálculo do dano. Desconsiderou igualmente certas concepções morais sobre a vida que continuavam a dominar a apreciação jurídica destas questões. Segundo o Tribunal, pouco releva o facto de que a criança não houvera nascido sem a negligência dos arguidos. Mas já releva a circunstância de ela ter efectivamente nascido, e é no cenário concretamente existente que se deve avaliar se tem direito a ser ressarcida dos danos que sofre.

²⁵ *Becker v. Schwartz*, 46 N.Y.2d 401, 413 N.Y.S.2d 895, 386 N.E.2d 807 (1978).

²⁶ *Curlener v. Bio-Science Laboratories* (1980) 106 Cal.App.3d 811, 165 Cal.Rptr. 477. Porém, subsequentemente o estado da Califórnia promulgou leis destinadas a afastar esta pretensão.

4.2. A jurisprudência europeia

Na Europa as acções por *wrongful conception* têm obtido algum sucesso²⁷. Logo em 1980 o Supremo Tribunal Federal (*Bundesgerichtshof*) condenou um médico por uma esterilização mal sucedida. Na vizinha Espanha, por exemplo, têm-se ressarcido os danos derivados de esterilizações falhadas (por exemplo, repetições do processo de esterilização), mas não já os relacionados com o sustento da criança.

Em contrapartida, as acções de *wrongful birth* e *wrongful life* suscitam bem mais controvérsia.

A jurisprudência alemã desce cedo nos oferece decisões que atribuíram ao nascituro o direito à reparação dos danos sofridos pela mãe durante a gravidez, ainda que reconhecendo simultaneamente a ausência da sua capacidade jurídica²⁸.

Mais uma vez a Alemanha nos oferece interessantes exemplos. Em 1978 o Tribunal de Apelação de Bamberg proferiu uma decisão referente a um caso que viria a fazer escola²⁹, ao negar a atribuição de indemnização a uma mulher que engravidara de gémeos não obstante ter sido submetida a uma esterilização, que se veio a concluir ter sido mal realizada. Em contrapartida, o Supremo Tribunal Federal entendeu o contrário, e conferiu-lhe uma indemnização por danos corporais, bem como alimentos às crianças também a título de indemnização³⁰.

Em 1982, o Tribunal de Apelação de Munique negou provimento ao pedido de indemnização por negligência médica apresentado pelos pais e pelo filho que nascera com severas malformações em virtude de não ter sido diagnosticada à mãe uma rubéola que a atacou durante a gravidez³¹, mas esta decisão veio a ser parcialmente rebatida pelo *Bundesgerichtshof*, que reconheceu a existência de uma pretensão contratual dos pais³², decisão esta que foi depois repetida em múltiplos casos posteriores.

²⁷ Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p. 124.

²⁸ Decisão do Tribunal Federal de 20 de Dezembro de 1952, que se fundou no âmbito de aplicação diferenciado do parág. 823 do B.G.V., pois enquanto o n.º 1 se referiria a direitos subjectivos que pressupõem uma pessoa jurídica, já o n.º 2 abdicaria desse requisito. Decisão comentada por João Álvaro DIAS (“Procriação Medicamente Assistida...”, p. 153) que, porém, faz notar que nem sempre esse tribunal seguiu a referida orientação.

²⁹ *OLG Bamberg*, 6 de Fevereiro de 1978, JZ 1978, 529, 532.

³⁰ *BGH*, 18 de Março de 1980, NJW 1980, 1452-1456. Cfr. António Meneses CORDEIRO, *Traçado de Direito Civil Português...*, p. 324 ss.

³¹ *Olg München*, 27 de Fevereiro de 1981, z 1981, 586-589.

³² *BGH*, 18 de Janeiro de 1983, BGHZ 86, 1983, 240- 255.

Na decisão relativa ao aborto, de 28 de Maio de 1993³³, o Tribunal Constitucional alemão (*BVerfGE*) proferiu, ainda que em *obiter dictum*, uma opinião que veio reverter esta tendência, ao afirmar que em virtude da dignidade reconhecida pela Lei Constitucional alemã a todas as pessoas, jamais a existência, fosse ela de que modo fosse, se poderia considerar um dano³⁴. Todavia, os tribunais judiciais, especialmente o *Bundesgerichtshof*, mantiveram a sua jurisprudência por entender que esta afirmação do *BVerfGE* valia apenas para a específica questão da constitucionalidade do modelo de aconselhamento legalmente consagrado para o aborto. O próprio *BVerfGE* chegou a aderir a esta posição numa das suas secções (I Senat), ao atribuir uma indemnização à mulher que engravidara no seguimento da uma esterilização falhada³⁵.

Em França esta questão é invariavelmente marcada pelo caso *Perruche*³⁶, um dos mais famosos de sempre da jurisprudência francesa. Nicolas Perruche nasceu com fortes deficiências (síndrome de Gregg: lesões auditivas e visuais, cardiopatias e neuropatias), em consequência da rubéola contraída pela mãe durante a gravidez (sendo que a mulher chegou a informar os médicos da história clínica da sua família que poderia colocar em risco a criança, e avisou que caso existisse a possibilidade de esta nascer com problemas preferiria abortar) mas que não foi detectada, pelo que os pais acionaram o médico e o laboratório. Depois de em primeira instância ter sido atribuída uma indemnização aos pais, mas não ao filho³⁷, o Tribunal de Cassação conferiu aos pais uma indemnização pelo facto de terem sido privados da possibilidade de escolher entre abortar e prosseguir com a gravidez (autodeterminação

³³ *BVerf*, 28 de Maio de 1993, *BVerfGE* 88, 1993.

³⁴ António Meneses CORDEIRO, *Tratado de Direito Civil Português...*, p. 325 ss.; David MERCER, “The Wrongful Life Concept...”.

³⁵ *BVerfGE*, decisão de 12 de Novembro de 1997. Cfr. DOSSIER DE L’INSTITUT EUROPÉEN DE BIOÉTIQUE, “La Naissance Handicapée: Un Préjudice Indemnisable?” ; Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 9.

³⁶ *Cour de Cassation*, decisão de 17 de Novembro de 2000. Cfr. Jean-François ABEILLE, “Responsabilité Médicale”, p. 129/132; António Pinto MONTEIRO, “STJ, Acórdão de 19 de Junho de 2001...”, p. 379 ss.; Anne-Claire MULLER, “L’Affaire Perruche...”, p. 12 ss.; Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p. 118 ss.

Mas já anteriormente os tribunais franceses se tinham defrontado com questões semelhantes (Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 8, 9): nascimento no seguimento de um aborto falhado (*Cour de Cassation*, 2 de Julho de 1982), nascimento de uma criança deficiente porque a mãe não foi vacinada contra a rubéola (*Cour de Cassation*, 16 de Julho de 1991); erro de diagnóstico de uma doença neurológica hereditária (*Cour de Cassation*, 26 de Março de 1996).

³⁷ A *Cour d’Appel d’Orléans* afirmou, na sua decisão de 5 de Fevereiro de 1999, que “sa naissance ou la suppression de sa vie, ne peut pas être considérée comme une chance ou une malchance dont il peut tirer dès conséquences juridiques”.

reprodutiva)³⁸, mas também à criança, em virtude dos danos por ela sofridos (que, sublinhe-se, foram provocados pela rubéola e não pelos médicos)³⁹.

Esta tendência forçou o legislador a intervir e assim nasceu a lei n.º 2002-303, de 4 de Março de 2002 (relativa aos direitos dos doentes e à qualidade do sistema de saúde, também conhecida como *Loi Kouchner* ou *Loi Anti-Peruche*), que limita a responsabilidade médica nestes casos, estipulando no seu art. 1.º que “nul ne peut se prévaloir d’un préjudice du seul fait de sa naissance”, ou seja, o nascimento não pode ser entendido como um prejuízo para ninguém. Esta lei apenas admite a reparação de danos resultantes directamente (em termos de nexo de causalidade) de actos médicos, isto é, quando o acto médico em si mesmo causou a lesão ou a agravou (como sucede por vezes com o trabalho de parto), ou não permitiu a tomada das medidas adequadas para a evitar. Por outro lado, apenas considera os prejuízos sofridos pelos pais, e com isto remete por inteiro a abordagem da questão para os cânones clássicos da responsabilidade civil (arts. 1382.º e 1383 do *Code Civil* francês). Finalmente, admite que os pais possam pedir uma compensação pelos danos sofridos em virtude do nascimento de uma criança cuja deficiência não foi detectada durante a gravidez, mas exclui do montante os encargos especiais que venham a suportar com o filho, isto é, os danos patrimoniais, os quais ficam a cargo da Solidariedade Nacional. Esta norma foi revogada pela Lei n.º 2005-102, de 11 de Fevereiro de 2005, que, porém, introduziu no Código de Acção Social francês um art. L. 114-5, sensivelmente com o mesmo teor⁴⁰.

O Reino Unido tem-se mostrado avesso a este tipo de reivindicações⁴¹. Num caso ainda decidido à luz do *common law*⁴² recusou uma pretensão por

³⁸ O que já havia sido afirmado pela *Cour d’Appel d’Orléans*: “[D]ès lors que les fautes commises par le médecin et le laboratoire dans l’exécution des contrats formés avec Mme X... avaient empêché celle-ci d’exercer son choix d’interrompre sa grossesse afin d’éviter la naissance d’un enfant atteint d’un handicap, ce dernier peut demander la réparation du préjudice résultant de ce handicap et causé par les fautes retenues”.

³⁹ Bernard MATHIEU, “Constitution et Génome Humain”, *Annuaire International de Justice Constitutionnelle*, v.14, 1998, p. 529

⁴⁰ “Nul ne peut se prévaloir d’un préjudice du seul fait de sa naissance.

La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l’acte fautif a provoqué directement le handicap ou l’a aggravé, ou n’a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l’atténuer.

Lorsque la responsabilité d’un professionnel ou d’un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d’un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d’une faute caractérisée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l’enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale”.

⁴¹ Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 10, 11.

⁴² *McKay v. Essex Area Health Authority* [1982], Q.B. 1166.

wrongful life por contrária à ordem pública. O *Congenital Disabilities (Civil Liability) Act 1976* excluiu expressamente pretensões de *wrongful life*, e no caso *McFarlane*⁴³ as indemnizações por *wrongful conception* foram igualmente limitadas por se entender que o nascimento de uma criança saudável não poderia ser considerado um dano (embora a mãe tenha sido indemnizada pela perda de rendimentos e outros custos associados ao parto), só sendo indemnizáveis as despesas adicionais de um filho deficiente nos casos de *wrongful birth*.

Na vizinha Espanha temos também algumas decisões judiciais sobre o tema: um caso de *wrongful birth* resultante de um erro na amniocentese⁴⁴, um de falta de informação sobre os riscos de determinada gravidez⁴⁵, entre outros.

Em Portugal contamos até ao momento apenas com uma decisão do Supremo Tribunal de Justiça (STJ)⁴⁶, que não se afastou muito das directrizes da jurisprudência europeia. Em causa estava um pedido de indemnização intentado pelos pais em representação de uma criança (*wrongful life action*) que nascera com graves anomalias sem que o médico e a clínica de radiologia se tivessem dado conta do facto durante a gravidez e, conseqüentemente, não informaram os pais, que poderiam ter optado pelo aborto. Entendeu o tribunal que o pedido deveria ter sido formulado pelos pais directamente e não agindo em nome do filho, pois a existir violação seria na esfera jurídica destes, em virtude do deficiente cumprimento do contrato de prestação de serviços médicos, pelo que se verificava uma desconformidade entre o pedido e a causa do pedir. No que respeita à criança ter-se-ia que discutir o direito à não existência, legalmente desconhecido na ordem jurídica portuguesa. Mas ainda que fosse reconhecido, tal direito teria que ser reivindicado pela própria criança quando maior de idade e não pelos pais em seu nome, pois o poder paternal não lhes concede essa legitimidade. Por conseguinte, rejeitou qualquer ressarcimento, quer por danos patrimoniais quer por danos morais⁴⁷.

⁴³ *McFarlane and Another v. Tayside Health Board* [1999], 4 Sll. E.R. 961.

⁴⁴ Tribunal Supremo, decisão de 6 de Junho de 1997, resolução n.º 495/97.

⁴⁵ Audiência Provincial de Valência, decisão de 28 de Maio de 2003.

⁴⁶ Acórdão do STJ de 19 de Junho de 2001, processo 1008/01.

⁴⁷ Comentando esta decisão, António Meneses CORDEIRO, *Tratado de Direito Civil Português...*, p. 329, 330 (o autor apenas admite uma indemnização aos pais, por violação do contrato de tratamento médico e do dever de informar por parte do médico, mas não uma indemnização ao filho, pois considera incongruente que alguém possa responsabilizar outrem – o médico – por estar vivo); António Pinto MONTEIRO, “STJ, Acórdão de 19 de Junho de 2001...”, p. 371 ss.; “Portuguese Case Note”, p. 220 ss. (uma nota importante sublinhada pelo autor é a incongruência entre uma decisão que nega, e bem em seu entender, o dano da não-existência mesmo para aqueles que nascem com severas anomalias [pelo menos quando a acção seja intentada pelos pais e não directamente pelos filhos] e um ordenamento jurídico que permite que nestes casos os pais procedam ao chamado aborto eugénico); André

5. Direito a nascer são e direito a não nascer

O direito a nascer saudável⁴⁸ apenas pode ser compreendido no sentido de protecção do embrião face a outras doenças que não aquelas que lhe cabem por força da “lotaria natural”⁴⁹, ou seja, o direito a não padecer de doenças criadas por mecanismos humanos. Mas, mesmo no que respeita àquelas primeiras, pode ainda falar-se no dever dos pais evitarem a transmissão de doenças hereditariamente transmissíveis, cuja efectivação passa em grande parte pelas técnicas reprodutivas.

Desde há muito que este suposto direito se vem discutindo quanto a embriões uterinos, como possível fundamento da imposição de restrições à mulher grávida, nomeadamente a abstenção de comportamentos de risco, tais como a ingestão de álcool ou bebidas alcoólicas, a prática de desportos perigosos (sendo que, pelo menos as duas primeiras hipóteses, têm sentido até antes ou independentemente da gravidez, de modo que a sua imposição pode recair quer sobre as futuras mães quer sobre os futuros pais), e mesmo face a condutas de terceiros lesivas do bem-estar do embrião, tais como transfusões com sangue contaminado com HIV.

Mas é relativamente aos embriões *in vitro* que a questão se coloca com maior acuidade. É que, em relação a estes, a garantia de um nascimento em boas condições de saúde pode ser feita com maior grau de certeza por força de soluções tais como o DGPI e a selecção de embriões ou a terapia germinal. Pode até pensar-se em levar este raciocínio ao ponto de responsabilizar judicialmente os pais que não tenham recorrido a estes expedientes, uma espécie de negligência parental, quase paralela à negligência médica.

O direito a não nascer⁵⁰ é dos mais recentes direitos supostamente atribuídos ao embrião, e refere-se a um hipotético direito do embrião uterino a ver interrompida a sua gestação mediante um abortamento (o que faria do

Gonçalves PEREIRA, *O Consentimento Informado...*, p. 387/391 (em sentido crítico, dado que “acarreta a irresponsabilidade civil dos médicos que se dedicam à medicina pré-natal”, embora se mostre renitente na compensação moral da própria criança); Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 11 (criticando a decisão do STJ e mostrando-se favorável à *wrongful life action*); Vanessa Cardoso OLIVEIRA, “Wrongful Life Action...”, p. 128 ss.

⁴⁸ Aceitando este direito, e equiparando-o com o direito a transformar o próprio corpo mediante cirurgia estética, Henri Caillavet, membro do Conselho Nacional de Ética Francês. Diz o autor que “l'enfant handicapé, parce qu'il naît avec un handicap qu'il n'accepte pas, a la possibilité d'ester en justice contre ses ascendants. (...) Très prochainement, l'enfant obtiendra enfin le droit incontestable à ne pas naître handicapé” (Contribuição de Henri Caillavet ao parecer n° 68 do Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), “Handicap et préjudice”, 29 de Maio de 2001, at www.ccne-ethique.org/francais/start.htm).

⁴⁹ Ermelano COSMI, E. MORDINI, “La Bioetica ...”, p. 123.

⁵⁰ Dando conta deste direito, João LOUREIRO, “Tomemos a Sério...”, p. 29 ss., mas rejeitando-o.

aborto, não um direito, mas um poder/dever⁵¹, semelhante ao poder paternal), e paralelamente, um direito do embrião *in vitro* a não ser transferido para o útero materno quando lhe seja detectada qualquer anomalia ou patologia grave⁵².

Uma vez aceite este direito concomitantemente se aceitará uma acção de indemnização em nome da criança nascida com malformações ou doenças, interposta contra o médico que não detectou essas características, ou contra os pais que, mesmo tendo conhecimento delas, decidiram fazer nascer aquela criança. No fundo, uma indemnização por ter nascido em violação ao seu direito a não nascer, do qual derivaria um direito a ser abortado e um direito a não ser transferido para o útero.

Na verdade, duas questões se confrontam na discussão relativa ao “direito a não nascer”:

- i) Por um lado, averiguar se este direito não será uma contradição nos termos, o que demonstraria a impossibilidade lógica da sua existência;
- ii) Por outro lado, determinar se existirão vidas tão penosas que seria preferível a não-existência. Qual o exacto significado do “direito a não nascer”? Falamos aqui de um direito a não ter direitos? Ou, ao invés, existirá um dever constitucional de viver⁵³?

5.1.0 problema da reivindicação de direitos antes do nascimento

Uma das hipóteses será considerar que a rejeição da personalidade jurídica do embrião e da sua titularidade de direitos impede que lhe seja reconhecido um direito a ser indemnizado por danos que sofreu quando

⁵¹ Pois “repugna a aceitação de um dever, ou mesmo tão-só de um ónus, dos pais, no sentido da destruição da vida humana pré-natal” (Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 14).

⁵² Acolhendo claramente esta concepção, a decisão *Curlender v. BioScience Laboratories*, na qual foi atribuída aos pais e à criança uma indemnização em virtude de não terem sido informados de que eram portadores da doença de Tay-Sachs. Mas o tribunal foi ainda mais longe, ao afirmar inclusive que, caso a informação tivesse sido dada, os pais teriam a obrigação de não fazer nascer aquela criança. Note-se, porém, que nem a jurisprudência *Perruche* foi tão radical a ponto de reconhecer este direito.

⁵³ A este propósito, mas a respeito de doentes terminais assomados de intenso sofrimento, *vide* os estudos de José Francisco de Faria COSTA, “O Fim da Vida e o Direito Penal”, p. 759 ss., e “Vida e Morte em Direito Penal...”, p. 171 ss.
Refutando a existência de um tal dever, especialmente face ao art. 2.º da CEDH, Vera Lúcia RAPOSO, “O Direito à Vida...”, p. 83/87. Também negando este dever, mas distinguindo-o da renúncia ao direito de viver, por contrária para à dignidade humana, Manuel Carneiro da FRADA, “A Própria Vida como Dano...”, seguindo a argumentação de J. J. Gomes CANO-TILHO, *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*, p. 464; *vide* ainda Luísa NETO, *O Direito Fundamental...*, p. 295 ss., 494 ss.

não era pessoa nem tinha direitos. Mas não tem que ser necessariamente assim. Nem nos parece necessário recorrer à figura dos deveres sem sujeito activo, que, no caso, será um sujeito futuro⁵⁴. Pois é o próprio Código Civil a determinar que a personalidade jurídica se inicia com o nascimento com vida (art. 66.º/1 CC) e que os direitos dependem dessa personalidade (art. 66.º/2 CC) mas, ao mesmo tempo, a admitir que alguns dos direitos patrimoniais de que a pessoa virá a ser titular se reportem a um momento prévio ao seu nascimento. Não cremos que surjam nessa altura, pois só podem nascer com a personalidade jurídica. O que sucede é que retroagem ao passado. O mesmo poderá suceder com este particular direito patrimonial, que não é, de resto, inédito, pois já na decisão de 30 de Março de 2000 o Tribunal da Relação do Porto havia admitido uma indemnização ao nascituro devido à morte do pai em acidente de viação.

Outra abordagem possível, e de sentido totalmente oposto, parte do pressuposto que só faz sentido reclamar este direito antes do nascimento, momento onde, precisamente, não existe qualquer direito dada a ausência de personalidade jurídica. Nem se diga que ainda faz sentido reivindicar o direito após o nascimento, arguindo a sua violação e pedindo a respectiva indemnização. Pois todos os direitos implicam a possibilidade teórica de serem exercidos no seu devido tempo, quando existe efectiva possibilidade de serem cumpridos/respeitados, o que neste caso não se verifica. Nem há analogia possível com outros direitos que o ordenamento civil garante ao nascituro depois do seu nascimento (alguns direitos patrimoniais), na medida em que estes outros podem efectivamente ser exercidos, ao passo que, do suposto direito a não nascer, apenas são possíveis duas consequências: ou bem que o ser não nasce e, por conseguinte, não chega a exercer o direito; ou bem que nasce, e a única hipótese possível é pedir uma compensação pela nascimento indevido. Por exemplo, caso venha a nascer com algum dano em virtude de factos ocorridos antes da sua concepção, mormente manipulações genéticas nos gâmetas, será lícito afirmar que algum direito seu foi violado? Poderá ser pedida qualquer indemnização em seu nome próprio? Segundo esta tese, o que está em causa são os direitos dos titulares dos gâmetas.

Vejamos qual das teses deve merecer o nosso acolhimento.

Em termos de direito civil os concepturos ou nascituros não concebidos não dispõem de qualquer personalidade jurídica. Em contrapartida, aos nascituros⁵⁵

⁵⁴ Sugerindo esta hipótese, embora reconhecendo que “rompe com os quadros comuns da responsabilidade aquiliana”, Manuel Carneiro da FRADA, “A Própria Vida como Dano...”. Todavia, este “desvio” dos cânones clássicos é cada vez mais comum no ordenamento jurídico, por exemplo, na responsabilidade por danos ambientais, por manipulação genética, etc.

