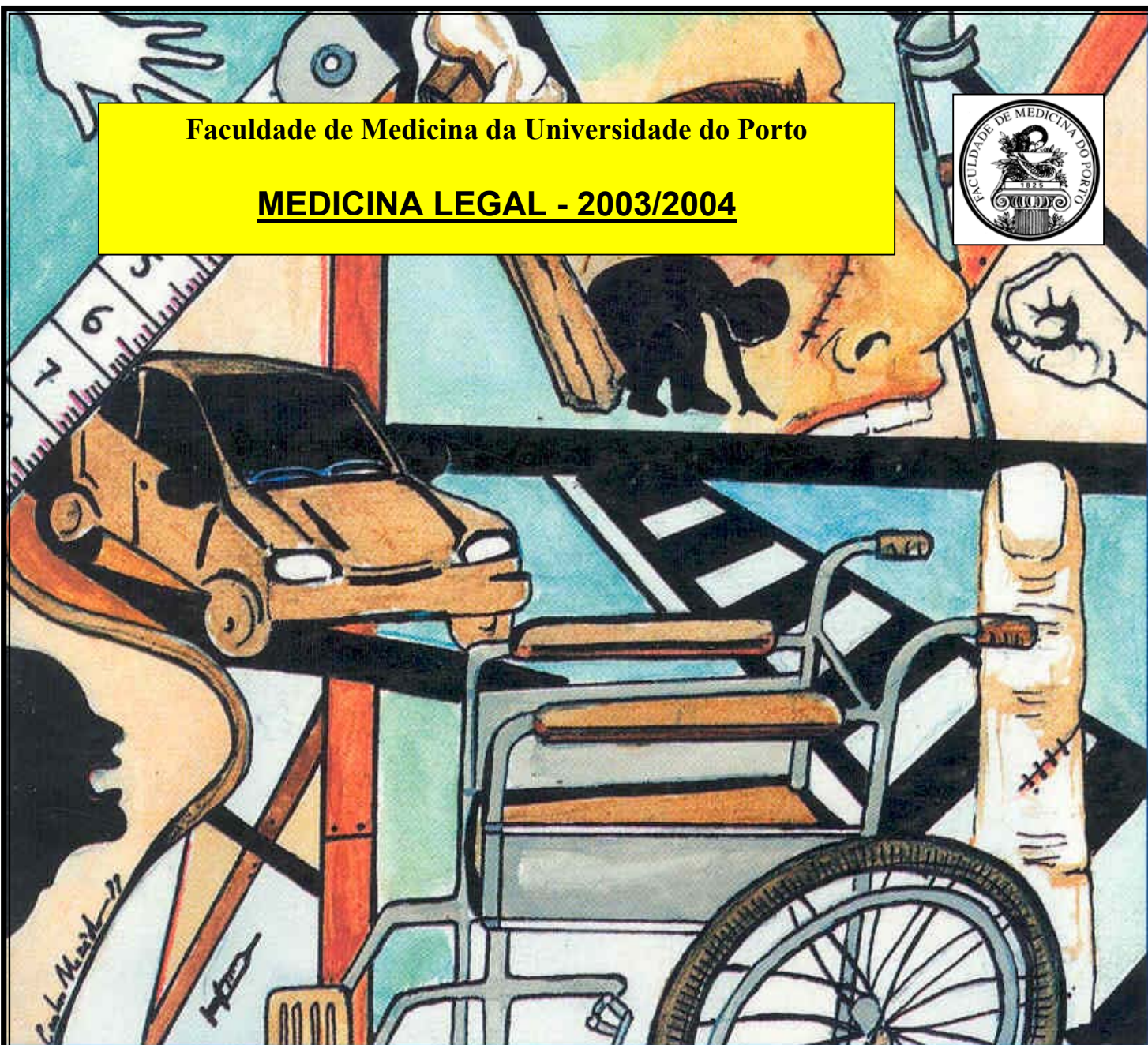


Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

MEDICINA LEGAL - 2003/2004



CLINICA MÉDICO-LEGAL

1. Metodologia pericial
2. Ofensas à integridade física
3. Maus tratos no contexto familiar
4. Crimes sexuais
5. Avaliação e reparação do dano corporal