⁵⁵ Na doutrina civil fala-se em nascituro a propósito de qualquer ser ainda não nascido, esteja ele já concebido ou ainda não, situação esta última em que toma simultaneamente o nome

o direito civil reconhece, pelo menos, um estatuto jurídico (mas sem a atribuição de direitos) em matéria patrimonial⁵⁶. Cremos que não se trata de uma atribuição de direitos, mas tão-só de pré-destinação de direitos que irão surgir no futuro. Quando muito teríamos uma atribuição futura e condicional de direitos, mas nem isso pensamos que exista aqui, dado que até esta futura aquisição do direito pressupõe a existência presente de uma entidade jurídica capaz de ser titular de direitos, isto é, de uma pessoa. Ainda assim o Código Civil permite que o nascituro seja beneficiário de doações e sucessões (seja a sucessão legitimária, legítima ou testamentária), conforme o disposto nos arts. 952.º e 2033.º/1 CC. Estas normas têm precisamente servido para argumentar a favor da “pessoalidade” do embrião, mormente em termos de direito civil. Porém, entendemos que elas servem precisamente para fundamentar a tese contrária. Pois se o embrião não chegar a nascer, tudo se passa como se a disposição testamentária ou a doação fossem inválidas desde o princípio. Os bens não transitarão para os supostos herdeiros deste embrião (os pais, que seriam seguramente herdeiros necessários em primeira linha), mas sim para as pessoas a seguir indicadas pelo *de cujus* ou pelo doador, desde logo porque estas disposições não têm por objectivo a protecção dos direitos patrimoniais do nascituro, mas sim daquele que pretende transmitir-lhe os bens. Assim, se a criança morrer logo após o nascimento os bens transitarão para os seus herdeiros, ao passo que se não chegar sequer a nascer com vida os bens passarão directamente para os herdeiros do *de cujus* que se seguem ao nascituro (art. 2133.º CC).

Não obstante termos reiteradamente defendido a ausência de personalidade jurídica do nascituro, o seu carácter de *tertium genus* e a ausência de direitos⁵⁷, parece-nos que, a partir do momento em que o ser humano efectivamente nasce, se torna pessoa, e conseqüentemente adquire direitos, pode reivindicá-los, ainda que o facto que lhes dá origem – ou seja, os pressupostos que accionam o direito – se reportem a um momento anterior à aquisição deste. Parece-nos, pois, que a primeira abordagem do problema é a mais correcta. Esta conclusão é para nós evidente quando se reclama uma indemnização por danos à integridade física (direito a nascer são).

de concepturo, mas dele não nos ocuparemos aqui porque na verdade o que nos interessa é o embrião e o concepturo nem embrião é. Mas deixamos assinalados que algumas das posições jurídicas que a seguir se descrevem aproveitam igualmente ao concepturo.

⁵⁶ Apontando a incongruência entre a atribuição de capacidade sucessória a nascituro e a paralela denegação de direitos, nomeadamente o direito à vida, Antonio TARANTINO, “Dalla Dichiarazione Universale dei Diritti...”, p. 89.

⁵⁷ Eduardo OSUNA, Vera Lúcia RAPOSO, “Embryo Dignity...”, p. 737 ss.; Vera Lúcia RAPOSO, “In the Borderline...”, p. 152, 153.

Mas é uma conclusão bem mais controvertida face ao dano da vida defeituoso (direito a não nascer), porquanto face a estas levantam-se problemas acrescidos.

Caso se concluísse que as normas que autorizam o aborto por motivos de lesão do feto visam proteger interesses ou direitos do feto (o que não nos parece possível dado que este não é pessoa nem titular de direitos), ou mesmo o valor da vida intra-uterina, seria mais simples reconhecer este direito a não nascer⁵⁸. Mas temos dúvidas de que seja esse o seu intuito.

Além disso, a consagração constitucional do direito à vida não tem como correspondente um direito à não vida, nem sequer a eutanásia (de pessoas adultas e conscientes) assim pode ser entendida. Até porque um tal direito – e o mesmo se aplica ao direito a nascer – peca desde logo pela ausência de titular. É que o direito a não nascer só pode ter lugar, pela ordem lógica das coisas, antes do nascimento, quando ainda não existe pessoa, logo, falta um ente capaz de ser titular de direitos. E quando finalmente esse ser se torna pessoa – com o nascimento – deixa o direito de ter conteúdo, ao contrário do direito a nascer saudável, que mesmo após o nascimento conserva alguma razão de ser. Na verdade, o nascimento representa precisamente a violação do direito, e deixa de existir qualquer outra possibilidade de ser exercido, apenas a hipótese de uma compensação. Ao invés, o cumprimento deste direito implica a inexistência definitiva do seu titular e, não havendo titular, tão-pouco pode existir direito⁵⁹. O direito a não ter direitos seria uma contradição nos termos. Mais contraditório ainda quando o agente se queira prevalecer do desvalor da sua vida para com isso auferir dinheiro que lhe permita viver essa vida... sem valor⁶⁰.

5.2. O problema do valor da vida

Como harmonizar estas acções com o dogma da santidade da vida? Será o nascimento de uma criança sempre uma bênção? No caso *Thake v. Maurice*⁶¹, no Canadá, afirmou-se que: “I do not accept that it is a part of our culture that the birth of a child is always a blessing”.

⁵⁸ Aflorando esta questão, Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 14; Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p.131;

⁵⁹ De modo semelhante a decisão n.º 14488, de 29 de Julho de 2004, da Corte de Cassazione italiana.

⁶⁰ Manuel Carneiro da FRADA (“A Própria Vida como Dano...”) refere a inconciliabilidade entre o fundamento da pretensão e o fim do seu reconhecimento: “... quem contesta a (sua) vida (em si mesma) com o fito de obter uma indemnização não invoca para o efeito o padrão da vida humana normal, saudável, de que quereria usufruir. Pelo contrário: compara a sua vida com a não-vida e alega preferir a não-vida. Isso é incongruente e inconciliável com pedir uma indemnização (para continuar a viver)”.

⁶¹ Caso *Thake v. Maurice* [1986] Q.B. 644.

Os (ainda) incipientes reconhecimentos judiciais do “direito a morrer” em casos de eutanásia levaram à aceitação de que poderão existir vidas às quais a morte seja preferível. “Indeed, it is interesting to speculate whether the real future of the wrongful life action may lie in compensating handicapped children, but in compensating adults denied non-existence through death when life-sustaining treatment is administered over their objections”⁶². Ou seja, a vida não tem que ser necessariamente uma benesse, e qualquer decisão judicial que admita a eutanásia acaba por dar provimento a esta tese. A vida pode ser um bem mas também pode, em casos excepcionais, ser um dano⁶³.

Caso se conclua que uma vida é desvaliosa poderíamos pensar numa espécie de “eutanásia fetal”⁶⁴, na qual a decisão de viver ou morrer seria tomada tendo em conta o interesse específico do embrião (embora não pelo próprio, mas sim pelo seu representante legal). Claro que esta concepção parte da admissibilidade de partida da eutanásia e da possibilidade de cada um dispor da sua própria existência, tese que sufragamos. Porém, vai mais além, e admite a eutanásia decidida por terceiros, como sucede no caso de pessoas em situação de comatose, totalmente em estado vegetativo. No caso, também a decisão não cabe ao próprio embrião, mas a uma terceira pessoa, e aqui já nos suscita mais dúvidas.

6. Deveres reprodutivos dos pais

A pretensão contra os pais pode fundar-se em comportamentos de risco adoptados antes ou após a gestação (abuso de certas substâncias)⁶⁵; na recusa de tratamentos médicos indispensáveis; na desconsideração consciente de informações médicas acerca do estado da criança (ainda que nos custe admitir uma obrigação jurídica de abortar); ou ainda porque, dado o seu

⁶² Cfr. Bernard DICKENS, “Canada...”, p. 93.

⁶³ Desenvolvendo esta tese, Seana Valentine SHIFFRIN, “Wrongful Life...”, p. 119 ss., especialmente p. 137.

⁶⁴ A expressão é de RAMSEY (P. RAMSEY, “Reference Points in Deciding About Abortion”, in *The Morality of Abortion* (J. T. Noonan Ed.), Harvard University Press, 1970) citado por MASON (Ken MASON, “Abortion and the Law”, p. 73, 74), partidário desta tese, com base no argumento de que assim oferece ao feto não viável “a choice as to its mode of death”. Anastasios MORAITIS (“When Childbirth Becomes Damage...”, p. 54) fala em “pre-natal medically assisted suicide”. Também aproximando esta questão da eutanásia, da renúncia a direitos de personalidade e à capacidade jurídica, Manuel Carneiro da FRADA, “A Própria Vida como Dano...”.

⁶⁵ No caso *Stallman v. Youngquist* (125 Ill. 2d 267, 531 N.E.2d 355 (1988)) o Supremo Tribunal do Illinois condenou uma mãe por ter causado negligentemente lesões no feto (todavia, não impeditivas do nascimento) ao causar um acidente de automóvel.

estado de saúde, os pais nem deveriam ter procriado (a questão é particularmente pertinente nos casos de portadores de HIV). Neste último caso o filho reclama pelo facto dos pais não se terem absterido de procriar ou por não terem abortado. Ou seja, se ainda há poucas dezenas de anos o aborto surgiu como um direito reprodutivo agora emerge como um dever.

Até ao momento temos raciocinado no pressuposto de que o aborto é uma possibilidade (eventualmente, pelo menos em casos concretos, será um direito) deixada na escolha dos pais. Mas agora passamos para a sua categorização como um poder/dever e abre-se a porta a que os filhos (e daqui a nada, quem sabe, o próprio Estado) possam responsabilizar os pais por esta sua escolha. Isto mesmo que a criança não sofra de nenhuma doença, mas simplesmente porque preferiria não ter nascido.

O exponencial progresso das técnicas de reprodução assistida e outras técnicas que lhe são complementares (mormente a terapia génica) veio permitir, pelo menos em termos científicos, dar à luz filhos perfeitos ou, pelo menos, mais próximos disso do que quando nasciam somente por desígnios da natureza. Pode-se pois perguntar se a pessoa que nasça com uma doença ou malformação poderá intentar um processo contra os pais, argumentando que estes deveriam ter recorrido à terapia génica ou utilizado gâmetas de dadores para substituir os gâmetas do progenitor que lhe transmitiu a doença. E porque não, indo ainda mais longe, permitir que processe os pais por não ter nascido mais perfeita (o que teria sucedido caso estes tivessem recorrido ao auxílio da ciência), ainda que não se trate verdadeiramente de uma criança doente. Parece que chegou agora o tempo em que as crianças poderão responsabilizar os pais pela recusa de se submeter a testes pré-natais ou pela posterior recusa de interromper a gravidez de acordo com o resultado destes.

Os deveres reprodutivos podem surgir em diversos cenários. Ainda que não seja pensável que os pais tenham originado conscientemente um embrião mal-formado ou portador de doença grave, o certo é que em certas situações é previsível tal resultado (como nos casos em que os pais abusam de álcool ou de estupefacientes ou são portadores de doenças geneticamente transmissíveis). Poderá entender-se que conceber uma criança em tais circunstâncias é um acto danoso, violador da autonomia da criança.

Também as técnicas reprodutivas podem fundamentar um processo judicial deste tipo. As técnicas permitem que os portadores de algumas mutações genéticas possam reproduzir-se com o auxílio da ciência. Porém, os seus filhos serão igualmente portadores da mesma mutação. Por exemplo, a infertilidade de alguns pacientes masculinos resulta de mutações de fibrose cística, que os impede de ejacular. As técnicas reprodutivas permitem-lhe ultrapassar esse obstáculo, mas em 50 % dos casos a criança será portadora dessa mesma mutação. Será esse um preço razoável a pagar? Será lícito

permitir a alguém ter um filho existindo a probabilidade, senão mesmo a certeza, de que esse filho não nascerá saudável? E note-se que estamos aqui a falar de uma anomalia de pouca gravidade, mas poderíamos transpor este mesmo raciocínio para casos mais graves.

Esta consideração conduz à seguinte questão: porque procriamos? As repostas são diversas, variando geográfica e cronologicamente (o desejo de amar e de ser amado, uma forma de manter o nome da família e a riqueza, a necessidade de mão de obra familiar; o desejo de alguém que nos cuide na velhice). Sempre se dirá que a principal causa da reprodução radica num dos mais profundos e fortes desejos humanos: a aspiração de prolongar a nossa existência no mundo após a morte física do corpo. O ponto fulcral é que as crianças não são geradas no seu próprio interesse. Por mais planeadas que tenham sido, elas visam sempre satisfazer o interesse de alguma outra pessoa⁶⁶.

E quanto ao interesse do futuro ser, daquele que se sabe de antemão que nascerá com anomalias graves? Deveremos interromper a sua gestação, seguindo a ideia de que “being dead or being unconceived could be treated as equivalent to permanent unconsciousness”⁶⁷?

7.0 dano da vida

O principal impedimento ao reconhecimento do dano da vida por parte dos tribunais reside na aberração da qualificação da própria vida como um dano, isto é, um facto ilícito. Mas, em bom rigor, a ilicitude reside numa certa forma de vida, e não na vida em si.

Outra dificuldade deste dano prende-se com a sua avaliação. Pois os processos de *wrongful life* implicam sempre uma comparação (praticamente impossível) entre uma vida e uma não vida, o que parece tornar impraticável identificar o dano que se invoca e calcular a conseqüente indemnização⁶⁸. Esse dano, caso exista (e como veremos pelo argumento seguinte, é de existência duvidosa) parece não se dever a ninguém, porque nem os médicos nem os pais o provocaram (quando existe um responsável directo pelo dano o caso é distinto). A estes apenas pode ser imputada a decisão de permitir o nascimento de uma criança nestas condições.

⁶⁶ Cfr. Tristram H. ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*, p. 259.

⁶⁷ Cfr. Jonathan GLOVER, “Future People Disability...”, p. 440.

⁶⁸ Desenvolvendo o raciocínio da não comparação entre a existência e a não existência, Walter GLANNON, “The Morality of Selective Termination”, p. 99; Jean-Yves GOFFI, “La Notion de Vie Préjudiciable...”, p. 81/86; David HEYD, *Genetics...*, p. 21 ss.

Diferentemente, nos casos de lesões pré-natais directamente causadas por um terceiro (usualmente um médico, mas podemos igualmente pensar no agressor da mãe) ou mesmo pela própria mãe, a comparação, para efeitos de cálculo da compensação, opera entre a situação na qual a criança acaba por nascer (nascimento com o dano) e aquela que existiria se não fosse a lesão (nascimento sem o dano), pelo que aqui o valor negativo é atribuído à vida defeituosa e o valor positivo à vida saudável, como o demonstra a prática habitual de atribuir indemnizações nos casos em que a vida passa de saudável a não-saudável por força de um acto de terceiro. Em contrapartida, na *wrongful life*, o valor positivo é atribuído à ausência de vida, como nos diz Goffi⁶⁹. O dano não é anterior ao nascimento, nem resulta do nascimento, é o próprio nascimento, diz o autor.

Note-se, porém, que estamos a partir do pressuposto de que a vida é sempre e necessariamente um valor positivo, o que é altamente duvidoso. O que vamos agora defender é que, em certas situações de clamorosa deficiência, limitação e dor, a vida surge como um *minus* e não como um *plus* e, por conseguinte, o dano deve ser atendível. Não o dano da vida em si mesma, mas o dano das condições dessa vida⁷⁰.

Reconhecemos que a questão é assaz complexa, a começar na delimitação do dano. Será que o dano consiste no mero facto do nascimento? Mas a opção contrária seria, pura e simplesmente, não nascer. Mesmo que a anomalia fosse tratada por terapia génica (quando esta seja um tratamento a ter em consideração) há quem sustente que aquele indivíduo continuaria a não nascer, pois o argumento da “não-identidade” diz-nos que a alteração do genoma implica a alteração do indivíduo em si mesmo, pelo que aquele que nasceria não seria já ele, mas um outro⁷¹. De modo que se tornaria impossível proceder a uma comparação diferencial entre a sua situação actual (as condições em que nasceu) e a situação em que estaria se algo tivesse sido feito (pois não teria nascido). Mas deixamos já claro que o argumento da não-identidade nos parece difícil de sustentar, sob pena de reduzirmos a pessoa ao seu genoma, de tal forma que qualquer intervenção genética implicaria uma mutação da

⁶⁹ Jean-Yves GOFFI, “La Notion de Vie Préjudiciable...”, p. 81.

⁷⁰ “[É] crucial distinguir, no âmbito daquilo que se designa genericamente como a “responsabilidade por uma vida deficiente”, entre o dano da vida propriamente dita e o dano da “deficiência” que essa mesma vida comporta” (Manuel Carneiro da FRADA, “A Própria Vida como Dano...”), expondo de seguida o autor a diferença entre a alegação da vida como um dano e da deficiência como um dano.

⁷¹ Sobre o problema da não-identidade (*nonidentity problem*), Derek PARFIT, *Reasons and Persons*, p. 351/379, e também a apreciação de Ruth CHADWICK, Doris SCHROEDER, *Applied Ethics...*, p. 269 ss.; Pilar OSSORIO, “Inheritable Genetic Modifications”, p. 253 ss.

pessoa, mesmo em seres adultos, que nesta perspectiva deixariam de ser o que sempre foram para se transformar num ser distinto.

Mesmo abstraindo destes argumentos a questão permanece complexa. Se recordarmos a finalidade da atribuição de indemnização concluiremos que esta visa colocar a pessoa na situação em que estaria caso o dano não tivesse ocorrido. Mas, nestas situações, tal reposição implicaria que a pessoa nunca tivesse nascido, pelo que teríamos que comparar uma existência povoada pela doença com uma não-existência⁷². E se optarmos pela reconstituição natural – a finalidade precípua da responsabilidade civil (art. 566.º/1 CC) – eis que teríamos que matar a criança.

Dadas as dificuldades teóricas e práticas supra expedidas relativas à avaliação deste dano sugere-se que a comparação deva operar, não entre existência e não-existência, mas sim entre a existência de uma pessoa dita “normal” e a existência da pessoa nascida naquelas condições⁷³. Partindo do pressuposto que qualquer criança trazida ao mundo deve contar com um mínimo de condições, podemos considerar que se verifica um dano (indemnizável) quando se tenha decidido o seu nascimento mesmo que desprovida desse mínimo⁷⁴, e assim evitamos embaraçosas comparações entre existência e não-existência.

Para além da identificação do dano, complexa é também a sua quantificação. Mas não impossível, dado que os tribunais atribuem sistematicamente indemnizações a danos difíceis de quantificar. Na verdade, assim sucede com qualquer tipo de dano moral, e é pacífico o reconhecimento da sua compensação.

Mas o principal argumento contra o reconhecimento deste dano foi, desde sempre, o sofismável argumento da santidade da vida, no sentido

⁷² Joel FEINBERG (*Harm to Others*, p. 99) distingue entre “harming” e “wronging”: segundo Feinberg, a criança só foi “wronged” quando a sua condição é tão grave que a não existência seria preferível à existência (uma explicação crítica das teses de Feinberg em Hamish STEWART, “Harms...”, p. 49/56).

Esta distinção terminológica não é inédita na doutrina anglo-saxónica (John HARRIS, *Clones...*, p. 108 ss.) e pode ser expressa nos seguintes termos: “The mother and the doctor may have harmed the child, but if that child has a live worth living, albeit a disabled one, the she has not been wronged by being brought to birth, although she has of course been thereby harmed” (John HARRIS, *Clones...*, p. 117). Mas esta dicotomia é demasiado confusa para os padrões de responsabilidade civil do modelo jurídico continental. Aliás, mesmo este seu raciocínio acabe por cair no delicado cotejo existência/não existência.

⁷³ Margaret BRAZIER, *Medicine...* p. 172 (analisa o custo de criar uma criança nestas condições com o custos de uma criança normal).

⁷⁴ Joel FEINBERG, *Harm to Others*, p. 101 e, de certa forma, também Bonnie STEINBOCK, “The Logical Case...”, p. 19.

que qualquer vida, por mais dolorosa e degradante que fosse, seria sempre preferível a uma não-vida.

Para obviar a estes obstáculos, alguns tribunais concederam efectivamente indemnizações, mas não pelo dano a vida, e sim pela dor e sofrimento que a criança padece por viver com a sua anomalia ou doença. Contudo, mesmo estes danos morais são controvertidos. Mais consensual é a atribuição de uma indemnização aos pais pelos custos de um filho tido como “normal” acarreta (note-se que apenas esses, e não os meros custos de educar uma criança, pois supõem-se que esses foram aceites pelos pais ao prosseguir com a gravidez).

Será que estas pessoas (supondo que chegaram efectivamente a nascer) vivem efectivamente vidas que não merecem ser vividas? A vida de uma pessoa doente ou deficiente não merece ser vivida? Pode um sujeito jurídico reclamar compensação pelo seu nascimento, quando, na sua ausência, nunca seria ele sujeito de direitos?

De acordo com os seus detractores, as acções de *wrongful life* teriam precisamente por consequência uma hierarquização de vidas, cindindo as boas e meritórias das más e penosas, que deveriam ser destruídas. Ora, nunca um tribunal afirmou tal coisa. Sendo a indemnização concedida, ela foi-o com base no dano constituído pela doença ou deficiência, e não pela vida, cuja classificação como dano nunca esteve em causa⁷⁵. O que sucede é que este dano está necessariamente ligado a uma vida e a uma pessoa, e daí a aparente confusão de identidades. O erro consiste aqui em não diferenciar o ente físico “corpo” com a pessoa jurídica que o titula. Não são a mesma coisa, muito embora só tenha sentido falar em “corpo” e em “doença” caso tenha existido um nascimento que, por sua vez, tenha dado lugar a uma pessoa jurídica.

A recusa de uma compensação padece do mesmo tom paternalista, e quase masoquista, que encontramos em muitas outras decisões judiciais (o caso *Pretty*⁷⁶ é paradigmático), onde a dignidade humana surge umbilicalmente ligada à ideia de comunidade, e para as quais o que interessa (à comunidade, que não ao próprio) é estar vivo, independentemente das condições de existência.

8. A responsabilidade do profissional de saúde

Avançando agora no nosso raciocínio, cabe decidir quem deve arcar com o “prejuízo”. Que dizer das decisões que negam a responsabilidade médica nestes casos? Se é certo que não podemos imputar as fatalidades aos outros,

⁷⁵ Uma das polémicas associadas a este tipo de acções envolve a discriminação e o juízo negativo que supostamente se faz aos doentes e aos incapacitados. Ora, não é esse o objectivo, mas sim a doença ou a incapacidade, que ninguém discute ser um mal que deverá evitar-se.

⁷⁶ *Pretty v. Reino Unido*, n.º 2346/02, decisão de 29 de Abril de 2002, TEDH.

na tentativa de obter algum ressarcimento pelos desaires do destino, também é verdade que certas ocorrências, ainda que não devidas a ninguém, bem poderiam ter sido evitadas, e que existem pessoas cuja função é precisamente evitar, ou pelo menos informar, da sua verificação. Quando assim não suceda verifica-se um caso de responsabilidade negligente que, ao fim ao cabo, pouco difere das responsabilidades que recaem sobre outros profissionais. Se resumirmos este enredo à sua versão mais básica, a verdade que permanece é a seguinte: por força de uma conduta (acção ou omissão), alguém (um médico) causou danos a outrem (o ser que nasceu), de modo que agora terá de o ressarcir⁷⁷.

8.1. Falta médica e nexos de causalidade

A responsabilidade civil assenta na existência de um nexo de causalidade entre uma determinada conduta e um determinado dano. No caso, trata-se de verificar se a falta cometida pelo médico, no incumprimento da obrigação contratual de informar o paciente (a qual pode resultar ou da ausência de comunicação do resultado de um exame, ou da total omissão da realização do exame, o que configura já um erro de diagnóstico), é causa da deficiência ou doença da criança, de forma a concluir-se pela sua responsabilidade médica. Esta conexão é avaliada à luz da teoria da causalidade adequada, consagrada no art. 563.º do nosso CC (“A obrigação de indemnização só existe em relação aos danos que o lesado provavelmente não teria sofrido se não fosse a lesão”)⁷⁸.

E eis aqui o problema: será que existe vínculo de causalidade adequada, uma vez que não foi a conduta do médico a provocar directamente tais lesões na criança⁷⁹?

⁷⁷ Sublinhando o papel da responsabilidade civil do médico como forma de fomentar a diligência, Fernando ARAÚJO, *A Procriação Assistida...*, p. 100, André Gonçalves PEREIRA, *O Consentimento Informado...*, p. 391. Em contra, no sentido de que a responsabilidade civil, tal como está configurada entre nós, não pretende impor “uma reacção incondicional ou indiscriminada” àqueles que supostamente tenham causados danos, mas actuar apenas desde que verificados certos pressupostos (dano, ilicitude, culpa e nexo causal), Manuel Carneiro da FRADA, “A Própria Vida como Dano...”.

Afastando aqui uma prática negligente do médico e centrando a indemnização na falta da informação adequada, Bonnie STEINBOCK, “The Logical Case...”, p. 15/20.

⁷⁸ Fernando Pires de LIMA; João de Matos Antunes VARELA (*Código Civil Anotado, Vol. I*, p. 578) apelam à definição de Vaz Serra: “determinada acção ou omissão será causa de certo prejuízo se, tomadas em conta todas as circunstâncias conhecidas do agente e as mais que um homem normal poderia conhecer, essa acção ou omissão se mostrava, à face da experiência comum, como adequada à produção do referido prejuízo, havendo fortes probabilidades de o originar”.

⁷⁹ “A responsabilidade do médico que violou o seu dever de informação quanto a essa deficiência não pode, por princípio, ser equiparada à responsabilidade do “real” causador da vida deficiente. A responsabilidade deve atingir aquele a quem se tem de atribuir a causa essencial

Na sua decisão de 14 de Fevereiro de 1997, no caso “*Quarez*”, o Conseil d’État deparou-se com uma falha na realização da amniocentese numa gravidez tardia que não permitiu detectar que a criança padecia de trissomia 21, não obstante ter sido feita a pedido da mãe com a expressa salvaguarda de que abortaria em caso de resultado positivo. Atribuiu aos pais uma indemnização por danos morais e patrimoniais, mas negou-a à criança, com base na ausência de nexo de causalidade entre a sua doença e qualquer acto médico (isto é, a trissomia existia antes e independentemente da amniocentese).

Porém, também é certo que em muitas destas situações o que em regra se verifica são erros derivados de exames laboratoriais. Ora, este é precisamente um dos casos em que a actividade médica, que em regra se resume a uma obrigação de meios, se transmuta numa obrigação de resultado, pois atendendo ao elevado grau de especialização alcançado pelos exames laboratoriais, em que a margem de incerteza é praticamente nula, sobre aquele que analisa os resultados destes exames recai também uma obrigação de resultado. Logo, se o médico analista “fornece ao cliente um resultado cientificamente errado, então, temos de concluir que actuou culposamente, porquanto o resultado transmitido apenas se deve a erros de análise” (Acórdão do STJ de 4 de Março de 2008)⁸⁰.

De modo que a situação se distancia dos casos em que a mãe sofre lesões físicas durante a gravidez, ou inclusive antes da concepção, mas que depois se repercutem no seu filho, tais como acidentes de viação ou transfusões com sangue contaminado⁸¹.

A solução será mais simples em ordenamentos, como o francês, onde, ao invés da causalidade adequada, se opera predominantemente com a teoria da equivalência das condições, que toma como causa de um evento todo o facto sem o qual este não se teria produzido, o que alarga substancialmente

do surgimento do “alegado” prejuízo. Quem apenas não afastou um perigo que ele próprio não ocasionou não lhe pode ser equiparado” (Manuel Carneiro da FRADA, “A Própria Vida como Dano...”).

⁸⁰ Ressalvamos, porém, a hipótese da falibilidade do próprio exame, cuja percentagem de exactidão é de cerca de 90 a 95%. Cfr. Rute Teixeira PEDRO, *A Responsabilidade Civil do Médico*, p. 98/102.

⁸¹ Veja-se, por exemplo, a decisão do Supremo Tribunal Federal alemão (BGHZ 8, 243) que concedeu uma indemnização à criança que nasceu com sífilis em virtude de uma dessas transfusões efectuadas à sua mãe dois anos antes da sua concepção.

Questão diferente é a indemnização por danos morais ao nascituro cujo pai foi morto durante a sua gestão e que ele não chegou a conhecer. A jurisprudência portuguesa apresenta decisões díspares a este respeito: umas vezes concedendo a indemnização (Acórdão da Relação de Lisboa de 28 de Janeiro de 1977); outras vezes negando-a (Acórdão da Relação do Porto de 13 de Abril de 1989).

o leque de causas juridicamente atendíveis e abarca facilmente a conduta do médico⁸².

Nos casos em análise a falta médica reside na omissão de todos os conhecimentos, diligências e cuidados para dar a conhecer aos pais a condição do filho, seja porque não realizaram os exames devidos, seja porque os interpretaram mal, seja porque não comunicaram aos pais o resultado. Isto é, o médico incumpru os seus deveres de informação em desrespeito pelas *leges artis*, e com isto acaba por causar um dano, nos mesmos termos em que um médico será responsabilizado caso realize uma intervenção cirúrgica sem dar ao paciente as informações pertinentes, ainda que dela não advenha qualquer dano. Se neste último caso a falta de informação – ponto nevrálgico do consentimento esclarecido – esvazia o consentimento do paciente, também no caso *sub judice* se pode dizer que o consentimento dos pais para prosseguir a gravidez não era um consentimento esclarecido, na posse de todas as informações relevantes.

Esta conclusão não é infirmada pelo facto de a condição do nascituro ser incurável, pelo que a comunicação da informação não conduziria à sua cura, mas sim à sua não-existência. É que a partir do momento em que a lei admite a interrupção da gravidez de um feto com anomalias graves está com isto a admitir que uma vida nestas condições pressupõe, efectivamente, um dano, o qual não reside na vida em si, e muito menos na pessoa que a vive, mas sim nas anomalias com que é forçado a viver (ainda que se entenda, como nos parece, que a sua finalidade não é a protecção do feto ou da pessoa assim nascida).

De modo que, embora a doença ou malformação não tenham sido causadas por um médico, certo é que a sua actividade, quando desenvolvida segundo as *leges artis*, poderia ter evitado o nascimento com aquele dano e isto, segundo cremos, já funciona como nexos de causalidade suficiente⁸³. Pois uma vez concluída que determinada vida representa um dano para a pessoa, e sendo o médico o responsável pelo facto de a pessoa viver essa vida, existe um nexos de causalidade, ainda que indirecto⁸⁴, entre este e o dano, mesmo que outros factores tenham para ele concorrido.

⁸² Virginie BONNINGUE, *Naissance...*, p. 27, 28, 84/86 ; DOSSIER DE L'INSTITUT EUROPÉEN DE BIOÉTIQUE, "La Naissance Handicapée : Un Préjudice Indemnizable?", p. 4/6.

⁸³ Pierre Sargos (citado por Anne-Claire MULLER, "L'Affaire Perruche...", p. 18), conselheiro da *Cour de Cassation*, diz que a responsabilização do médico só é incompreensível para quem se apegue a um nexos de causalidade biológico.

Sobre a configuração da causalidade neste caso concreto, DOSSIER DE L'INSTITUT EUROPÉEN DE BIOÉTIQUE, "La Naissance Handicapée : Un Préjudice Indemnizable?", p. 6/8.

⁸⁴ Mas também este nexos de causalidade encontra acolhimento no nosso art. 563.º do CC, segundo Fernando Pires de LIMA; João de Matos Antunes VARELA, *Código Civil Anotado*, Vol. I, p. 579.

E nem que diga que assim estamos a considerar o nascimento de uma pessoa como um dano em si mesmo. Pois se a deficiência que a criança transporta tivesse sido directamente causada por um acto médico ninguém hesitaria em atribuir-lhe uma indemnização ou arguiria que estaríamos a desvalorizar a sua vida.

A partir do momento em que a lei admite o aborto em caso de deficiência grave do feto mal se compreenderia que os pais se vissem privados dessa escolha (que, afinal, não pode caber a outrem senão aos pais⁸⁵, já que o feto não pode decidir por si) por força de um erro médico. Note-se que o dano não é a criança em si mesma, mas a ausência da possibilidade de escolha. Se admitirmos que o aborto, nas condições legalmente explicitadas, é um direito (e o art. 142.º/1/e CP confirma esta visão das coisas), então, a decisão pelo não exercício é, ainda, exercício de um direito.

Simplesmente, se concebermos a questão nestes termos, o que teremos é um caso de *wrongful birth* (dano para os pais) e não de *wrongful life*. Como podemos nós responsabilizar o médico perante o filho por omissão de um dever de informação que não foi estabelecido no interesse do filho? Ou será que teremos que considerar que o aborto, quando realizado nestes casos, opera no sentido do melhor interesse daquele? Outra hipótese será considerar que os deveres de informação do médico também relevam face ao filho não nascido à luz dos contratos a favor de terceiros, no âmbito do qual o contrato de prestação de serviços médicos implicaria deveres colaterais de protecção face ao nascituro. Será que os deveres médicos existem apenas em face da paciente-mãe, ou igualmente do paciente-nascituro? Paulo Mota Pinto⁸⁶ admite que o nascituro seja incluído pelos pais no âmbito de protecção do contrato de tratamento ou que tenhamos aqui um contrato com eficácia de protecção para terceiros. Marta Nunes Vicente⁸⁷ apela também à figura do contrato a favor de terceiros, e defende que o contrato de prestação de serviços médicos implica deveres colaterais de protecção face ao nascituro. De modo que o seu direito à indemnização derivaria, não da violação de um dever de informação, mas sim destes deveres de protecção, e seria entre a violação de tais deveres e o dano sofrido que se deveria aquilatar do nexo de causalidade⁸⁸.

⁸⁵ Em bom rigor, se fundarmos a indemnização concedida aos pais na privação do direito de escolher em abortar ou não, teríamos que concluir que tal indemnização caberia apenas à mãe, pois esta opção depende inteiramente dela, não podendo o pai forçá-la a prosseguir a gestação de um feto com graves anomalias ou impedi-la de o fazer caso essa seja a sua vontade. Sobre isto *vide* o nosso “O Dilema do Rei Salomão...”.

⁸⁶ Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 16.

⁸⁷ Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p.129/132.

⁸⁸ Uma outra explicação possível é a de Luc MAYAUX (“Naissance d’un Enfant Handicapé: La Cour de Cassation au Pêril de la Causalité”, *Révue Générale du Droit des Assurances*, n.º 1,

9. As *wrong actions* à luz do ordenamento jurídico português

Não temos a menor dúvida quanto ao ressarcimento dos pais em qualquer das situações:

- i) Na *wrongful birth action* por danos morais e patrimoniais. Não todos os custos derivados da educação e sustento de uma criança, mas tão-só os relacionados com a deficiência da criança, pois os pais aceitaram voluntariamente aquela gravidez, logo, “conformara-se” com as despesas do primeiro tipo, que derivam da lei (art. 1878.º/1 CC) por força do poder paternal⁸⁹;
- ii) Na *wrongful conception action* por danos meramente patrimoniais. Temos dúvidas que possa existir compensação por danos morais neste último caso, dado que o nascimento de uma criança sã (se assim não for será uma acção do primeiro tipo) não pode em regra ser visto como um dano moral, embora seja certo que se verifica aqui uma violação do direito à não reprodução.

Segundo Paulo Mota Pinto⁹⁰, o nascimento de uma criança saudável não pode dar causa a uma indemnização por danos morais, tanto mais que o nosso sistema jurídico apenas autoriza o aborto em condições delimitadas, pelo que o “dano não patrimonial da falta de autodeterminação na paternidade ou maternidade não pode, depois da concepção, relevar autonomamente, pois tal seria contraditório com a proibição (e punição) do aborto”. Sucede, porém, que a lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, veio consagrar (contra aquilo que defendemos) o aborto como um direito, que pode ser exercido sem justificação no período inicial da gestação. No presente condicionalismo, que o autor não teve oportunidade de ter em conta, esta argumentação já não singra. Existe de facto aqui a violação do direito à não reprodução⁹¹. Ainda assim, cremos

2001, *apud* Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p. 127), segundo a qual o dano só surge com o nascimento, dado que *in utero* não existe ainda dano, pelo que se pode considerar que o nascimento é causa do dano e o médico, por sua vez, é causa do nascimento. Uma exposição de outras soluções para afirmar o nexo de causalidade em Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p.127/129.

⁸⁹ Também assim Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p. 121.

⁹⁰ Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 22, 23.

⁹¹ Aquilo que Paulo Mota PINTO (“Indemnização...”, p. 13, 16) designa “dano do planeamento familiar”, e mesmo de “liberdade reprodutiva negativa” (p. 16). Ficámos na dúvida sobre a posição do autor quanto a uma eventual violação deste direito por parte do médico que não informou os pais, pois a certa altura diz-nos que a responsabilização dos médicos não resulta da violação da alínea c) do art. 142.º/1 do Código Penal (p. 14), para depois afirmar que a ilicitude possa resultar da violação deste direito (p. 16). Ora, se admitirmos que esta norma visa proteger o direito à não reprodução, cremos que é a violação desse direito, que o

que não é susceptível de indemnização por danos morais, dada a “contradição normativa inultrapassável com os valores subjacentes às normas que protegem o direito à vida e o bem jurídico “vida em formação”, fazendo funcionar o autor o art. 496.º/1 CC, ou seja, concluindo que este dano é um daqueles que não merece a tutela do direito. Excepto, como Mota Pinto ressalva, no caso de danos que resultem do particular sofrimento da gravidez, ou outros danos morais especiais, que vão para além do mero nascimento de uma criança, concepção esta que tem sido seguida mesmo pelos tribunais que rejeitam acções de *wrongful conception* (por exemplo, *Cour de Cassation*, decisão de 25 de Junho de 1991).

No que respeita à *wrongful life* defrontamo-nos com um problema: é que o juízo acerca da “danosidade” (o peso) da vida é feito por outrem que não o próprio. Em regra falamos de pessoas com um tal grau de deficiência que jamais estarão em condições de fazer o pedido em nome próprio, ou sequer de nele serem ouvidas, sendo os pais ou outro representante legal que actuam em seu nome e aquilatam da gravidade dos mesmos danos. Não é, certamente, inédito. O ordenamento jurídico é prolífero em acções intentadas por pais, curadores ou tutores, em nome de menor ou incapaz, pedindo uma indemnização ou compensação por danos que os próprios não estão em condições de avaliar. Mas trata-se então de danos de outra espécie, mais facilmente perceptíveis. Aqui a especificidade do dano – saber se a vida naquelas condições é preferível à não vida – exige que seja o próprio a fazer essa avaliação. Idealmente, os processos de *wrongful life* apenas deveriam ser

próprio autor reconhece, que funda a pretensão dos pais face ao médico (mais propriamente, a pretensão da mãe).

Mota Pinto condiciona a atribuição da indemnização ao carácter não ilícito do aborto caso o médico tivesse cumprido os deveres contratuais de informação e este pudesse ter sido levado a cabo (p. 13). Note-se, todavia, que o autor raciocina no quadro do regime vigente antes da alteração de 2007. Sucede que após esta alteração legal tal limitação poderá ter-se tornado inútil, na medida em que hoje, dentro do prazo de 10 semanas, é possível interromper a gravidez ainda que o feto seja são. Como bem realça o autor, “quanto mais restritivo for o regime da ilicitude da interrupção menor “espaço” haverá para exercer acções de *wrongful birth* ou de *wrongful life*” (p. 14).

E, acentuam os tribunais alemães e austríacos, desde que o objectivo dos pais ao recorrer àquela solução anti-concepcional fosse efectivamente evitar a reprodução (Anastasio MORAITIS, “When Childbirth Becomes Damage...”, p. 49). No seguimento desta jurisprudência, Marta Nunes VICENTE (“Algumas Reflexões...”, p. 124, 125) insere uma limitação ao ressarcimento dos danos patrimoniais ligados ao sustento da criança, condicionando-os à verificação de que o intuito dos pais ao recorrer ao método anti-concepcional era efectivamente evitar descendência e não, por exemplo, salvaguardar a saúde da mãe. Pelas razões expostas não nos parece que a finalidade dos pais deva ser relevada. É que, podendo embora não ser esta a sua intenção primeira, pode suceder que entretanto tenham planeado a vida de acordo com aquela decisão que, supostamente, lhe garantia ausência de descendência.

admitidos quando a criança tivesse capacidade de fazer um tal juízo, porque se trata de uma apreciação subjectiva⁹². Será que podemos operar aqui com a vontade presumida? A partir de que patamar se torna a vida intolerável? Recordemos que há pessoas atacadas por doenças gravíssimas que vivem existências ricas e felizes, e pessoas de boa saúde que vivem totalmente infelizes. Existem existências tão duras que, face a elas, a não-existência seria uma benesse, mas este é um juízo eminentemente pessoal, que carece de ser feito pelo próprio, pois parece-nos que este pode ser um daqueles actos “puramente pessoais” a que se refere o n.º 1 do art. 1881.º do CC⁹³. E corremos certamente o risco de avaliarmos negativamente a vida de alguém que pode até nem se sentir lesado pela forma como vive⁹⁴.

Se este arrazoado milita contra a *wrongful life*, do lado oposto emergem bons argumentos a seu favor.

Pois independentemente do dano que exista para a própria pessoa, uma vida marcada pela deficiência é, objectivamente, uma vida mais limitada do que as restantes. Não se trata de operar aqui com uma presunção de dano, mas de avaliar as condições desta existência face às da maioria⁹⁵. Cremos que ninguém ousará contestar o carácter lesivo da deficiência, pois que se ela ocorresse em fase mais avançada da vida seria unânime a sua consideração como um dano e a concomitante responsabilização do agente. O que muda neste caso é a delimitação do nexó de causalidade para efeitos dessa responsabilidade.

Por isso, mesmo que o próprio careça de capacidade para aquilatar o seu dano – e exactamente com base nessa incapacidade – poder-se-á entender que o filho tem direito a ser indemnizado (danos patrimoniais) e compensado (danos morais)⁹⁶ pelas condições da sua vida, ainda que não as considere

⁹² Também assim no acórdão do nosso STJ, e sublinhado por António Pinto MONTEIRO, “STJ, Acórdão de 19 de Junho de 2001...”, p. 382.

⁹³ António Pinto MONTEIRO, “STJ, Acórdão de 19 de Junho de 2001...”, p. 382. Por isso mesmo, talvez seja a própria configuração jurídica do poder paternal a afastar dos pais a legitimidade para exercer um direito de cariz tão pessoal, como acentua Mota Pinto, embora em última instância não lhe repugne que sejam os pais a agir (Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 24).

⁹⁴ É neste argumento que se funda a nossa prudência face a *wrongful life actions* intentadas pelo próprio, e não porque vislumbremos aqui pretensas aspirações eugénicas, ao contrário do que afirmou a *Corte de Cassazione* italiana, na decisão n.º 14488/2004, de 29 de Julho de 2004.

⁹⁵ Mota Pinto refere um “padrão contratual de comparação”, constituído pela “pessoa sem malformações e regularmente funcional” (Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 17).

⁹⁶ Contra a destrição entre danos morais e patrimoniais neste ensejo, no sentido de apenas permitir o ressarcimento destes últimos, Manuel Carneiro da FRADA, “A Própria Vida como Dano...”.

pessoalmente lesivas ou não tenha capacidade para tal apreciação⁹⁷. O reconhecimento deste dano em nada pactua com a ideia de que existem vidas desvaliosas, mas sim condições de vida que o são⁹⁸, pelo que não há qualquer atentado ao princípio da dignidade humana.

Estamos conscientes de que a admissibilidade da *wrongful life action* suscita problemas de vária ordem, não só devido à sua complexidade e à dificuldade em calcular a dimensão do dano e a correspondente indemnização (o que não é justificativo suficiente para a sua rejeição, pois o mesmo ocorre noutros casos, como de resto sucede com toda a espécie de danos morais), mas também porque abala muitos dos fundamentos do nosso raciocínio formal. Desde logo há que averiguar se será a responsabilidade civil o mecanismo adequado para prover às necessidades das pessoas com deficiências ou antes os sistemas sociais de compensação⁹⁹.

Os problemas agudizam-se quando a pretensão se dirige contra os pais, pois esta acção pode até ser vista como uma ingerência inadmissível do Estado na vida privada da mulher, ao culpabilizá-la por ter decidido ter o filho¹⁰⁰, embora nos pareça que à luz do princípio da responsabilidade reprodutiva e dos deveres reprodutivos algumas “ingerências” contam com justificação bastante. Marta Vicente¹⁰¹ considera que seria contraditório que o ordenamento jurídico, num primeiro momento, admitisse o aborto, e o remetesse inclusive à esfera de livre decisão da mulher, e depois, num segundo momento, a sancionasse por ter decidido não abortar estando verificados os pressupostos para o fazer. Mas, segundo vemos as coisas, a autora confunde o desaparecimento da tipicidade criminal com a legitimidade jurídica geral da conduta. Ora, são planos que não se identificam, como nos ensina o princípio da unidade da ordem jurídica em sentido unilateral. Veja-se o que se passou com o adultério: não obstante ter deixado de ser um ilícito típico nem por isso desapareceu o juízo de censura cominado pelo direito civil em sede de divórcio. Claro que sempre se pode dizer que o adultério nunca foi juridicamente configurado como um direito, ao passo que o aborto actualmente parece sê-lo nas 10

⁹⁷ Admitindo uma indemnização ao filho, Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 13 ss.

⁹⁸ Reportamos o nosso juízo unicamente ao dano existente para a própria pessoa, não tomando em conta (porque não devem ser tomados) outros danos por vezes alegados, como sejam o dano para a sociedade, para o Estado e para a própria humanidade (M. J. ALONSO PAREÑO, “Demandas Judiciales...”).

⁹⁹ Sobre os sistemas sociais de compensação, Anastasios MORAITIS, “When Childbirth Becomes Damage...”, p. 56, 57. Manuel Carneiro da FRADA (“A Própria Vida como Dano...”) distingue entre “dano” e “necessidade”, sendo que apenas esta última assiste à criança nascida com a deficiência. Daqui conclui que a solução serão meios assistenciais de natureza solidária-distributiva, e não indemnizações.

¹⁰⁰ Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p. 137, 140.

¹⁰¹ Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p. 140.

primeiras semanas. Mas não se descure que o exercício de um direito possa lesar terceiros e, nesta medida, seja o seu titular responsabilizado por tais danos, e bem pode ser o que sucede nesta hipótese.

Outro ponto usualmente considerado na avaliação da legitimidade da *wrongful life* é a sua necessidade e utilidade. Desde logo, para salvaguarda da posição do filho. Pois uma exclusiva indemnização aos pais por danos patrimoniais colocá-lo-ia sempre na dependência daqueles e, porventura, em carência quando falecessem. É que a indemnização devida aos pais apenas visa salvaguardar a posição destes, não a do filho, a qual deve ser objecto de ponderação autónoma¹⁰².

Há quem invoque igualmente o argumento da incongruência de atribuir uma indemnização ao filho e não aos pais, quando o facto lesivo é o mesmo e, sobretudo, sendo o filho o principal lesado¹⁰³. Mas, por um lado, um mesmo facto pode ser lesivo para X e não para Y; por outro lado, o filho pode ser o maior lesado de uma perspectiva objectiva e geral, mas subjectivamente podem os pais sentir muito mais a lesão ao filho, sobretudo quando este seja incapaz de se auto-avaliar

Mas mesmo dentro deste apertado condicionalismo devem estes processos ser admitidos com *granu salis*, sob pena de abrirmos a porta a todo o tipo de pretensões.

Porque não permitir também que o filho processe os pais por estes o terem tido não obstante não estarem de perfeita saúde, ou quando eram já muitos velhos, ou ainda muito novos, ou não terem possibilidades económicas suficientes para lhes proporcionar uma vida melhor, ou, como sucedeu na primeira *wrongful life action*, por nascer numa família monoparental¹⁰⁴?

Diferentemente, outros casos existem em que a bondade da *wrongful life action* nos parece mais evidente, como quando os pais têm conhecimento do seu estado de saúde ou da sua predisposição genética e ainda assim decidem ter um filho, sabendo que será, com grande probabilidade, portador da doença, situação que poderia ter sido evitada mediante a selecção de gâmetas (lavagem de esperma, por exemplo), ou quando os pais recusem “tratar” o nascituro mediante terapia génica ou uma intervenção cirúrgica *in utero*, ou

¹⁰² Assim, mal se percebe a decisão do *Conseil d'État* de 14 de Fevereiro de 2007, que condenou um hospital ao pagamento de uma indemnização sob a forma de renda mensal durante a vida do filho (embora Marta Nunes VICENTE, “Algumas Reflexões...”, p. 123) entenda que esta é a única forma de proteger a autodeterminação dos pais).

¹⁰³ Paulo Mota PINTO, “Indemnização...”, p. 14/16.

¹⁰⁴ Ou ainda devido às circunstâncias sociais que rodearam a sua concepção (sobre indemnizações derivadas de crianças nascidas de actos incestuosos, Virginie BONNINGUE, *Naissance...*, p. 73/80).

ainda quando os pais optam por transferir embriões *in vitro* que sabem de antemão sofrer de anomalias.

Há ainda que fazer uma distinção entre os embriões *in vitro* e *in utero*.

No caso de um embrião uterino, em que os pais devem optar entre prosseguir com aquela gestação ou interrompê-la e assim destruir uma vida, temos sérias dúvidas de que estas acções devam ser admitidas. Embora sejamos partidários da escolha pela não existência (pela eutanásia), parece-nos que daqui não decorre que possamos culpar terceiros pelo facto de existirmos. Esta conclusão vale quer para os casos em que os pais decidem ter a criança apesar de informados do estado do feto, quer, por maioria de razão, para os casos em que nem conhecem o estado do feto por não se ter realizado qualquer diagnóstico pré-natal. Ter uma criança não pode ser considerado um acto ilícito para efeitos de qualquer tipo de responsabilidade. Coisa diferente sucede nos casos em que o dano à integridade física é provocado pelos próprios pais (abuso de drogas ou álcool, outros comportamentos de risco), porquanto neste cenário é evidente que devem ser responsabilizados pelos danos assim causados no feto. Todavia, mesmo fora deste particular contexto poderão surgir casos excepcionais que requeiram a responsabilização dos pais: suponha-se que existe a possibilidade de um tratamento uterino e, ainda assim, os pais o recusam. Neste caso, e porque não são confrontados com a hipótese de aborto, cremos que a recusa deve ser avaliada para efeitos de responsabilidade civil (mas não penal, dado que não existe entre nós o delito de ofensa à integridade física da vida uterina).

No caso de embriões *in vitro*, em que os pais são defrontados com a escolha entre transferir um embrião em boas condições ou um outro em condições mais precárias, pouca justificação tem optar por esta segunda hipótese. É o próprio princípio da beneficência que impõe a transferência do embrião são. É que neste caso sempre haverá embriões que ficarão fora do projecto parental, de modo que não estamos perante o dilema “destruir uma vida ou deixá-la prosseguir”, porque necessariamente serão descartadas vidas e é o melhor interesse da pessoa que virá a existir que dita que nasça aquele que terá uma vida sã. Contudo, temos muitas dúvidas que um processo de *wrongful life* contra os pais que transferiram um embrião doente ou deficiente venha a ser bem sucedido, pelo menos entre nós.

A extrema complexidade e novidade (pelo menos, no nosso ordenamento) das questões discutidas não nos permitem ainda tomar uma posição firme acerca de algumas delas. Limitámo-nos, por isso, a partilhar as reflexões, as possibilidades e as perplexidades que nos suscitam. Não temos a pretensão de oferecer um esclarecimento cabal sobre a resolução dos problemas aqui descritos, mas simplesmente alertar para a litigância que certamente muito em breve chegará aos nossos tribunais.

Bibliografia

- Abeille, Jean-François. Responsabilité Médicale, in Teboul Gérard dir., *Procréation et Droits de l'Enfant*. Bruxelles: Bruylant; 2004.
- Akazaki, R. Lee. "Wrongful Birth": An Ironic Name for a Cause of Action in the Law of Medical Malpractice [documento on line] 1999 [atualizado 2010 Agosto 20]. Disponível em http://www.gilbertsondavis.com/site/gilbertson_davis_emerson/assets/pdf/Wrongful_Birth.pdf
- Alonso Parreño, M. J. Demandas Judiciales por Nacimiento con Discapacidad (Wrongful Birth, Wrongful Life): Perspectiva Jurídica [documento on line] [atualizado 2010 Agosto 26]. Disponível em <http://www.down21.org/legislacion/temasinteres/demandasjudic/perspjuiridica.htm>
- Araújo, Fernando. *A Procriação Assistida e o Problema da Santidade da Vida*. Coimbra: Almedina; 1999.
- Bonningue, Virginie. *Naissance Vie Préjudiciables et de L'Enfant au Regard de la Responsabilité Médicale et Parentale* [documento on line] 2000/2001, [atualizado 2010 Agosto 31]. Disponível em <http://faculty.ksu.edu.sa/dr:reda/Documents/%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%83%D8%AA%D8%A8%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%A7%D9%86%D9%88%D9%86%D9%8A%D8%A9/Naissance%20et%20vie%20prejudiciables%20de%20l'enfant%20au%20regard%20%20de%20la%20responsabilite%20medicale%20et%20parentale.pdf>
- Brazier, Margaret. *Medicine, Patients and the Law*. Harmondsworth: Penguin; 1987.
- Capen, Karen. New Prenatal Screening Procedures Raise Spectre of More "Wrongful-Birth Claims". *Canadian Medical Association Journal*, 1995; 152(5).
- Carey, Kristen. Wrongful Life and Wrongful Birth: Legal Aspects of Failed Genetic Testing in Oocyte Donation, *Penn Bioethics Journal*, Vol. I, Issue 1 [documento on line] Spring 2005 [atualizado 2010 Agosto 24] http://www.bioethicsjournal.com/past/pbj1.1_carey.pdf
- Chadwick, Ruth; Schroeder, Doris. *Applied Ethics (Critical Concepts in Philosophy)*. London: Routledge; 2002.
- Collins, E. An Overview and Analysis: Prenatal Torts, Preconception Torts, Wrongful Life. Wrongful Death and Wrongful Birth: Time for a New Framework. *Journal of Family Law* 1983/1984; 22.
- Coppens, Philippe. Du préjudice d'être né? in *Procréation Médicalement Assistée : Régulation Publique et Enjeux Bioéthique*. Bruxelles: Bruylant; 2003.
- Cordeiro, António Meneses. *Tratado de Direito Civil Português*, I, Parte Geral, Tomo III, 2.^a edição. Coimbra: Livraria Almedina; 2007.
- Cosmi, Ermelano; Mordini E. La Bioetica ed i Diritti del Nascituro, in *Scritti in Onore di Guido Gerin*. Padova: CEDAM; 1996.
- Costa, Amélia. *Perspectiva Jurídica de um Acto de Amor – A Procriação Assistida*. Lisboa: UAL; 2000.
- Costa, José Francisco de Faria. O Fim da Vida e o Direito Penal, in *Liber Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias*. Coimbra: Coimbra Editora; 2003.

- Costa, José Francisco de Faria. Vida e Morte em Direito Penal (Esquismo de Alguns Problemas e Tentativa de Autonomização de um Novo Bem Jurídico). *Revista Portuguesa de Ciência Criminal* 2004; 14 (1/2).
- Costa, José Francisco de Faria. *O Perigo em Direito Penal*. Coimbra: Coimbra Editora; 2000.
- Cunha, Conceição. Algumas Considerações sobre a Responsabilidade Penal Médica por Omissão, in *Liber Discipulorum para Jorge de Figueiredo Dias*. Coimbra: Coimbra Editora; 2003.
- Dias, João Álvaro. *Procriação Assistida e Responsabilidade Médica*. Coimbra: Coimbra Editora; 1996.
- Dias, Jorge de Figueiredo; Monteiro, Sinde, *Responsabilidade Médica em Portugal*. Boletim do Ministério da Justiça, n.º 332, 1984.
- Dickens, Bernard. Canada: The Ontario Law Reform Commission Project on Human Artificial Reproduction, in *Law Reform and Human Reproduction*. Aldershot, Brookfield USA, Hong Kong, Singapore, Sydney: Dartmouth; 1992.
- Dickens, Bernard. Wrongful Birth and Life, Wrongful Death before Birth, and Wrongful Law, in *Legal Issues in Human Reproduction*. Brookfield USA, Hong Kong, Singapore, Sydney, Dartmouth: Aldershot; 1989.
- Dossier de L'institut Européen de Bioéthique, *La Naissance Handicapée: Un Préjudice Indemnisable?* [documento on line] [atualizado 2010 Agosto 25]. Disponível em www.amouretverite.org/.../naissance-handicapee-prejudice-indemnisable.pdf
- Dworkin, Roger. *Limits – The Role of the Law in Bioethical Decision Making*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press; 1996.
- Engelhard, Tristram H. *The Foundations of Bioethics*. New York, Oxford: Oxford University Press; 1986.
- Feinberg, Joel. *Harm To Others*. New York: Oxford University Press; 1984.
- Fidalgo, Sónia. *Responsabilidade Penal por Negligência no Exercício da Medicina em Equipa*. Coimbra: Coimbra Editora; 2008.
- Frada, Manuel Carneiro da. A própria Vida como Dano? Dimensões Cíveis e Constitucionais de uma Questão-Limite, *Revista da Ordem dos Advogados*, ano 68, Vol. I [documento on line] 2008 [atualizado 2010 Agosto 30] http://www.oa.pt/Conteudos/Artigos/detalhe_artigo.aspx?idc=30777&idsc=71981&ida=72382
- Franco, Caiado Guerreiro e Associados. *Guia da Responsabilidade dos Médicos* [documento on line] [atualizado 2010 Abril 10]. Disponível em www.fcguerreiro.com/GuiadaResponsabilidadedosMedicos.pdf
- Glannon, Walter. The Morality of Selective Termination, in *Reproduction, Technology and Rights*. New Jersey: Humana Press; 1996.
- Glover, Jonathan. Future People Disability and Screening” in *Bioethics. Oxford Readings in Philosophy*. New York: Oxford University Press; 2001.
- Goffi, Jean-Yves. La Notion de Vie Préjudiciable et l'Eugénisme, in *De l'Eugénisme d'État à l'Eugénisme Privé*, Paris, Bruxelles: De Boeck Université; 1999.
- Guarneri, Attilio. Nascita del Figlio Malformato, Errore Diagnostico del Medico e Regola di Responsabilità Civile. *Rivista de Diritto Civile* 2002; XLVIII (6).
- Harris, John. *Clones, Genes and Immortality*. Oxford, New York: Oxford University Press; 1998.

- Hensel, Wendy. The Disabling Impact of Wrongful Birth and Wrongful Life Actions. *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review* 2005; 40.
- Heyd, David. *Genetics: Moral Issues in the Creation of People*. Berkeley: University of California Press; 1992.
- Jecker, Nancy. The Ascription of Rights in Wrongful Life Suits. *Law and Philosophy* 1987; 6(2).
- Kasimba, Pascal. IVF Regulation: The Search for a Legal Basis, in *Embryo Experimentation – Ethical, Legal and Social Issues*. New York, Victoria: Cambridge University Press; 1990.
- Lima, Fernando Pires De, Varela João De Matos Antunes, *Código Civil Anotado, Vol. I*. Coimbra: Coimbra Editora; 1987.
- Loureiro, João Carlos. Tomemos a Sério os Direitos do Embrião e do Feto. *Cadernos de Bioética* 1997; 14.
- Mason, Ken. Abortion and the Law, in *Legal Issues in Human Reproduction*. Aldershot, Brookfield USA, Hong Kong, Singapore, Sydney: Dartmouth; 1989.
- Mercer, David. The Wrongful Life Concept: The Role of the Courts in Individual Morality, *Inquiry Journal* [documento on line] 2006 [atualizado 2010 Agosto 28]. Disponível em <http://www.unh.edu/inquiryjournal/06/articles/mercer.html>.
- Monteiro, António Pinto. Portuguese Case Note. *European Review of Private Law* 2003; 11(2).
- Monteiro, António Pinto. STJ, Acórdão de 19 de Junho de 2001, Direito a Não Nascer?. *Revista de Legislação e Jurisprudência* 2002; 134, n.º 3933.
- Monteiro, Fernando Pinto. Direito à Não Existência, Direito a Não Nascer, in *Comemorações dos 35 anos do Código Civil e dos 25 Anos de Reforma de 1977 – Vol II – A Parte Geral do Código e a Teoria Geral do Direito Civil*. Coimbra: Coimbra Editora; 2007.
- Moraitis, Anastasios. When Childbirth Becomes Damage: A Comparative Overview Of “Wrongful Birth” And “Wrongful Life” Claims”. *Lex Medicinæ* 2007; 4(8).
- Morris, Anne. Saintier Severine, To Be or Not to Be: Is That The Question? Wrongful Life and Misconceptions. *Medical Law Review* 2003; 11.
- Muller, Anne-Claire. L’Affaire Perruche (Débat sur les Dérives vers un Eugénisme Libéral [documento on line] [atualizado 2010 Agosto 20]. Disponível em www.droit-medical.net/IMG/doc/L_affaire_Perruche-ACM.doc
- Neville, Warwick. Lokuge Buddhima, Wrongful Life Claims: Dignity, Disability and “A Line in the Sand”, *The Medical Journal of Australia*, 185 (10) [documento on line] 2006 [atualizado 2010 Setembro 4]. Disponível em http://www.mja.com.au/public/issues/185_10_201106/nev10697_fm.html
- Nunes, J. M. Martins. *Da Responsabilidade dos Médicos Anestesiologistas* [documento on line] [atualizado 2010 Fevereiro 20]. Disponível em www.huc.min-saude.pt/anestesiologia/.../Responsabilidade_med_Anestes_Dr_JMNunes.pdf
- Oliveira, Guilherme de. O Direito do Diagnóstico Pré-Natal, in *Temas de Direito da Medicina*. Coimbra: Coimbra Editora; 1999.
- Oliveira, Vanessa Cardoso. Wrongful Life Action – Comentário ao Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 19 de Junho de 2001. *Lex Medicinæ* 2004; 1(2).
- Ossorio, Pilar. Inheritable Genetic Modifications, in *Designing our Descendants*. Baltimore, London: The John Hopkins University Press; 2003.
- Osuna, Eduardo; Raposo, Vera Lúcia. Embryo Dignity: The Status and Juridical Protection of the In Vitro Embryo. *Medicine and Law* 2007; (64).

- Parfit, Derek, *Reasons and Persons*. Oxford; Clarendon: 1984.
- Pedro, Rute Teixeira. *A Responsabilidade Civil Do Médico*. Coimbra: Coimbra Editora; 2008
- Pereira, André Gonçalves. *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente*. Coimbra: Coimbra Editora; 2004.
- Pinto, Carlos Alberto da Mota. *Teoria Geral do Direito Civil*, 4.º ed. (por António Pinto Monteiro, Paulo da Mota Pinto). Coimbra: Coimbra Editora; 2005.
- Pinto, Paulo Mota. Indemnização em Caso de “Nascimento Indevido” e de “Vida Indevida” (“Wrongful Birth” e “Wrongful Life”). *Lex Medicinæ* 2007; 4 (7).
- Raposo, Vera Lúcia. O Dilema do Rei Salomão: Conflitos de vontade quanto ao destino dos embriões. *Lex Medicinæ* 2008; 5 (9).
- Raposo, Vera Lúcia. O Direito à Vida na Jurisprudência de Estrasburgo. *Jurisprudência Constitucional* 2009; 19.
- Raposo, Vera Lúcia. In the Borderline of Human Reproduction, in *Droit de la Santé Publique dans un Contexte Transnational*. Bordeaux: Les Études Hospitalières Éditions; 2010.
- Rodrigues, Álvaro da Cunha. Reflexões em Torno da Responsabilidade Civil dos Médicos, *Direito e Justiça*, Vol. XIV, tomo 3, 2000.
- Shapira, Amos. Wrongful Life’ Lawsuits for Faulty Genetic Counseling: Should the Impaired Newborn be Entitled to Sue?. *Journal of Medical Ethics* 1998; 24.
- Shiffrin, Seana Valentine. Wrongful Life, Procreative Responsibility, and the Significance of Harm. *Legal Theory* 1999; 5.
- Simone, R. Procreazione e Danno: Della Nascita Indesiderata al Diritto alla Scelta. *Il Diritto di Famiglia e delle Persone*, 2003; XXXII (4).
- Sousa, Rabindranath Capelo de. *O Direito Geral de Personalidade*. Coimbra: Coimbra Editora; 1995.
- Steinbock, Bonnie. The Logical Case for “Wrongful Life”. *Hastings Centre Report* 1986; 20.
- Stewart, Hamish. Harms, Wrongs, and Set-Backs in Feinberg’s *Moral Limits of the Criminal Law*. *Buffalo Criminal Law Review* 2001; 5 (47).
- Stolker, Carel. Wrongful Life: The Limits of Liability and Beyond. *International and Comparative Law Quarterly* 1994; 43.
- Stretton, Dean. The Birth Torts: Damages for Wrongful Birth and Wrongful Life. *Deakin Law Review* 2005; 10 (1).
- Tarantino, Antonio. Dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo all’Identità dell’Embrione Umano, in *Bioetica, Coscienza e Libertà – Aspectti Antropologici, Giuridici, Medici e Sociali*. Bari: Atti II Congresso Nazionale della Società Italiana pela la Bioetica ed i Comitati Etici; 2003.
- Vicente, Marta Nunes. Algumas Reflexões sobre as Acções de Wrongful Life: A Jurisprudência Perruche. *Lex Medicinæ* 2009; 6 (11).
- Wrongful Birth/Wrongful Life Claims, [document on line] [actualizado 2010 Agosto, 23]. Disponível em <http://www.tresscox.com.au/file/document/resource/32/Wrongful%20Birth%20&%20Wrongful%20Life%20Claims.pdf>

Resumo: As *wrong actions* no início da vida (*wrongful conception, wrongful birth e wrongful life*) e a responsabilidade médica

Com as modernas técnicas de diagnóstico pré-natal é possível detectar as doenças antes do nascimento e mesmo antes da concepção da criança. Por vezes não podemos evitar o nascimento nestas condições, na medida em que ainda não conhecemos um tratamento eficaz, e a única alternativa é interromper a gravidez.

As “*wrong actions*” destinam-se a responsabilizar os profissionais de saúde que não informaram sobre a existência de uma doença e, inclusivamente, responsabilizar os pais pela sua recusa em abortar não obstante terem conhecimento do estado da criança.

Estaremos perante um novo eugenismo ou da desejada possibilidade de acabar com o sofrimento? Responsabilizar juridicamente pessoas que não provocaram directamente o dano atenta contra o nexa de causalidade ou respeita ainda as suas regras? Será o aborto um direito, uma obrigação, ou qualquer outra coisa? A existência é sempre valiosa ou não importa somente uma dimensão quantitativa e devemos exigir também uma dimensão qualitativa?

Palavras-chave: *Wrongful life; wrongful birth; wrongful conception*; diagnóstico pré-natal; responsabilidade civil; prejuízo do nascimento.

Summary: The *wrong action* at the beginning of life (*wrongful conception, wrongful birth e wrongful life*) and medical liability

With the modern techniques of pre-natal diagnosis is possible to detect maladies before birth and even before the child conception. Sometimes we aren't able to avoid a birth in these conditions, since we are still unaware of a successful treatment, and the only alternative is to interrupt the pregnancy.

The “*wrong actions*” are aimed to act against the health professionals that have not informed about the existence of a disease and even to act against the parents because they refused to abort, even though they knew about the child's condition.

Is this a new eugenics or the desired possibility of abolishing pain? To impose juridical liability on people that has not caused directly the damage goes against the causal connection or does it still respect their rules? Is abortion a right or a duty, or is it something else? Is existence always a value or it is not sufficient a quantitative dimension and we must also demand a qualitative dimension?

Key-words: *Wrongful life; wrongful birth; wrongful conception*; pre-natal diagnosis; civil liability; damage of birth.

Résumé: Les *wrong actions* au début de la vie (*wrongful conception, wrongful birth et wrongful life*) et la responsabilité médicale

Avec les modernes techniques de diagnostique prénatal est possible détecter des maladies avant la naissance et même avant la conception de l'enfant. Quelquefois on ne peut pas

éviter la naissance dans ses conditions, parce que nous ne connaissons pas encore un traitement efficace et la seule alternative est interrompre la grossesse.

Les «wrong actions» sont destinées à responsabiliser les professionnels de santé que n'ont pas informé de l'existence d'une maladie et, quand même, de responsabiliser les parents pour leur refus d'avorter bien qu'ils aient connaissance de l'état de l'enfant.

Sera-t-il un nouveau eugénisme ou la désirée possibilité de exterminer la douleur? Responsabiliser juridiquement personnes que n'ont pas provoqué directement le dommage viole le lien de causalité juridique ou respect encore ses règles? Sera l'avortement un droit, ou une obligation, ou quelque'une autre chose? L'existence est toujours précieuse ou on doit demander aussi une dimension qualitative au delà d'une dimension quantitative?

Mots-clés: *Wrongful life; wrongful birth; wrongful conception*; diagnostique prénatal; responsabilité civile; préjudice-naissance.

Pedido de separatas:

VERA LÚCIA RAPOSO

vlr@vda.pt

Lesões e danos resultantes do emprego de meios coercivos pela Polícia de Segurança Pública

E. Rodrigues¹, T. Magalhães²⁻⁵, E. Matos³

Introdução

A Constituição da República Portuguesa (CRP) estabelece como função fundamental da polícia “defender a legalidade democrática e garantir a segurança interna e os direitos dos cidadãos” (art. 272.º, n.º 1). No mesmo sentido, a orgânica da Polícia de Segurança Pública (OPSP) – aprovada pela Lei n.º 53/2007, de 31 de Agosto – define como missão desta polícia “assegurar a legalidade democrática, garantir a segurança interna e os direitos dos cidadãos, nos termos da Constituição e da lei” (art. 1.º, n.º 1).

A prossecução dos objectivos da actividade da polícia em geral, e da PSP em particular, por vezes, obriga a que os seus agentes recorram a meios coercivos. A Lei de Segurança Interna (LSI) – aprovada pela Lei n.º 53/2008, de 04 de Setembro, rectificada pela Declaração de Rectificação n.º 66-A/2008, de 28 de Outubro – estipula que os agentes das forças e dos serviços de segurança só podem utilizar meios coercivos “para repelir uma agressão actual e ilícita de interesses juridicamente protegidos, em defesa própria ou de terceiros” e “para vencer resistência à execução de um serviço no exercício das suas funções, depois de ter feito intimação formal de obediência e esgotados os outros meios para o conseguir” (art. 34.º, n.º 1).

Relativamente aos meios coercivos concretamente utilizados pelos agentes da autoridade, destacam-se os seguintes: armas de fogo aptas a disparar projecteis letais (*full metal jacket*) ou menos letais (*e.g.*, borracha); técnicas de defesa policial; algemas (metálicas ou de plástico); gases neutralizantes

¹ Comando Metropolitano da Polícia de Segurança Pública do Porto

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

³ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁴ Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

⁵ CENCIFOR – Centro de Ciências Forenses, Portugal

(e.g., OCSpray); armas eléctricas; bastões (de metal, de borracha, de outros materiais); canhões de água; canídeos; lagartas metálicas para imobilização de viaturas. De entre estes meios, as armas de fogo constituem os mais perigosos. Por tal motivo, a lei – neste caso, o DL n.º 457/99, de 5 de Novembro – estabelece as circunstâncias e o modo específicos em que as mesmas podem ser utilizadas. Quanto aos restantes meios, a sua existência e o modo como os agentes devem utilizá-los não constam da lei. Na verdade, a escolha destes meios enquadra-se no âmbito da discricionariedade técnica da polícia, que pode definir, e define, normas internas específicas quanto ao seu modo de emprego.

O recurso a meios coercivos acarreta riscos para a integridade física e para a vida dos cidadãos visados. Estes riscos, por vezes, traduzem-se em lesões e danos de gravidade variável que, no limite, resultam na incapacidade (temporária ou permanente) (Magalhães, 2005) (Bessières-Roques, et al., 2001) ou na morte dos ofendidos.

A perigosidade inerente aos meios coercivos ao dispor dos agentes policiais justifica que haja uma avaliação formal da sua aplicação. Esta avaliação tem como fundamento o art. 271.º, n.º 1, da CRP. Este preceito fundamental determina que “Os funcionários e agentes do Estado e das demais entidades públicas são responsáveis civil, criminal e disciplinarmente pelas acções ou omissões praticadas no exercício das suas funções e por causa desse exercício de que resulte violação dos direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos...”. O apuramento daquela responsabilidade é feito, nos âmbitos civil e criminal, pelos tribunais, no âmbito disciplinar, no caso concreto da PSP, a nível interno, pela própria polícia, a nível externo, pela Inspeção Geral da Administração Interna (IGAI).

A avaliação das circunstâncias em que as lesões e os danos são provocados, bem como da gravidade destes, pode implicar a intervenção dos peritos forenses: ao nível da clínica forense, na realização de exames e perícias que visam a “descrição e avaliação dos danos provocados na integridade psicofísica” dos ofendidos (Portaria n.º 522/2007, de 30 de Abril, art. 12.º) (Magalhães, et al., 2003); ao nível da patologia forense, na realização de autópsia médico-legal para esclarecimento dos casos de “morte violenta ou de causa ignorada” (Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, art. 18.º, n.º 1) (Knight, 1996) (Calabuig, et al., 1998).

A análise feita pelo perito é vertida em relatório pericial (V. art. 157.º, do Código do Processo Penal; art. 581.º, do Código do Processo Civil), realizado de acordo com os modelos aprovados pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. (INML). Os modelos de patologia forense e de clínica forense contêm, entre outros conteúdos, informação acerca das regiões corporais afectadas, no que concerne, respectivamente, ao exame do hábito externo

e do hábito interno e ao exame objectivo da vítima. No âmbito da clínica forense é ainda fornecida a avaliação da gravidade das lesões e das sequelas relacionadas com o evento.

Objectivos

O objectivo geral deste estudo consiste em determinar se as lesões corporais provocadas pelos agentes da PSP nos cidadãos são ou não proporcionais face ao perigo que as acções destes representam para eles ou para terceiros.

Os objectivos específicos são os seguintes:

- a) Caracterizar os cidadãos que foram vítimas de homicídio ou de ofensas à integridade física em consequência da utilização de meios coercivos pelos agentes da PSP;
- b) Caracterizar os agentes da PSP a quem foram imputados crimes de homicídio e de ofensas à integridade física, no exercício das suas funções;
- c) Identificar as circunstâncias em que os agentes da PSP causaram lesões aos cidadãos, nomeadamente, quanto ao perigo enfrentado e ao tipo de meio coercivo utilizado;
- d) Descrever as lesões e os danos corporais resultantes para os cidadãos;
- e) Avaliar o nível de responsabilidade penal, civil e disciplinar para os agentes da PSP julgados por homicídio e por ofensas à integridade física de cidadãos.

Material e métodos

Foi realizado um estudo retrospectivo a partir da análise das decisões judiciais de processos-crime instaurados contra agentes da Polícia de Segurança Pública, por homicídio e por ofensas à integridade física.

A partir de uma listagem fornecida pela Procuradoria-Geral da República (PGR), constituída por 191 processos-crime (19 por homicídio e 172 por ofensas à integridade física), foi estabelecida uma amostra de 96 processos-crime (18 por homicídio e 78 por ofensas à integridade física), instaurados entre 1991 e 2004. Considerando que, em alguns daqueles processos, existia mais do que um agente policial arguido ou mais do que um cidadão ofendido, obtiveram-se 113 casos (19 de homicídio e 94 de ofensas à integridade física), cada um formado pelo binómio “polícia-ofendido”.

Os processos-crime foram consultados, presencialmente, em tribunais judiciais de Portugal Continental, após solicitação postal dirigida aos respectivos Juízes-Presidentes. Consideraram-se os critérios de inclusão seguintes: (a) os processos-crime tinham como arguidos agentes da PSP; (b) os factos imputados aos agentes foram cometidos em situações de serviço; (c) os crimes atribuídos foram homicídio ou ofensas à integridade física; (d) os processos-crime atingiram a fase de audiência de julgamento.

A descrição da gravidade das lesões foi feita de acordo com os graus seguintes (Magalhães, 2005):

- a) Grau 0 – ausência de lesões;
- b) Grau 1 – lesões mínimas (ex: escoriações, soluções de continuidade superficiais);
- c) Grau 2 – lesões de importância média (ex: laceração, fractura sem necessidade de tratamento cirúrgico);
- d) Grau 3 – lesões importantes (implicam tratamento cirúrgico);
- e) Grau 4 – lesões muito importantes (potencialmente letais).

A gravidade das sequelas foi medida de acordo com a escala proposta no “Inventário de Avaliação do Dano Corporal” (Magalhães, 1998) (Tabela 1).

Tabela 1. Gravidade das sequelas

Sequelas lesionais	Sequelas funcionais e situacionais
0 – sem sequelas	0 – sem dificuldades
1 – sequelas mínimas	1 – dificuldades mínimas (lentidão, desconforto)
2 – sequelas de importância média	2 – dificuldades médias (ajuda técnica ou medicamentosa ou adaptação do meio)
3 – sequelas importantes	3 – dificuldades importantes (ajuda humana parcial ou reconversão profissional)
4 – sequelas muito importantes	4 – impossibilidade ou ajuda humana total (de substituição)

Os dados recolhidos nos processos foram tratados estatisticamente através do software SPSS 13.0 para Windows. Na análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial. Na análise descritiva, de forma a evitar enviesamentos, não foram considerados os casos em que a percentagem de não respostas foi superior a 20% (Pestana, et al., 2003). A análise da relação entre variáveis foi baseada no teste não paramétrico do Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) ou, em alternativa, no Teste Exacto de Fisher (TEF), tendo sido estabelecido um nível de significância de 5% (Pestana, et al., 2003) (Ramalheira, et al., 1995).

Resultados

1. Caracterização dos ofendidos e dos agentes policiais

A maioria dos cidadãos ofendidos era do sexo masculino (92%), com uma média de idade de 30.92 anos (DP=10.879), solteiros (56.6%) e com ocupação profissional (69%). Os agentes policiais eram quase exclusivamente do sexo masculino (98.2%), com idade média de 35.37 anos (DP=6.914), casados (79.6%), e pertenciam, maioritariamente, ao posto de Agente da PSP (82.3%).

2. Caracterização das circunstâncias em que ocorreram as lesões

No que concerne às circunstâncias em que ocorreram as lesões, apurou-se o seguinte: verificaram-se mais no ano de 2003 (22.12%), nos distritos de Lisboa (28.3%) e Porto (23%), nos períodos 19h01-01h00 (40.7%) e 01h01-07h00 (32.7%); evidenciou-se a percentagem em que ocorreram como forma de represálias sobre os ofendidos (27.4%), estando estes estáticos (38.1%), em frente ao agente (44.25%); os mecanismos de produção das lesões mais frequentes foram murros (27.8%), disparos com projectéis letais (19.6%), pontapés (15.5%), bofetadas (13.4%) e impactos com bastão policial (13.4%); os factos decorreram, maioritariamente, na via pública (64.6%); a acção dos ofendidos foi, mais frequentemente (36.3%), de desrespeito às ordens dos agentes policiais; a reacção dos agentes face à acção dos ofendidos, na maioria dos casos (62.8%), representou perigo de ofensa grave à integridade física ou perigo de morte.

3. Descrição médico-legal das lesões e dos danos

Relativamente às regiões corporais atingidas com maior gravidade, destacaram-se: a face (38.9%), o crânio (18.6%) e o tórax (15.9%) (Gráfico 1).

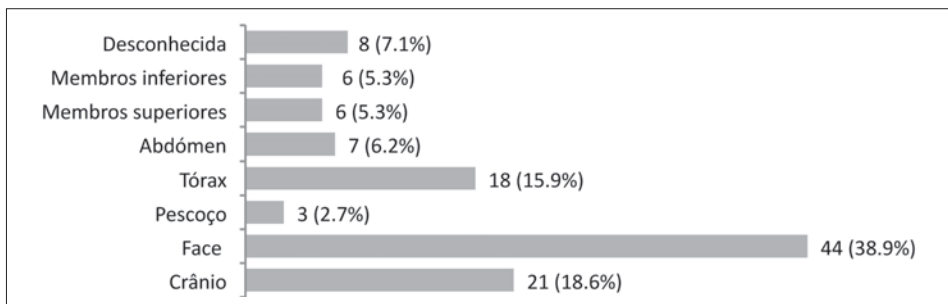


Gráfico 1. Região corporal atingida com maior gravidade

No respeitante à gravidade das lesões mais importantes, foi de grau 1 em 38.1% dos casos, de grau 2 em 27.4% e de grau 5 em 12.4% (Tabela 2).

Tabela 2. Gravidade das lesões mais importantes (n=113)

Gravidade	n	%
Grau 0	7	6.2
Grau 1	43	38.1
Grau 2	31	27.4
Grau 3	6	5.3
Grau 4	4	3.5
Grau 5	14	12.4
Desconhecida	8	7.1

Quanto à gravidade das sequelas, constatou-se que, na maioria dos casos, foi de grau 0, respectivamente, 77.9% para as sequelas lesionais, 79.6% para as sequelas funcionais e, igualmente, 79.6% para as sequelas situacionais (Tabela 3).

Tabela 3. Gravidade das sequelas (n=113)

Gravidade	Sequelas					
	Lesionais		Funcionais		Situacionais	
	n	%	n	%	n	%
Grau 0	88	77.9	90	79.6	90	79.6
Grau 1	1	0.9	1	0.9	1	0.9
Grau 2	3	2.7	1	0.9	1	0.9
Grau 3	2	1.8	0	0.0	0	0.0
Grau 4	0	0	0	0.0	0	0.0
Desconhecida	19	16.8	21	18.6	21	18.6

4. Análise das decisões judiciais

Do total dos 113 casos estudados, em 61 casos (54%) os agentes foram absolvidos e em 52 (46%) foram condenados (Gráfico 2). De entre os casos de condenação, 11 (21.15%) foram-no pelo crime de homicídio e 41 (78.85%) pelo crime de ofensas à integridade física (Gráfico 2). Dentro destes tipos de crime, nos casos de homicídio, ocorreram 7 (63.3%) condenações por homicídio por negligência, 3 (27.3%) por homicídio simples e 1 (9.1%) por homicídio qualificado; nos casos de ofensas à integridade física, ocorreram 34 (82.9%) condenações por ofensa à integridade física simples e 7 (17.1%) por ofensa à integridade física qualificada.

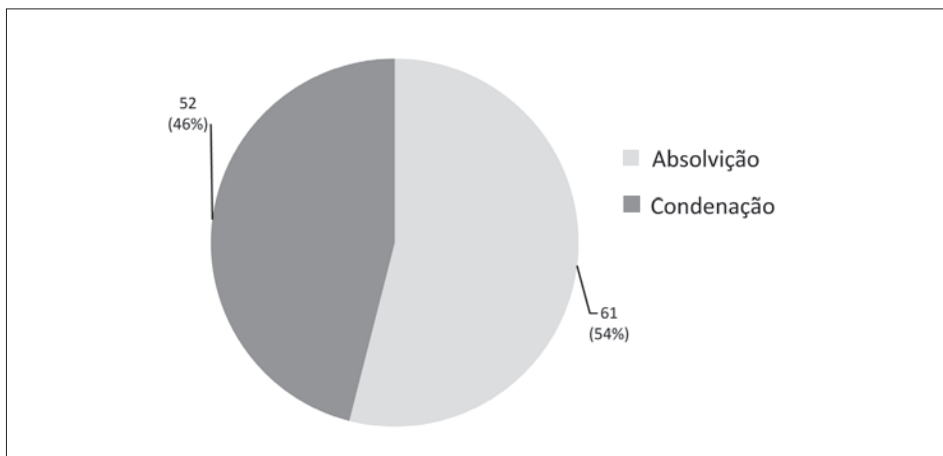


Gráfico 2. Resultado das decisões judiciais no âmbito criminal

No âmbito cível, em 63 (55.8%) dos 113 casos estudados foi feito pedido de indemnização pelos danos decorrentes das lesões. Foi decretada judicialmente a obrigatoriedade de indemnizar em 32 casos, 4 por danos patrimoniais, 14 por danos não patrimoniais e 14 pelos dois tipos de danos. A obrigação de indemnizar recaiu sobre o agente policial em 30 casos (93.8%). Os montantes de indemnização foram: mínimo – 50€; máximo – 75 000€ média – 5403€ (DP=13 896).

5. Estudo da relação de dependência entre variáveis

Avaliou-se a relação entre variáveis, nos casos em que se considerou ser pertinente para o enriquecimento do estudo.

Verificou-se não existir uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis seguintes: idade do agente policial e mecanismos de produção das lesões ($p > 0.05$); idade do agente policial e região corporal com a lesão mais grave ($\chi^2 = 1.137$; $p = 0.566$); idade do agente policial e gravidade das lesões ($\chi^2 = 1.43$; $p = 0.232$); idade do agente policial e sentença penal ($\chi^2 = 1.236$; $p = 0.266$); perigo enfrentado pelo agente policial e gravidade das lesões mais importantes ($\chi^2 = 4.376$; $p = 0.112$); realização de disparo de arma de fogo com projectil letal e sentença penal ($\chi^2 = 0.957$; $p = 0.328$); gravidade das lesões mais importantes e sentença penal ($\chi^2 = 1.167$; $p = 0.28$).

Constatou-se existir uma relação estatisticamente significativa entre variáveis, nos termos seguintes: a produção de lesões através do mecanismo murro é semelhante no Norte (31.43%), no Centro (35.29%) e no Alentejo e Algarve (32.0%) e diminuta em Lisboa (6.25%) ($\chi^2 = 8.434$; $p = 0.038$); a maior percentagem

de condenações do agente policial no âmbito penal ocorreu na zona Alentejo e Algarve (72%) e a menor na zona Lisboa (65.62%) ($\chi^2=9.285$; $p=0.026$); a produção de lesões através do mecanismo disparo de arma de fogo com projectil letal ocorreu mais às distâncias [0 – 1] metros (38.89%) e [5 – 10] metros (27.78%) ($\chi^2=56.305$; $p<0.001$); o agente policial utilizou quase em exclusivo (97.14%) meios coercivos que representam perigo de ofensa grave à integridade física ou perigo de morte quando o ofendido não desenvolveu nenhuma acção contra ele ou contra terceiros ($\chi^2=18.796$; $p<0.001$); nos casos em que o mecanismo utilizado foi o disparo de arma de fogo com projectil letal, as lesões provocadas foram, maioritariamente, de grau 4 e de grau 5 (88.89%) ($\chi^2=71.186$; $p<0.001$); nos casos em que o mecanismo utilizado foi o murro, as lesões foram de grau 3 ou inferior ($\chi^2=7.477$; $p=0.005$); a zona corporal mais visada com o disparo de arma de fogo com projectil letal foi a do tórax/abdómen (44.0%), não tendo sido visados os membros superiores nem os membros inferiores ($\chi^2=18.417$; $p<0.001$); o agente policial empregou meios coercivos que representam perigo de ofensa grave à integridade física ou perigo de morte em 94.12% dos casos em que a gravidade das lesões foi de grau 4/grau 5 ($p=0.035$); nos casos em que o mecanismo utilizado foi a bofetada, houve mais condenações (21.15%) do que absolvições (3.51%) do agente ($\chi^2=8.06$; $p=0.005$); na grande maioria dos casos em que houve condenação por homicídio (90.91%), o mecanismo utilizado foi o disparo de arma de fogo com projectil letal ($\chi^2=45.895$; $p<0.001$); a decisão judicial penal foi, maioritariamente, de condenação do agente policial (80.56%) quando a acção do visado não representou qualquer perigo para ele ou para terceiros, tendo sido de absolvição na maioria dos casos em que aquela acção representou este perigo (84.62%) ou perigo de ofensa simples para a integridade física do agente ou de terceiros (59.62%) ($\chi^2=21.58$; $p<0.001$); quando o agente policial empregou meios coercivos que representam perigo de ofensa grave à integridade física ou de morte, ocorreu, maioritariamente, a sua condenação judicial penal (64.79%), tendo prevalecido a absolvição (78.75%) quando os meios utilizados representam apenas o perigo de ofensa à integridade física simples ($\chi=15.14$; $p<0.001$); a condenação judicial penal do agente pelo crime de ofensas à integridade física verificou-se mais quando os meios coercivos utilizados eram idóneos a provocar ofensa grave à integridade física ou morte (50.7%).

Discussão

O presente estudo permitiu demonstrar que os mecanismos de produção das lesões mais frequentemente utilizados foram mecanismos contundentes: murros (27.8%), disparos de arma de fogo com projectil letal (19.6%), pontapés

(15.5%), bofetadas (13.4%) e impactos com bastão policial (13.4%). Estes resultados são coerentes com os verificados para a zona corporal em que foi detectada a lesão mais grave: a face (38.9%) e o tronco (22.1%) (considerando o tórax e o abdómen em conjunto). A defesa desta coerência reside no facto de o murro ser geralmente desferido na face, por ser a parte para a qual os agentes policiais dirigem o olhar nas situações de confronto, e por os disparos de armas de fogo, usualmente, visarem o tronco, por esta ser uma zona ampla do corpo e, conseqüentemente, ser menos provável falhar o disparo, contrariamente ao que acontece, por exemplo, com os membros, os quais, neste estudo, nunca foram atingidos com disparos.

Quanto à gravidade das lesões mais severas, apesar de se ter constatado que o grau mais frequente foi o grau 1 (38.1%), verificou-se que de entre todos os casos em que houve a execução de um disparo com projectil letal, 84.2% deles originaram lesões de grau 4 e de grau 5, tendo os restantes (15.8%) provocado lesões de grau igual ou inferior a 3. Este era um resultado esperado, atendendo às potencialidades lesivas de um projectil disparado por arma de fogo. Tal expectativa tornou-se ainda mais elevada pelo facto de a zona corporal mais atingida com os disparos (tórax/abdómen) alojar órgãos cuja lesão pode implicar a morte (grandes vasos, pulmões, coração, fígado, baço, rins e tubo digestivo). Vários estudos anteriormente realizados comprovam igualmente a letalidade dos disparos de armas de fogo: Thomas Feltes (Feltes, 2003) verificou que os agentes policiais alemães provocaram a morte através de disparo de arma de fogo a 6 cidadãos em 2000, a 5 em 2001 e a 6 em 2003; Duncan Gear (Gear, 2003) apurou que, em Inglaterra e no País de Gales, entre 1997 e 2002, a polícia provocou a morte ou lesões físicas em 24 cidadãos para os quais efectuou disparos; Charles Diaz (Diaz, 2003) constatou que a polícia francesa, entre 1988 e 1992, provocou a morte a 57 cidadãos através de recurso a arma de fogo, e entre 1995 e 1999 efectuou disparos com armas de fogo contra pessoas em 102 casos, tendo provocado 20 mortos.

Considerando as sequelas resultantes do emprego de meios coercivos, importa antes de mais frisar que a terminologia usada neste estudo praticamente não foi verificada nos processos-crime consultados. Por isto, foi necessário anotar a descrição feita pelo tribunal e só posteriormente concretizar a sua classificação por graus com a ajuda de um perito médico. Para além dos casos em que era feita referência expressa no processo acerca da inexistência de sequelas, considerou-se o grau 0 também nos casos em que nada era referido acerca das mesmas, com o pressuposto de que se nada constava era porque não existia. Considerou-se desconhecida a gravidade das sequelas quando este desconhecimento era referido expressamente pelo tribunal. Atendendo a estas ressalvas, é importante ler com reservas

os resultados obtidos (grau 0 na maioria dos casos, para todos os tipos de sequelas – lesionais [77.9%], funcionais [79.6%], situacionais [79.6%]), em virtude de ficar a dúvida sobre se as sequelas não existiram realmente ou se apenas não foram consideradas pelo tribunal.

Relativamente ao coeficiente de dano, na análise dos processos-crime não foi encontrada qualquer referência sobre ele. De igual modo, afigurou-se inviável fazer o seu apuramento através da conjugação dos resultados verificados para as sequelas, pelo que, embora tenha constituído um dos objectivos específicos deste estudo, não foi possível apresentar resultados. Esta impossibilidade ocorreu também ao nível do cálculo dos períodos de incapacidade para os ofendidos, essencialmente porque as referências feitas sobre estas variáveis nos processos-crime não existiam ou eram demasiado vagas. Em muitos processos nada era referido acerca da existência ou não da incapacidade de trabalho, apesar de, atendendo à gravidade das lesões e das sequelas, ser de prever que essa incapacidade se verificou, pelo menos temporariamente. Em particular, quanto à incapacidade permanente, sendo esta traduzida, não em lapsos temporais mas sim em percentagens, não tendo sido verificada qualquer avaliação deste tipo (por se estar em sede de direito penal e não cível), tornou-se impossível fazer o seu cálculo. Nos casos em que era feita referência à incapacidade para o trabalho, não só não era especificado o tipo de trabalho – geral ou profissional – como também nada era dito acerca do facto de a incapacidade ser total ou parcial.

No que concerne à avaliação da proporcionalidade com que os agentes policiais aplicaram os meios coercivos, ela foi baseada, essencialmente, na análise das percentagens de condenações e de absolvições judiciais penais, pelo facto de os tribunais serem a instância por excelência de controlo formal da actividade policial. Considerando que se verificaram 54% de absolvições – mesmo que, maioritariamente, por não produção/insuficiência de prova sobre os factos imputados – e 46% de condenações, pode afirmar-se que, na maioria dos casos, existiu proporcionalidade entre o perigo representado pelos cidadãos e as lesões e danos provocadas pelos agentes. Ao estudar-se a relação da decisão judicial no âmbito penal com o perigo representado pelos cidadãos e com a reacção dos agentes, verificou-se o seguinte: foi maioritariamente decretada a condenação nos casos em que a acção dos cidadãos não representou qualquer perigo (80.56%) e em que a reacção dos agentes representou perigo de ofensa grave à integridade física ou de morte dos cidadãos (64.79%); foi maioritariamente decidida a absolvição nos casos em que a acção dos cidadãos representou um perigo máximo de ofensa à integridade física simples (59.62%) e nos casos em que aquela acção constituiu perigo de ofensa grave à integridade física ou de morte dos agentes ou de terceiros (84.62%). Analisando a relação do tipo de crime imputado com a

decisão judicial, de onde resulta que em 11 (57.9%) dos 19 casos em que o crime imputado aos agentes foi homicídio, houve a condenação dos agentes policiais e que em 41 (43.62%) dos restantes 94 casos, houve a condenação por ofensas à integridade física, pode dizer-se que na maioria dos casos em que o crime foi o homicídio não houve proporcionalidade na acção dos agentes e que essa proporcionalidade existiu na maioria dos casos em que o crime imputado foi ofensas à integridade física.

Ao nível da responsabilidade civil pelos danos decorrentes das lesões, de salientar a diferença entre o número de casos em que houve condenação ao nível penal (n=52) e o número de casos em que foi decretada a obrigatoriedade de indemnizar (n=32), correspondendo a 61.54% de condenações cíveis na totalidade das condenações penais.

Quanto à responsabilidade disciplinar dos agentes policiais, não foi possível estudá-la, por impossibilidade de estabelecer a correspondência entre os referenciados no Gabinete de Deontologia e Disciplina da Direcção Nacional da PSP, em virtude de se utilizarem numerações independentes. De qualquer modo, foi possível apurar junto daquele Gabinete o registo da instauração de 62 processos por homicídio e 2027 por ofensas à integridade física, entre 1997 e 2004. De entre os processos por homicídio concluídos (n=41), foram decretados 30 (73.17%) arquivamentos e 11 (26.83%) condenações. Quanto aos processos por ofensas à integridade física findos (n=1494), foram decretados 1456 (97.46%) arquivamentos e 38 (2.54%) condenações.

Conclusões

A análise dos resultados obtidos através do estudo de 113 casos de lesões causadas por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP) acusados de homicídio ou de ofensas à integridade física permitiu concluir o seguinte:

1. Os cidadãos ofendidos eram maioritariamente do sexo masculino (92%), com uma média de idades de 30.92 anos, solteiros (56.6%) e com ocupação profissional (69%);
2. Os agentes policiais eram quase exclusivamente do sexo masculino (98.2%), com uma média de idades de 35.37 anos, casados (79.6%) e pertenciam à carreira de Agente da PSP (82.3%);
3. As lesões ocorreram maioritariamente no período compreendido entre as 19h00 e as 07h00 (73.4%), na via pública (64.6%), quando os ofendidos desenvolviam agressões físicas contra o(s) agente(s) policial(ais) ou terceiro(s) (21.2%);

4. Os agentes policiais concretizaram as lesões exercendo represálias sobre o(s) ofendido(s) (27.4%), utilizando mais frequentemente como mecanismos de produção das lesões murros (27.8%), disparos de armas de fogo com projecteis letais (19.6%), pontapés (15.5%), bofetadas (13.4%) e impactos com bastão policial (13.4%);
5. As lesões foram maioritariamente provocadas quando os ofendidos estavam estáticos (38.1%), na posição de pé e de frente para o(s) agente(s) policial(ais) (44.25%), a uma distância máxima de 1 metro (78.8%);
6. A acção dos cidadãos representou com mais frequência o simples não acatamento de ordens (36.3%), tendo os agentes policiais utilizado maioritariamente meios coercivos susceptíveis de provocar ofensa grave à integridade física ou a morte (62.8%);
7. As zonas corporais mais frequentemente atingidas foram, por ordem decrescente, a face (38.9%), o crânio (18.6%) e o tórax (15.9%);
8. Nos casos de disparo de arma de fogo com projectil letal, a zona corporal mais frequentemente atingida foi o tórax/abdómen (44%);
9. As lesões mais frequentemente provocadas foram de grau 1 (38.1%);
10. As lesões provocadas por disparo de arma de fogo com projectil letal foram maioritariamente de grau 4 e 5 (88.89%);
11. As lesões provocadas através de murro foram sempre de grau igual ou inferior a 3;
12. As sequelas (lesionais, funcionais e situacionais) decorrentes das lesões provocadas pelos agentes policiais foram maioritariamente de grau 0 (77.9%);
13. Na maioria dos casos estudados (54%), os agentes policiais foram absolvidos, sendo a causa mais frequente de absolvição a não produção/insuficiência de provas sobre os factos que lhes foram imputados (50.8%);
14. Na maioria dos casos estudados houve dedução de pedido de indemnização cível (55.8%) e, de entre estes, foi maioritariamente decretada a obrigação de indemnizar (50.8%), sendo esta maioritariamente incumbida ao agente policial agressor (93.8%);
15. Atendendo unicamente à percentagem de condenações verificadas nos 113 casos estudados (46%), pode afirmar-se que os agentes da PSP provocaram lesões nos cidadãos, maioritariamente, de modo proporcional ao perigo por eles representado;

16. Analisando cada um dos crimes em particular, nos casos de homicídio (19), a percentagem de condenações foi de 57.9%, nos casos de ofensas à integridade física (94), essa percentagem foi de 43.62%, podendo por isso afirmar-se que as lesões provocadas pelos agentes foram maioritariamente proporcionais nos casos em que o crime imputado ao agente foi ofensas à integridade física e desproporcionais nos casos de homicídio;
17. Tendo em conta o facto de nos casos de homicídio ocorrer maioritariamente a condenação do agente policial, afigura-se pertinente que a Polícia de Segurança Pública invista de modo especial na formação contínua dos seus efectivos ao nível da utilização dos meios coercivos susceptíveis de provocar a morte, em particular ao nível dos aspectos legais do uso de armas de fogo.

Referências bibliográficas

- Bessières-Roques I, Fournier C, Huges-Béjui H, et al. Précis d'évaluation du dommage corporel. 2.º ed. Paris: Largus; 2001. p. 169-189.
- Calabuig G, Pascual. Autópsia médico-legal. In: Calabuig G, editor. Medicina Legal y Toxicologia. Barcelona: Masson; 1998. p. 219.
- Diaz C. O uso de armas de fogo pelos agentes policiais em França. In: Inspeção Geral da Administração Interna, editor. Uso de armas de fogo pelos agentes policiais. Lisboa: IGAI; 2004. p. 61-71.
- Feltes T. O uso de armas de fogo pelos agentes policiais na Alemanha. In: Inspeção Geral da Administração Interna, editor. O uso de armas de fogo pelos agentes policiais. Lisboa: IGAI; 2004. p. 13-29.
- Gear D. O uso de armas de fogo por agentes policiais: a abordagem em Inglaterra e País de Gales. In: Inspeção Geral da Administração Interna. Uso de armas de fogo pelos agentes policiais. Lisboa: IGAI; 2003. p. 31-48.
- Knight B. Forensic Pathology. 2.ª ed. London: Arnold, 1996.
- Magalhães T, Costa D, Real FC, et al. Avaliação do dano corporal em direito penal: breves reflexões médico-legais. Revista de Direito Penal 2003; 2(1): 6-82.
- Magalhães T. Estudo Tridimensional do Dano Corporal: Lesão, Função e Situação (Sua Aplicação Médico-Legal). Coimbra: Coimbra Editora; 1998. p. 94-100.
- Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa : Edições Sílabo; 2003. p. 62-100.
- Ramalheira A, Cardoso S. A caracterização do risco: risco relativo e odds ratio como medidas do grau de associação entre factores e doença. Coimbra: Coimbra Editora; 1995. p. 139-140.

Resumo: Lesões e danos resultantes do emprego de meios coercivos pela Polícia de Segurança Pública

O âmbito deste estudo respeita aos crimes de homicídio e de ofensas à integridade física imputados a agentes da Polícia de Segurança Pública (PSP) no exercício das suas funções, entre os anos 1991 e 2004.

Com a sua realização pretendeu-se apurar se as lesões causadas pelos agentes policiais foram proporcionais ao perigo representado pela acção dos cidadãos ofendidos. Visou-se ainda caracterizar os ofendidos, os agentes policiais agressores e as circunstâncias em que as lesões foram provocadas, bem como descrever as lesões e as sequelas resultantes dessas lesões e apurar o nível de responsabilidade penal, cível e disciplinar dos agentes ofensores. Para alcançar estes objectivos, foram analisadas as decisões judiciais de 96 processos-crime instaurados contra agentes da PSP por homicídio ou por ofensas à integridade física. A partir destes 96 processos obtiveram-se 113 casos, cada um constituído pelo binómio “polícia – ofendido”.

A recolha de dados foi realizada em vários tribunais de Portugal Continental nos quais, através de informação da Procuradoria-Geral da República, foi possível localizar os processos-crime. Os dados foram colhidos numa ficha em que constavam as variáveis com interesse para o estudo. A análise estatística foi feita utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0.

Apurou-se que os cidadãos ofendidos eram maioritariamente do sexo masculino, jovens, solteiros e tinham actividade profissional. Verificou-se que as lesões foram maioritariamente provocadas por elementos policiais da classe de Agente, de noite, na via pública, através de murros, pontapés, bofetadas, disparos de arma de fogo com projectil letal e impactos com o bastão policial, e que o perigo representado pela acção dos cidadãos foi a colaboração com os agentes e a reacção destes proporcionou perigo de ofensa grave à integridade física ou perigo de morte. Constatou-se que a zona corporal mais atingida foi a face, que a gravidade das lesões mais frequente foi de grau 1 e a gravidade das sequelas de grau 0. A decisão judicial no âmbito penal, na maioria dos casos (54%), foi a absolvição. De igual modo, no âmbito cível, a decisão maioritária foi a não obrigatoriedade de indemnizar.

Analisando a relação entre o perigo representado pela acção dos cidadãos e a reacção dos agentes policiais, concluiu-se que esta foi maioritariamente desproporcional quando aquele perigo foi nulo ou apenas representou a não colaboração ou a possibilidade de ocorrência de ofensa simples à integridade física e foi proporcional quando representou perigo de ofensa grave à integridade física ou perigo de morte.

Considerando somente os resultados da decisão judicial no âmbito penal, verificou-se que na maior parte dos casos os agentes policiais provocaram lesões nos cidadãos de modo proporcional.

Relacionando a decisão judicial no âmbito penal com o perigo representado pela acção do cidadão, com a reacção do agente policial e com o crime imputado, concluiu-se o seguinte: (1) os agentes provocaram lesões de modo proporcional nos casos em que acção dos cidadãos representou perigo de ofensa simples à integridade física e perigo de ofensa grave à

integridade física ou perigo de morte, nos casos em que a reacção dos agentes representou perigo de ofensa simples à integridade física e nos casos em que o crime imputado foi ofensas à integridade física; (2) os agentes provocaram lesões de modo não proporcional nos casos em que a acção dos cidadãos não representou qualquer perigo, nos casos em que a reacção dos agentes representou perigo de ofensa grave à integridade física ou perigo de morte e nos casos em que o crime imputado foi homicídio.

Palavras-chave: Lesão; dano corporal; meios coercivos; proporcionalidade; Polícia de Segurança Pública.

Summary: Injuries and harm resulting from the use of coercive measures by the Public Security Police

This study covers charges of the crimes of homicide and bodily harm brought against Public Security Police Officers during the course of duty, between 1991 and 2004.

The purpose of this study was to discover whether the injuries caused by the police officers were proportional to the danger posed by the actions of the citizens who were injured. In addition we characterized the injured parties, the assailing police officers and the circumstances in which the injuries were caused, and described the injuries and their after-effects and the penal, civil and disciplinary accountability attributed to the offending officers.

To achieve these objectives, we analysed the court rulings on 96 criminal proceedings brought against PSP officers for homicide or for bodily harm. These 96 proceedings provided us with 113 cases, each consisting of an “officer – injured party” pair.

The data was collected from several courts in mainland Portugal in which we were able to locate the criminal proceedings based on information from the Attorney General’s Office. The data was collected onto a file containing the variables of interest for our study. The statistical analysis was carried out using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 13.0.

We discovered that the injured parties were mostly young, single, employed males. Injuries were mostly caused by officers with the rank of Agente, at night, on the street, as a result of punching, kicking, slapping, discharging a firearm with live bullets and the use of a police truncheon. The danger posed to the police officers was lack of co-operation on the part of the citizens, leading the police officers to react in a way that afforded grievous bodily harm or death. The part of the body most affected was the face and in terms of seriousness, most injuries were classified as 1st degree and most after-effects as 0 degree. In the majority of the cases (54%), the penal courts ruled for acquittal. Most civil courts also decided not to require indemnification.

An analysis of the relationship between the threat posed by the citizens and the police officers’ reactions led us to conclude that in most cases the latter was disproportionate when the threat was either non-existent or when it consisted of non-collaboration or the possibility of bodily harm and was proportionate when the threat was of grievous bodily harm or was life-threatening.

Taking only the penal court rulings into account, the conclusion was that in most cases the injuries inflicted by the police officers were proportional.

Upon articulating penal court decisions with the danger posed by the citizens' actions, the police officers' reaction and the crime the officers were accused of, we concluded that: (1) the injuries inflicted by the officers were proportional in situations in which the citizens' actions posed the threat of bodily harm, grievous bodily harm or life-threatening danger, in situations in which the police officers' reaction caused bodily harm and when the officers were accused with the crime of bodily harm; (2) the officers caused disproportionate injuries in situations in which the citizens' actions posed no threat, in situations in which the police officers' reaction resulted in grievous bodily harm or life-threatening danger and in situations in which the officers were accused with the crime of homicide.

Key-words: Injury; bodily harm; coercive measures; proportionality; Public Security Police.

Résumé: Blessures et dommages résultant de l'utilisation de méthodes coercitives par la Police de Sécurité Publique

Cette étude concerne les homicides et atteintes à l'intégrité physique imputés aux policiers de la sécurité publique dans l'exercice de leurs fonctions, entre 1991 et 2004.

On a prétendu par le biais de cette étude évaluer si les blessures causées par les policiers ont été proportionnelles au danger que représentaient les agissements des citoyens qui ont été victimes de ces atteintes. L'étude a également visé à caractériser les personnes victimes de ces atteintes, les policiers agresseurs et les circonstances dans lesquelles les blessures ont été provoquées, ainsi qu'à décrire les blessures et leurs séquelles et à calculer le niveau de responsabilité pénale, civile et disciplinaire des policiers ayant porté atteinte à l'intégrité physique des citoyens.

Afin d'atteindre ces objectifs, on a procédé à l'analyse des décisions judiciaires de 96 procédures pénales engagées contre des agents de la PSP pour homicide ou pour atteinte à l'intégrité physique. 113 cas ont été retirés de ces 96 procédures, chacun d'eux constitué par le binôme «police – victime».

La cueillette de données s'est réalisée dans divers tribunaux du Portugal continental, au sein desquels, grâce aux informations fournies par le bureau du Procureur général de la République, il a été possible de localiser les procédures pénales. Les données ont été recueillies dans une fiche contenant les variables qui présentaient un intérêt pour cette étude. L'analyse statistique a été faite en utilisant le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 13.0.

On a constaté que les citoyens ayant été victimes d'atteinte à leur intégrité physique étaient pour la plupart du sexe masculin, jeunes et célibataires, et qu'ils exerçaient une activité professionnelle. On a observé que les blessures avaient été pour la plupart provoquées par des policiers appartenant au corps d'Agente, la nuit, sur la voie publique, au travers de coups de poing, coups de pied, gifles, tirs d'armes à feu avec des projectiles létaux et coups de matraque, que le danger que représentaient les agissements des citoyens avait été la non-collaboration avec les agents et que la réaction de ceux-ci avait occasionné un

danger d'atteinte grave à l'intégrité physique ou un danger de mort. On a constaté que la région corporelle la plus souvent atteinte était la face, que la gravité des blessures la plus fréquente correspondait au degré 1 et celle des séquelles au degré 0. La décision judiciaire dans le cadre pénal a été, dans la plupart des cas (54%), l'acquittement. De même, dans le cadre civil, la décision la plus fréquente a été la non-obligation d'indemniser la victime. L'analyse de la corrélation entre le danger que représentaient les agissements des citoyens et la réaction des policiers a permis de conclure que celle-ci avait été la plupart du temps disproportionnelle lorsque ledit danger était nul ou n'était autre que la non-collaboration ou encore la possibilité de survenance d'une atteinte simple à l'intégrité physique, et qu'elle avait été proportionnelle lorsqu'il existait un danger d'atteinte grave à l'intégrité physique ou un danger de mort.

En se restreignant aux résultats de la décision judiciaire dans le cadre pénal, on a constaté que, dans la plupart des cas, les policiers avaient provoqué des blessures aux citoyens de façon proportionnelle.

L'établissement d'une corrélation entre la décision judiciaire dans le cadre pénal et le danger que représentaient les agissements du citoyen, la réaction du policier ou encore l'infraction imputée a permis d'arriver à la conclusion suivante : (1) les policiers ont provoqué des blessures de façon proportionnelle dans les cas où les agissements des citoyens représentaient un danger d'atteinte simple à l'intégrité physique ou un danger d'atteinte grave à l'intégrité physique ou encore un danger de mort, dans les cas où la réaction des policiers représentait un danger d'atteinte simple à l'intégrité physique et dans les cas où l'infraction imputée était celle d'atteinte à l'intégrité physique ; (2) les policiers ont provoqué des blessures de façon disproportionnelle dans les cas où les agissements des citoyens ne représentaient aucun danger, dans les cas où la réaction des policiers représentait un danger d'atteinte grave à l'intégrité physique ou un danger de mort ainsi que dans les cas où l'infraction imputée était un homicide.

Mots-clés: Blessure; dommage corporel; méthodes coercitives; proportionnalité; Police de Sécurité Publique.

PEDIDO DE SEPARATAS:

EZEQUIEL RODRIGUES

ezrodrigues@gmail.com

Propuesta de una guía para la valoración médico-legal de la alteración estética: daño estético/deformidad

FCH Bouchardet¹, MT Criado del Río²

Conceptos

El daño estético es toda alteración de la morfología externa o alteración funcional corporal de la persona que se traduce en una pérdida o disminución de la belleza o atracción respecto a su estado anterior. Se trata de toda disminución o pérdida de la belleza o atracción del lesionado (CRIADO DEL RÍO, 2010). Si decimos que una persona es bella o “estética” no nos apoyamos en conceptos determinados, sino en criterios subjetivos que determinan los sentimientos de agrado o desagrado que nos genera la persona.

Algunos autores la definen como “qualquer irregularidade física ou alteração corporal externa, visível e permanente que pressuponha fealdade ostensiva à simples vista” (VIEIRA E QUINTERO, 2008).

Aunque habitualmente la palabra deformidad nos conduce a pensar casi exclusivamente en las cicatrices, debe recordarse que deformidad es un concepto mucho más amplio porque se refiere a la afectación del derecho a la propia imagen de la persona y a la pérdida de su patrimonio estético entendido como la alteración de la imagen que podemos percibir por cualquier sentido (vista, oído, olfato, tato o gusto) (COBO, 2004).

En el Derecho, la pérdida de atracción causada por una lesión viene reflejada por los términos perjuicio o daño estético y deformidad. Las repercusiones

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 Profesora Titular de Medicina Legal y Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza – Espanha; Especialista en Medicina Legal y Forense; Máster universitario de valoración del daño corporal; Coordinadora del Máster de Valoración médico legal a la persona y medicina del seguro de la Universidad de Zaragoza

de una alteración estética sobre la persona son siempre las mismas, pero la concepción de daño estético en el Derecho civil, difiere de la que se tiene de la deformidad en el Derecho penal.

Aspectos civiles del perjuicio estético

El daño estético es un daño extrapatrimonial por el que entendemos la “disminución o pérdida de la atracción o belleza del lesionado debida a las alteraciones anatómicas o funcionales causadas por el hecho lesivo del que hay de responder civilmente.” Se trata de la pérdida de atracción del lesionado respecto a su estado anterior (CRIADO DEL RÍO, 2010). “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; y refiere tanto a su expresión estática como dinámica” (COBO, 2010).

El problema principal de este daño cuya existencia se objetiva por los sentidos, principalmente la vista, reside en su cuantificación o en la medición de su importancia o gravedad, porque el grado de fealdad adquirido tras un hecho lesivo generador de responsabilidad civil es de apreciación subjetiva por el que lo padece, por el que lo valora (médico, odontólogo) y por el que lo repara (entidad aseguradora, abogado, juez).

La valoración médico legal de este daño se realiza utilizando el método descriptivo y, una vez descritas todas sus características con las que obtenemos todos los parámetros o criterios en los que nos apoyamos para comprender su dimensión, se utilizan métodos con los que se intenta establecer la entidad del daño de forma justa y equitativa con la finalidad de realizar valoraciones homogéneas y que los lesionados con un daño estético similar perciban una indemnización semejante, para eliminar el problema de la discrepancia de las valoraciones médico legales y las reparaciones jurídicas, y por lo tanto, de las injusticias, inseguridad jurídica y litigiosidad.

El método de valoración médico legal de cuantificación de este daño que se utiliza en la mayor parte de los países europeos semejantes por su doctrina jurídica y médico legal es el cualitativo. Este método que España y Portugal lo tienen incluido oficialmente en la norma legal, consiste de establecer la importancia o intensidad de este daño una vez descrito equiparándolo a una de las categorías o adjetivos referidos en una escala gradual calificativa, de 6 o 7 grados de gravedad (P. ej. la tabla española civil oficial para los accidentes de tráfico del RD 8/2004 incluye estos 6 grados: ligero, medio, moderado e importante, bastante importante y muy importante). A cada uno de los grados de la escala calificativa se le hace corresponder una cantidad económica (p.

ej. Francia y Portugal) ó puntos que después se traducen en euros (p. ej. España). Además, se han desarrollado métodos cuantitativos con la finalidad de obtener una cifra que después se pueda trasladar a la escala calificativa de forma proporcional.

A diferencia de la mayor parte de los países europeos, en Brasil solo se utiliza el método descriptivo. Se describen las repercusiones de la secuela en una perspectiva estática y dinámica. La edad, sexo, factores sociales/escolares, familiares,... son aspectos que dependen del perito que decide incluirlos o nó en su evaluación del daño estético. No existen parámetros ni métodos específicos para la valoración del daño estético.

Aspectos penales del perjuicio estético

La deformidad citada en los diversos Códigos Penales es un término equivalente al perjuicio estético en Derecho Civil. En ambos campos del derecho el punto de partida común es la alteración estética causada por una alteración anatómica o funcional. Sin embargo, como antes decíamos, existe un matiz diferenciador fundamental entre los dos. Mientras en el Derecho civil únicamente se tiene en cuenta en la valoración médico legal y reparación judicial de este daño, la pérdida de atracción causada por la alteración estética y se prescinde de la valoración de las consecuencias que tiene la pérdida de atracción en los diferentes ámbitos de la vida de la persona (formación, laboral, social y del tiempo libre, y afectivo-familiar) porque las diferentes incapacidades laboral, de formación,... son daños independientes entre si y también del daño estético. En el derecho penal se tiene en cuenta no solo la alteración estética si no también las repercusiones que ésta tiene en las actividades de la vida diaria del lesionado para estimar su gravedad.

En España el Código penal diferencia el delito de lesiones (art. 147.1 del CP) del delito de lesiones agravado en donde se encuentran los términos de deformidad (art. 150 CP) y de grave deformidad (art. 149 CP). La deformidad ha sido definida por la jurisprudencia como “toda alteración de la forma, permanente y visible”. Prescindiendo de la interpretación jurídica del concepto de deformidad, el problema se plantea en la práctica con esta cuestión ¿Toda alteración estética da lugar a una deformidad? ¿Una simple cicatriz en cualquier parte del cuerpo es siempre constitutiva de una deformidad? ¿Cuáles son los criterios que diferencian la alteración estética que implica tan solo un delito de lesiones, de un delito de lesiones agravado por una deformidad o por una grave deformidad que conlleva una mayor pena? Es el juez el que califica la conducta delictiva de lesiones, su grado y agravantes, pero la valoración médico legal de la lesión que produce una alteración estética la

debe proporcionar el experto en valoración médico legal de daños personales de tal forma que aporte todos los elementos de la lesión necesarios para que la justicia la califique correctamente.

Debemos diferenciar la alteración anatómica o funcional que solo causa una alteración estética, de la alteración estética que causa una alteración de la atracción del lesionado y que no repercute en las actividades de la vida diaria de la persona, de la alteración estética que causa una alteración de la atracción y además incide negativamente en las actividades de la vida diaria produciendo algún tipo de incapacidad laboral, vida afectivo familiar.... Con lo expuesto puede parecer sencillo establecer la diferenciación entre el delito de lesiones, la deformidad y la grave deformidad puesto que las tres situaciones descritas se pueden hacer corresponder con los tres tipos conductas delictivas de lesiones. Así como, la grave deformidad se puede diferenciar de la deformidad en el momento que la pérdida de atracción causa una incapacidad o alteración en el desarrollo de las actividades de la vida diaria del lesionado y de sus relaciones interpersonales, la diferenciación entre la alteración estética que causa un delito de lesiones no agravado de un delito de lesiones agravado por la deformidad no lo es tanto. Su distinción estriba en la producción o no de una pérdida de atracción por la alteración estética y... ¿Cuándo una cicatriz produce una pérdida de atracción o cuando no la produce? ¿Dónde está el límite? Nuevamente nos movemos dentro de parámetros subjetivos que dependen de la libre apreciación y criterios de quienes tienen que valorar y calificar esta situación.

Aunque los CP brasileño y español difieran entre si, plantean problemas semejantes. El Código penal brasileño implica el deber de realizar la distinción entre la alteración estética constitutiva de una deformidad de la que no produce una deformidad permanente. El párrafo §2º del artículo 129³ del Código Penal Brasileño se refiere únicamente a la deformidad permanente. De acuerdo con Genival Veloso França (2001) se define deformidad como toda alteración estética grave capaz de reducir, más o menos acentuadamente, la estética individual. Es la pérdida del aspecto habitual. Como afirma Almeida Jr.

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

y Costa (1978) y Fávero, (1975) el daño estético debe ser con cierta intensidad y que debe causar una incomodidad permanente, un vejamen constante para el ofendido, pero sin alcanzar los límites de cosa horripilante, de la persona lesionada.

No se ha desarrollado una valoración normalizada ni un método pericial médico para valoración penal de la alteración estética. Desde la perspectiva médico legal, Cobo Plana, J. A. (2004) y Aso, J., y Cobo, J. A. (2006) con la finalidad de aportar criterios proponen utilizar para la valoración de la intensidad de la alteración estética en el Derecho penal, el método cualitativo que se utiliza en el Derecho civil, de tal forma que consideran que el grado ligero de la escala se podría hacer corresponder con el delito de lesiones, los grados medio, moderado e importante con la deformidad, y los grados bastante o muy importante del capítulo especial de la tabla VI del Anexo del RD legislativo 8/2004 se podrían hacer corresponder con la grave deformidad.

Desde nuestra perspectiva basta con una incapacidad para una de las actividades de la vida diaria para establecer la diferencia entre deformidad y grave deformidad, pero la propuesta de estos autores podría ser adecuada para diferenciar con un criterio normalizado el delito de lesiones de una deformidad y garantizar 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.

Finalidad de la guía para la valoración médico-legal de la alteración estética: daño estético/deformidad

Es necesario que los profesionales vinculados con la valoración y reparación del daño estético, dominen los aspectos particulares de los informes periciales en cada uno de los ámbitos del Derecho, teniendo presente su finalidad y todos los aspectos de la alteración estética con repercusión médico legal o jurídica, sin olvidar la trascendencia del alcance de sus conclusiones.

Sin embargo, la elaboración de los informes periciales se fundamenta en el estudio clínico completo del lesionado, de sus lesiones y secuelas, así como de todas sus consecuencias en los diferentes ámbitos de la persona, cuya metodología es invariable de unos casos a otros. Es después una vez recogidos todos los datos clínicos y con repercusión médico legal de las lesiones, en nuestro caso de la lesión que causa una alteración estética, cuando se procede a la elaboración de las consideraciones y conclusiones médico legales que contendrán los matices particulares de cada ámbito del derecho.

En el caso del daño estético / deformidad permanente se producen los mismos problemas que con los demás daños personales. Médico-legalmente

y jurídicamente necesitamos armonizar los criterios sobre su concepto, delimitación de su existencia e inexistencia, sus características, sus métodos de valoración y, los métodos de reparación para la indemnización civil y de calificación penal de las lesiones con una deformidad. Son muchos los intentos que se han llevado a cabo internacionalmente para la homogenización de los criterios de valoración médico legal de los diferentes daños personales, pero la citada armonización aún no se ha conseguido. La tarea es difícil, sobre todo cuando hablamos de daños de apreciación subjetiva.

Dar soluciones para obtener una valoración justa y equitativa es muy difícil. Tomando como referencia los criterios y métodos de la valoración del daño estético, consideramos que aportamos en la propuesta de la presente Guía para la valoración médico legal de la alteración estética todas las herramientas necesarias para valorar la impresión de la pérdida de atracción sin la interferencia de factores externos subjetivos, a fin de facilitar no solo la práctica de la valoración médico legal del daño, sino también la judicial, al incorporar los elementos médico legales necesarios para establecer la reparación/compensación económica en el derecho civil o calificar la lesión o grave deformidad en el Derecho penal.

Con la finalidad de contribuir en la creación de unas bases comunes, la propuesta de esta “Guía para la valoración médico-legal de la alteración estética” que presentamos facilita la obtención no solo de los datos clínicos de la alteración estética, sino también de los criterios necesarios para la aplicación de los diferentes métodos cualitativos y cuantitativos (analíticos y matemáticos) de valoración médico legal del daño estético. Métodos de valoración médico legal que posteriormente los jueces pueden utilizar para cuantificar la entidad del daño estético en derecho civil y para delimitar la diferencia entre la conducta delictiva de lesiones de la grave deformidad en derecho penal.

Finalmente, nuestro objetivo no es otro que aportar una guía, cuya aplicación y desarrollo, solo la demostrará la experiencia médico legal y jurídica de todos los interesados en la valoración y reparación de daños personales.

Después de obtener una casuística representativa, en un futuro esta guía podría servir para que diferentes equipos de valoradores trasladaran sus resultados al método cualitativo utilizando también métodos cuantitativos de traducción cualitativa de este daño (analíticos y formulas matemáticas que deberían ser escogidos) para proceder después al intercambio de casos y confrontación entre grupos de criterios de calificación al objeto de obtener parámetros de referencia consensuados.

Por estos motivos concluimos, calificando a ésta guía, como una “guía abierta” a la consideración de todos e inclusión en un futuro de las cuestiones que se consideren útiles. Animamos a su desarrollo y a la existencia de más colaboradores como coautores.

Guía para la valoración médico-legal de la alteración estética: daño estético/deformidad

CLAVE n°:

Fecha del examen: / /

A. IDENTIFICACIÓN DEL PERITO

Nombre:

B. SOLICITANTE

Examen solicitado por

C. DATOS PERSONALES LESIONADO

Nombre:

Sexo: Masc. Fem. Fecha de nacimiento: / /

Nacionalidad:

Documento de Identidad:

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Código Postal:

País:

Teléfono n.º:

Constitución: pesa: Kg

altura: cm

C.2 VIDA FAMILIAR

Estado civil: casado soltero viudo otros

Hijos: 1 2 3 más de3

Convivientes: 1 2 3 más de3 Otros:

C.3 VIDA ESCOLAR/FORMACIÓN:

Escolarización: Educación infantil

Educación primaria

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Formación profesional ¿Cuál/es?

Formación universitaria: ¿Cuál/es?

C.4 VIDA LABORAL:

Profesión actual:

Historia Laboral (trabajos anteriores):

C.5 VIDA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Práctica de actividades deportivas: no si ¿Cual?

Actividades del tiempo libre, ocio:

D. HECHO TRAUMÁTICO

D.1 Fuente de los datos: Parte lesiones Atestado policial

D.2 Fecha del evento traumático: / /

D.3 Naturaleza del hecho traumático:

Tráfico

Laboral: In itinere Lugar y tiempo de trabajo: Actividad laboral

Otras: ¿Cómo?

Actividad ocio, deportiva u otras: ¿Cuál?

D.4 Otros factores causales:

D.5 Historia del hecho traumático referida por el lesionado:

E. LESIONES:

E.1 Lesiones referidas en documentos aportados:

E.2 Secuelas referidas en documentos aportados:

Pruebas diagnósticas realizadas:

Tratamientos médico/quirúrgicos realizados:

E.3 Fecha de la alta médica: / / Tratamiento actual:

F. VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL**Consolidación médico legal:**

F.1 Evolución del lesionado

Pendiente de tratamiento con finalidad curativa:

Curado

Secuelas

Consolidación médico-legal

– Fecha de consolidación médico-legal: / /

– Periodo: días

Consecuencias lesivas hecho traumático

F.2 Lesiones derivadas del hecho traumático:

F.3 Secuelas derivadas del hecho traumático:

F.4 Otras causas que han concurrido en la producción de las lesiones/secuelas:

– Estado Anterior patológico:

– Otras concausas concomitantes o posteriores:

F.5 **Incapacidad Temporal:**

– Funcional: Total (“encamado, ingresado”/pérdida de la autonomía) – Parcial

– Laboral: cuales

Total

Parcial

- Actividades del tiempo libre, lúdicas, deportivas: cuáles
 - Total
 - Parcial
- Afectivo-familiar: - cuidado hijos, padres,... - pareja
- Escolar/formación
 - Vida autónoma/3ª persona ABVD:
 - Ayuda total
 - Ayuda parcial (cuantas horas al día; cuantas personas)
 - Tipo de ayuda (realización actividad, estimulación, vigilancia)
 - Persona cualificada, cual
 - no cualificada

F.6 Incapacidad permanente:

- Funcional: Inca. Func. Permanente
 - Funciones afectadas, de forma total o parcial
 - Cuantificación:
 - Laboral: Parcial Total Absoluta
 - Extralaborales:
 - Escolar/Formación: Parcial Total Absoluta
 - Tiempo libre Parcial Total Absoluta
 - Afectivo-familiar: Parcial Total Absoluta
 - Vida autónoma (ABVD):
 - Desplazamiento:
 - Higiene:
 - Vestido:
 - Alimentación:
 - Determinadas actividades (AIVD): ¿Cuál?
 - nº de personas/tipo:

1-	horas/día	días/semana
2-	horas/día	días/semana
3-	horas/día	días/semana
 - Ayuda total
 - Ayuda parcial (cuantas horas al día; cuantas personas)
 - Tipo de ayuda (realización actividad, estimulación, vigilancia)
 - Persona cualificada, cual
 - no cualificada

Sufrimientos padecidos, Quantum doloris

- Temporal:
- Permanente:

Actuaciones sanitarias que implican un gasto económico:

- Temporal (conocidas, realizadas):
- Permanente (futuras):

Valoración descriptiva del daño estético:

G.1 Secuelas:

- Alteraciones estáticas (anatómica):
- Alteraciones dinámicas/funcional:

G.2 Elementos objetivos del daño estético (Fotografías):

a) Estado Anterior:

b) Estado actual: (fotografía)

Nota: Documento de consentimiento informado adjunto

c) Criterios de objetivación:

Cicatriz (s):

- Forma:
 - puntiforme lineal compleja
- Dirección/orientación:
 - hay relación con las líneas de tensión cutáneas vertical
 - horizontal oblícua
- Color o pigmentación:
 - normocrómica; hipocrómica o hiperocrómica
- Relieve:
 - plana deprimida/profunda o elevada
- Viciosa:
 - hipertrófica queloide retráctil con adherencias
- Frecuencia/tamaño: 1 2 3 múltiples
- Dimensión:
 - 1- cm longitudinal – cm horizontal – cm altura o profundidad
 - 2- cm longitudinal – cm horizontal – cm altura o profundidad
 - 3- cm longitudinal – cm horizontal – cm altura o profundidad
- Criterio topográfico:
 - Cara: región orbitaria, nariz, labios
 - Cara: partes laterales de la frente, orejas, mentón, región submentoniana
 - Cuello, tercio superior del tórax y manos (cabeza)
 - Extremidades
 - Tórax, abdomen y espalda visibles ocasionalmente (deportes, playa)
 - Zonas solamente visibles en caso de desnudez como nalgas y pubis
 - Zonas raramente visibles o no visibles: plantas de los pies y la superficie de la cabeza oculta por el pelo
- Grado de visibilidad o distancia a la que se percibe
 - Distancia de las relaciones íntimas: 50 cm.
 - Distancia de las relaciones sociales: 3 m.

d) Repercusión en las actividades de la vida diaria:

- Afectiva-familiar/sexual:
- Formación/ escolar:
- Actividades profesionales:
- Actividades de ocio, deportiva:
- Repercusión sexual:

Referências

- Cobo JA. ¿Falta o delito? Algunas reflexiones médico forenses sobre las lesiones. La Ley Penal 2004 Dec.; 1(11):18-42.
- Cobo JA. La valoración del daños a la personas por accidentes de tráfico. Barcelona: Bosch 2010; 5:635-706.
- 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. cap.9, p.375-432.
- Criado Del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona. Tomo III. Doctrina médico-legal de valoración de daños personales. Madrid: COLEX; 2010. cap.1, p.25-131.
- Vieira DNP, Quintero JA. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros 2008; 173-226.

Resumo: Proposta de um guia para valoração médico-legal do prejuízo estético: dano estético/deformidade

O objetivo desse trabalho é contribuir com um “guia aberto” para a valoração médico-legal do prejuízo estético nos distintos âmbitos judiciais, cuja aplicabilidade e desenvolvimento só se demonstrarão com a experiência médico-legal e jurídica de todos os interessados na valoração e reparação dos danos pessoais. Após obter uma casuística representativa, no futuro este guia poderá servir para que diferentes equipes de peritos convertam os seus resultados num método qualitativo utilizando também métodos quantitativos de tradução qualitativa deste dano (analíticos e fórmulas matemáticas que deveriam ser seleccionadas) para proceder depois ao intercâmbio de casos e confronto entre grupos de critérios de qualificação com o objetivo de alcançar parâmetros de referência consensuais.

Palavras-chave: Prejuízo estético; dano estético; deformidade.

Summary: Proposal for a guide to medical assessment of the aesthetic alterations: aesthetic damage/deformity

This article proposes to contribute with a “open guide” for medical assessment of the aesthetic alterations in the distinct judicial fields, whose applicability and development only will be shown through the forensic and juridical experience of all the involved in the assessment and repair of personal damages. After obtaining a representative number of cases, in the future this guide can be used for different teams of professionals to translate their results into a qualitative method using also quantitative methods of qualitative translation of this damage (analytical and mathematic formulas that might to be chosen) to proceed afterwards to the exchange of cases and discussion between groups of the criteria of qualification in order to obtain consensual reference parameters.

Key-words: Aesthetic alterations; aesthetic damage; deformities.

Résumé: Proposition d'une guide pour l'évaluation médico-légale du préjudice esthétique: dommage esthétique/difformité

Le but du travail est apporter une "guide ouverte" pour l'évaluation médico-légale du préjudice esthétique dans les divers milieux judiciaires, dont l'applicabilité et développement seulement peuvent être démontrés par l'expérience médico-légale et juridique de tous les intéressés à l'évaluation et réparation des dommages personnels. Après un nombre de cas représentatif, dans l'avenir cette guide pourrait servir pour que différentes équipes de professionnels puissent exposer leurs résultats par une méthode qualitative en utilisant aussi méthodes quantitatives de traduction qualitative de ce dommage (analytiques et des formules mathématiques que devraient être choisis) pour procéder après à l'échange d'information et confrontation parmi des groupes de critères de qualification à fin d'obtenir paramètres de référence convenables.

Mots-clés: Préjudice esthétique; dommage esthétique; difformités.

Pedido de separatas:

FERNANDA BOUCHARDET

fernanda@performo.com.br

Revue Française du Dommage Corporel

Resumos dos artigos publicados no vol. 36, nº 3, 2010

Lévêque, M.; Chaari, L.; Péragut, J.-C.; pp. 225-32 – *Hematoma sub-dural: imputabilidade a um traumatismo?*

A responsabilidade de um traumatismo craniano quando surge um hematoma sub-dural agudo é, em geral, evidente. Quando se trata de um hematoma sub-dural crónico, a imputabilidade a um traumatismo dá lugar a discussão na medida em que um bom número deles se desenvolve fora de qualquer contexto traumático. Uma melhor compreensão da fisiopatologia, a análise de factores favorecedores tais como a idade do paciente, a toma de anticoagulantes ou as co-morbilidades, associada às informações de ordem cronológica dadas pela imagiologia podem, num certo número de casos, eliminar as dúvidas quanto à atribuição da imputabilidade de um traumatismo craniano no aparecimento e desenvolvimento de um hematoma sub-dural crónico.

Wintrebert, P.; pp. 233-9 – *A nova grelha AGCIR. O que mudou*

Em 21 de Agosto de 2008 surgiu um decreto relativo ao preenchimento da grelha nacional AGCIR (Autonomie Gérontologie Groupes Isso-Ressources), trazendo modificações sobre a utilização desta ferramenta.

Este artigo tem por objectivo fornecer mais detalhes sobre as alterações introduzidas: uma melhor definição das variáveis a analisar pela introdução de um novo advérbio e a introdução de sub-variáveis respeitantes às funções superiores.

O conceito da grelha não mudou, mas as modificações introduzidas dão mais detalhes sobre as situações intermédias constantes em B (realização parcial das actividades).

Estes detalhes são muito úteis para a elaboração do plano de ajuda.

Béjui-Hugues, H.; pp. 241-9 – *A propósito da responsabilidade do perito: alguns elementos de reflexão para médicos conselheiros ou peritos*

Questionar a responsabilidade do perito no âmbito da sua actividade pericial, qualquer que seja o contexto ou o tipo, é muito pouco frequente mas tem aumentado desde há alguns anos.

O perito médico é, antes de tudo, um médico, sujeito às regras do código deontológico. Na sua qualidade de médico, está igualmente sujeito à obrigação de formação contínua. O estatuto de perito médico-legal é específico, como colaborador ocasional da justiça e não auxiliar desta, e a sua responsabilidade não pode ser questionada senão a título pessoal.

Após relembrar alguns princípios essenciais respeitantes às condições de responsabilização do perito, o autor aborda a sua responsabilidade civil pessoal a respeito de erros cometidos no cumprimento da sua missão.

A responsabilidade penal do perito é mais raramente posta em causa. O aspecto essencial é representado pela violação do segredo profissional.

O perito incorre, finalmente, em penas disciplinares sobre o desrespeito das regras de impugnação, de informação e de cumprimento pessoal da sua missão.

O autor termina com exemplos em que a responsabilidade do perito foi posta em causa e, finalmente, realça que, se os casos de condenação por responsabilidade dos peritos são pouco frequentes, existe actualmente um acréscimo do número destas situações.

Tekpa, BJD.; Soumah, MM.; Sane, JC.; Bah, H.; Bouso, A.; Kasse, AN.; Hgongang, GFO.; Tall, M.; Sy, MH.; Sow, ML.; pp. 251-6 – *As fracturas não diagnosticadas do escafoide cárpico: balanço de um ano de peritagem*

Os autores reportam o resultado de um estudo retrospectivo, de Janeiro a Dezembro de 2006 (12 meses) sobre 423 processos clínicos de doentes recebidos pela primeira vez no serviço de urgências cirúrgicas do Hospital

Geral de Grand Yoff (HOGGY) de Dakar por traumatismo do punho com necessidade de imobilização gessada.

Foi encontrada uma fractura do escafoíde cárpico em 23 processos; em 11 casos, ela era desconhecida. A análise dos casos não diagnosticados mostra que este erro diagnóstico surge, mais frequentemente, no decurso de lesões concomitantes associadas, particularmente com fracturas da extremidade distal do rádio (7 casos/11). Este erro de diagnóstico é atribuído a uma leitura inadequada das imagens radiográficas aquando da primeira consulta e à inexperiência dos colegas jovens em formação, que asseguram as consultas nas urgências cirúrgicas, e conduziu a um tratamento inadequado, fonte de complicações na evolução da fractura não diagnosticada. Isto tem também uma incidência médico-legal evidente, embora os processos de responsabilidade sejam ainda factos raros no nosso meio. A responsabilidade administrativa por defeito de organização pode ser colocada contra o hospital.

Os autores relembram aos colegas que um exame clínico bem conduzido perante todo o traumatismo do punho pode ajudar à suspeição de uma fractura do escafoíde. Esta suspeita obriga a observar atentamente a primeira fiada dos ossos do carpo numa radiografia standard, que tem sempre interesse no diagnóstico desta lesão.

A simples suspeita desta lesão deve levar a um tratamento presuntivo com gesso de Verdan, mesmo na ausência de diagnóstico radiológico. Esta atitude evitaria as possíveis sequelas geradas por uma ausência de tratamento.

Resumos dos artigos publicados no vol. 36, nº4, 2010

Coste J.; pp. 295-302 – *Exame da escápula na patologia da coifa dos rotadores*

Na avaliação médico-legal do ombro, um exame clínico rigoroso e bem estandardizado, o interrogatório minucioso e a realização de exames complementares de diagnóstico, imagiológicos, são elementos essenciais da avaliação do dano pós traumático.

Deve ser realizado bilateral e comparativamente até aos últimos graus de movimento, recorrendo a manobras que possam colocar em evidência a dor, sem esquecer que a rigidez significa que os testes da coifa dos rotadores não são credíveis.

O interrogatório revelará as circunstâncias do traumatismo, a idade, o carácter dominante ou não do ombro em questão, os antecedentes, a actividade profissional, de lazer ou desportiva utilizando o membro superior, a noção dos antecedentes traumáticos, o desenvolvimento e método de tratamento.

O exame clínico de um paciente com o tronco nu, sempre comparativo, comportará um tempo de inspecção, seguido da pesquisa dos pontos dolorosos electivos. Em seguida obter-se-ão as medidas das amplitudes passivas, seguidas das activas, ao que se seguem os testes dinâmicos de contra-resistência, que podem desencadear dores (nomeadamente o teste de Jobe, manobras de Patte, sinal de Gerber, teste de Speed).

Os sinais de conflito sub-acromial são colocados em evidência com o teste de Neer, o sinal de Hawkins e o sinal de Yocum.

Noël E.; pp. 303-309 – *Etiopatogenia das lesões tendinosas traumáticas e degenerativas*

Para compreender a etiopatogenia das lesões tendinosas traumáticas e degenerativas da escápula é preciso estudar o papel da coifa dos rotadores na prática quotidiana.

A coifa é um complexo tendinoso-muscular composto por cinco músculos que têm por papel essencial a estabilização activa da cabeça umeral na elevação, a recentração activa da cabeça na rotação externa activa.

É necessário distinguir e avaliar as lesões traumáticas da coifa e as lesões degenerativas.

Para avaliar uma coifa traumática, é preciso ter em consideração a idade (antes e após os 40 anos) o tipo de traumatismo (traumatismo directo sobre a escápula ou braço em antepulsão, ou braço em retropulsão/rotação externa forçada ou braço em extensão).

É de importância primordial saber se, antes do traumatismo, a coifa estava íntegra. Certos elementos são importantes como indicativos de lesão antiga da coifa: escápula pseudo-paralítica, perda da rotação externa, atrofia da fossa infraespinhosa.

Os sinais de rotura anterior da coifa são objectivos no Rx standard (estreitamento do espaço sub acromial) e sobretudo na artro-TAC (atrofia e degenerescência gorda muscular).

A coifa degenerativa pode corresponder a três tipos de lesões anatómicas; tendinopatias sem calcificações, roturas parciais, roturas transfixivas. A sua prevalência aumenta com a idade.

Os mecanismos são constituídos por gestos repetitivos e/ou prolongados acima do nível dos ombros. A sua evolução natural é pouco conhecida e lenta. O tratamento médico permite uma melhoria inicial, mas a degradação é inexorável. Inicialmente assintomática torna-se dolorosa em cerca de metade dos casos.

Para explicar as dores existe uma forte associação entre a presença de bursite sub-acromial e de uma tenossinovite do bicípite objectivada por imagem.

É importante insistir na prevenção das lesões da coifa.

Após os 40 anos, em certas profissões de risco, o paciente deveria ser advertido no sentido de tomar certas medidas no desenrolar da sua actividade profissional.

Kempf J-F.; pp. 311-321 – *As lesões isoladas do rebordo glenóideu*

O recurso constante à artroscopia no tratamento das lesões internas da escápula permitiu constatar a elevada frequência de lesões do labrum.

Mais frequentemente, uma ou mais lesões do rebordo glenoideu, de importância variável, são encontradas associadas a uma lesão de Bankart ou a uma patologia da coifa dos rotadores. Dá-se prioridade ao tratamento da instabilidade anterior crónica ou da tendinopatia. Mas por vezes a lesão do labrum apresenta-se isolada.

Numerosas questões se colocam: o que é que determina estas lesões? Qual o seu lugar no ranking das duas grandes entidades patológicas que são a instabilidade gleno-umeral e a tendinopatia da coifa? Que importância atribuir às lesões associadas minor? Que tratamento propor? Qual o seu prognóstico?

Aswad R.; pp. 323-331 – *As tendinopatias calcificantes da coifa dos rotadores*

As tendinopatias calcificantes têm uma incidência variável que depende da série, as mais frequentes à direita e nas mulheres, de idade média entre os 30 e 50 anos, bilateral em cerca de 13 a 24% dos casos. A sua descoberta frequentemente é fortuita e a sua reabsorção espontânea faz parte da história natural desta patologia.

Após a revisão histórica, o autor expõe os diferentes conceitos fisiopatológicos das tendinopatias calcificantes: fenómeno degenerativo primário, ou fenómeno de mediação celular num meio vivo, ignorando os mecanismos desencadeantes.

Sobre o plano etiológico, nenhuma relação foi estabelecida entre uma patologia geral, uma rotura da coifa dos rotadores e uma actividade profissional, certos estudos relevam no entanto uma incidência mais elevada de calcificações em trabalhadores manuais.

O autor relembra as manifestações clínicas: dor aguda de curta duração, dor aguda seguida de uma dor crónica, dor crónica com crises de agudização, ou dor crónica lancinante. A confusão clássica com uma omalgia secundária

a uma capsulite retráctil ou uma patologia acromio-clavicular não é rara, até mesmo porque estas últimas podem estar associadas.

O Rx simples de face e de perfil permite confirmar o diagnóstico, analisar a localização e tipo de calcificação e eliminar outro tipo de patologias eventualmente associadas, com o auxílio em último caso de ecografia. A Artro-TAC ou RMN não serão propostos com excepção dos casos que tenham indicação cirúrgica.

O tratamento médico consiste no recurso aos analgésicos clássicos com ou sem anti-inflamatórios, ou até a corticoterapia oral de curta duração. A reeducação funcional joga um papel primordial nestes casos. Apenas em casos de persistência de queixas dolorosas e de impotência funcional se devem propor outras escolhas terapêuticas: punção-aspiração, punção lavagem, ondas de choque ou litotricia extra-corporal.

A cirurgia artroscópica é proposta em último recurso após esgotado o tratamento conservador no paciente que sofre desconforto e cujo ombro é perfeitamente flexível.

Walch G.; pp. 333-342 – *As reparações das lesões da coifa dos rotadores*

Noutros tempos e no contexto da periartrite escapulo-umeral, a patologia tendinosa do ombro conheceu uma evolução importante em matéria de orientação terapêutica, graças a um melhor conhecimento das lesões e em particular da imagiologia moderna.

A patogenia das lesões da coifa não é provavelmente inequívoca, sendo baseada em mecanismos extrínsecos (conflito sub-acromial) e intrínsecos (degenerescência do tendão com a idade).

O tendão do supra-espinhoso é o mais frequentemente afectado, isoladamente ou em associação com o subescapular e infra-espinhoso. O tamanho da lesão aumenta com o tempo e existe uma lenta deterioração progressiva, em função da idade.

O tratamento cirúrgico da patologia da coifa dos rotadores é actualmente bem conhecido. A infiltração gorda é o factor de prognóstico mais importante. A indicação operatória necessita obrigatoriamente de conhecer os antecedentes, o resultado dos diferentes tipos de tratamento, o tipo de lesão e estado muscular para datar a antiguidade das lesões e existência de uma artrose associada. Deve ter em conta a idade do paciente, a sua capacidade de recuperação funcional, a sua situação profissional e motivação.

Liotard J.-P.; pp. 343-346 – *A experiência da Medicina Física e de Reabilitação na readaptação funcional*

O autor revela a sua experiência de 25 anos em reeducação pós-operatória de reparações da coifa dos rotadores com a equipe de Gilles Wach. Descreve e explica o protocolo gestual e educação terapêutica empregue de modo a obter optimização da cicatrização tendinosa e recuperação completa das mobilidades passivas e activas. O objectivo é obter uma escápula flexível e móvel aos 3 meses de pós-operatório, que permita uma vida sedentária satisfatória, e aos 6 meses reassumir de modo gradual as suas actividades desportivas ou profissionais. O autor salienta a importância da monitorização dos pacientes até ao resultado final: começando pela reeducação durante duas a três semanas no seio de uma Unidade de Reeducação Funcional, continuando-se com um protocolo seco e uso de piscina como auto-reabilitação, com a monitorização do paciente, em consulta externa, ao fim de 1, 3 e 6 meses e controle final ao ano.

Se uma dor coloca entraves ao progresso da reeducação, o autor propõe uma infiltração extra-articular (com xilocaína e corticoides) guiada por via trans-acromio-clavicular para aliviar a limitação das amplitudes.

Sabendo que cerca de 25% dos pacientes operados não têm escápulas perfeitamente flexíveis, o autor e a sua equipa decidiram seguir durante um ano 372 pacientes operados a uma reparação da coifa dos rotadores durante o primeiro semestre de 2010, para conhecer a incidência da rigidez pré operatória sobre a evolução pós operatória e resultado final

Reuniões Científicas

63rd AAFS Annual Scientific Meeting – 21 a 26 de Fevereiro de 2011, Chicago, EUA
Info: www.aafs.org/

2ª Conferência Internacional sobre o abuso e negligência de crianças – 10 e 14 de Maio de 2011, Porto
Info: www.conference.specan.org

Simposium Internacional Manejo Actual del Paciente Traumatizado Grave – 12, 13 e 14 de Maio de 2011, Sevilha, Espanha
Info: secretaria@semesandalucia.com
www.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 de 2011, Pisa, Itália
Info: www.violenciadomestica.ufp.edu.pt

47^{ème} Congrès International Francophone de Médecine Légale – 8 a 10 de Junho de 2011, Bordeaux, França
Info: info@comm-sante.com
www.medecinelegale2011.com

III Congreso Internacional de Medicina Legal, Ciencias Forenses y Criminalística – 17 a 20 de Junho, Lima, Perú
Info: quiroz53@yahoo.es

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

10.º Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses – 15 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira

Info: www.iafs2011.mj.pt
iafs2011@mj.pt; arebelo@inml.mj.pt

1º Congresso de Medicina Legal e Ciências Forenses dos Países de Língua Oficial Portuguesa – 15 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira

Info: www.iafs2011.mj.pt
iafs2011@mj.pt; arebelo@inml.mj.pt

IV Congresso Ibérico de Medicina Legal – 15 a 17 de Setembro de 2011, Funchal, Madeira

Info: www.iafs2011.mj.pt
iafs2011@mj.pt; arebelo@inml.mj.pt

22nd Congress of the International Academy of Legal Medicine – Outubro de 2012, Istambul, Turquia

Info: <http://www.ialm.info/>
iafs2011@mj.pt; arebelo@inml.mj.pt

Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático

Uma nova edição do Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático decorre na Delegação do Norte do INML, IP a partir de Outubro de 2010.

Em Janeiro de 2011 também a Delegação do Centro do INML, IP dará início à XVI edição deste Curso.

Curso Superior de Medicina Legal

De Outubro de 2010 a Outubro de 2011 decorre na Delegação do Centro, Norte e Sul do INML, I.P. mais uma edição do Curso Superior de Medicina Legal.

9.º Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

Entre 4 e 6 de Novembro de 2010 decorreu em Braga o 9º Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses que contou com a participação de cerca de 300 congressistas das mais diversas áreas profissionais. Para além de um programa científico bastante interessante, no qual se debateram aspectos tão diversos como A implementação de Sistemas de Qualidade nas instituições forenses e a credibilização das perícias forenses, Articulação forense na abordagem dos crimes sexuais, Mortes violentas e levantamento de cadáveres, O papel do perito no tribunal ou Novas regras da certificação do óbito em Portugal, o congresso envolveu também três workshops práticos nas áreas da Histopatologia Forense, Genética Forense e Toxicologia Forense, todos eles muito participados. Estiveram presentes no congresso como convidados especiais dois reputados especialistas forenses espanhóis, o Prof. Rafael Bañon González, director do Instituto de Medicina Legal de Múrcia e o Dr. José María Montero de Juanes, director do Instituto de Medicina Legal de Cáceres, que proferiram as conferências da sessão científica relativa ao exame do local. No decurso dos dias do congresso teve também lugar a Assembleia Geral da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal.

A sessão de encerramento desde 9º Congresso foi presidida por Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado da Justiça, Dr. João Correia, que na sua intervenção dirigiu palavras particularmente elogiosas relativamente ao trabalho que vem sendo desenvolvido pelo INML, IP, bem como palavras de estímulo e de agradecimento.

Na mesa desta sessão de encerramento estiveram também os restantes organismos que em Portugal intervêm no âmbito da actividade pericial forense, respectivamente o Laboratório de Polícia Científica e a Divisão de Investigação Criminal da GNR, representados respectivamente pelo Director daquele laboratório, Dr. Carlos Farinha, e pelo Capitão Galvão da Silva. No decurso da sessão o Director do LPC ofereceu ao Presidente do INML, IP, em agradecimento pela colaboração e apoio que o Instituto Nacional de Medicina Legal, IP tem prestado ao LPC, a medalha comemorativa

dos 50 anos deste organismo, tendo o Presidente do INML, IP retribuído com uma medalha do INML, IP felicitando o LPC pelo seu 50º aniversário.

No decurso da sessão de encerramento foram também atribuídos os prémios (com a designação de Prémios Prof. Carlos Lopes) à melhor comunicação oral e ao melhor poster apresentados no decurso do congresso. Foram galardoados a comunicação oral *Indicadores de risco de abuso e negligência na infância – estudo preliminar*, da autoria de C. Silva Peixoto, I. Alberto e T. Magalhães e o poster *Persistência de gasolina em carpetes de carro incendiadas e não incendiadas*, da autoria de R. Marques dos Santos.

Lista dos Auditores com aproveitamento no XV Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro do INML, I.P. 2010

Ana Filipa Ribeiro Galo Pereira (Lic. em Medicina) BARCARENA	João Nelson Jesus Cortês Gaspar (Lic. em Medicina) LUANDA – ANGOLA
Antía Simón García (Lic. em Medicina) COIMBRA	Joel Jorge Pedrosa de Carvalho (Lic. em Medicina) LISBOA
Cátia Patrícia Teixeira da Costa Viana (Lic. em Medicina) PORTO	José António Gonçalves Pestana (Lic. em Medicina) CÂMARA DE LOBOS
Cecília Marina Agostinho Gomes (Lic. em Medicina) LUANDA – ANGOLA	Manuel da Silva e Sousa (Lic. em Medicina) VISEU
Clarice Capinam Mestre (Lic. em Medicina) AMADORA	Manuel Laurindo Nogueira Fundanga (Lic. em Medicina) LUANDA – ANGOLA
Cláudia Ribeiro Gomes Porto (Lic. em Medicina) ALFRAGIDE	Manuel Lemba Sebastião (Lic. em Medicina) LUANDA – ANGOLA
Domingos Manuel Pinto Estrela (Lic. em Medicina) CANEDO	Maria de Assunção Paulo Afonso (Lic. em Medicina) LUANDA, ANGOLA
Esperança Manuela da Silva Costa (Lic. em Medicina) LUANDA, ANGOLA	Maria de Fátima João Cardoso (Lic. em Medicina) LUANDA – ANGOLA
Filipe Nelson Mateus Jorge (Lic. em Medicina) Luanda – ANGOLA	Mbambi Phandi (Lic. em Medicina) CABINDA – ANGOLA
Francisco Agostinho Lourenço da Silva (Lic. em Medicina) LUANDA – ANGOLA	Paula Cristina dos Santos Josefino Adriano (Lic. em Medicina) LUANDA – ANGOLA
Joana Sebastiana Borges (Lic. em Medicina) LUANDA, ANGOLA	Pedro Miguel Coelho Barata (Lic. em Medicina) LISBOA
João Bruno de Freitas Nóbrega (Lic. em Medicina) COIMBRA	Rui Alexandre Fernandes Teixeira (Lic. em Medicina) VISEU
João José Lobato Guimarães Ferreira Cabral (Lic. em Medicina) COIMBRA	Tatiana António Monteiro (Lic. em Medicina) LUANDA – ANGOLA
	Temangani Juliana Kama (Lic. em Medicina) LUANDA – ANGOLA