Teresa Magalhães



METODOLOGIA PERICIAL

A Clínica Médico-Legal é uma área da medicina legal dirigida para a actividade médica pericial na pessoa viva, sempre que está em causa encontrar uma prova científica para esclarecimento da justiça. Assim, esta move-se entre diferentes áreas do direito e dirige-se a diferentes tipos de ocorrência. Mais frequentemente os exames efectuados em sede de direito penal são relativos a crimes contra a integridade física (agressões e acidentes de viação), a crimes sexuais e a maus tratos (na relação conjugal ou em crianças e jovens); os exames efectuados em sede do direito do civil são, na sua grande maioria, relativos à avaliação do dano corporal pós-traumático em casos de acidentes de viação e, por vezes, de agressão, podendo haver lugar a outros exames como, por exemplo, para avaliação do estado de saúde (casos de acção de despejo, de questões de seguros ou outras), ou para determinação da idade ou do sexo; os exames efectuados em sede do direito do trabalho relacionam-se com os acidentes de trabalho ou as doenças profissionais.

No caso da Clínica Médico-Legal a prova pericial é essencialmente médica exigindo-se, contudo, cada vez mais, uma abertura à interdisciplinaridade e transversalidade de saberes, de forma particular à antropologia social e psicologia, uma vez que é a pessoa que constitui, em geral, o objecto da perícia.

É uma actividade técnica, efectuada em sede de um processo judicial, na maior parte das vezes, mas constitui, antes de mais, um acto médico ao qual se aplicam as regras habituais da arte médica e, muito particularmente, uma atitude de “escuta”, de compreensão e de empatia com a vítima e a sua família. Implica disponibilidade do perito em termos de tempo, tempo esse necessário à criação de uma boa relação médico/doente, à compreensão das queixas e atitudes da vítima (pela sua subjectividade e pela dificuldade de expressão de muitas pessoas) e ao diagnóstico de eventuais comportamentos de simulação.

A metodologia do exame é comum para todos os tipos de perícia mas o seu objectivo e conclusões diferem com o âmbito do Direito à luz da qual ela efectuada: Penal, Civil, Trabalho, Família ou Administrativo. Assim, é fundamental conhecer as regras e objectivos do Direito que regem cada tipo de perícia e estar consciente relativamente às implicações que o seu parecer pericial irá ter na decisão judicial.

Como já referido em capítulo anterior, pensar numa metodologia de exame e relatório pericial implica equacionar questões como:



- a) o objecto da perícia;
- b) a linguagem e conceitos usados (designadamente os relativos aos parâmetros do dano a avaliar);
- c) as normas e os modelos de relatórios periciais (de acordo com o âmbito do direito¹ em que têm lugar: penal, civil e trabalho).

O objecto da perícia é a *pessoa*, englobando o dano corporal por ela sofrido. Trata-se aqui de avaliar esse dano de forma global e personalizada, descrevendo-o em todo o seu pormenor. Para tal, e tendo em vista uma avaliação real e uma reparação concreta e integral, teremos de considerar a pessoa não como a soma das partes do corpo que a constitui mas, antes, no seu todo:

- a) Corpo: aspectos biológicos com as suas particularidades morfológicas, anatómicas, histológicas, fisiológicas e genéticas;
- b) Funções: capacidades físicas e mentais (actuais ou potenciais) próprias do ser humano, tendo em conta a sua idade e sexo, independentemente do meio onde este se encontre. Surgem na sequência das sequelas a nível do corpo e são influenciadas, positiva ou negativamente, por factores pessoais (como a idade, o estado físico e psíquico anterior, a motivação e o esforço pessoal de adaptação) e do meio (como as barreiras arquitectónicas, as ajudas técnicas ou as ajudas humanas).
- c) Situações de vida: confrontação (concreta ou não) entre uma pessoa e a realidade de um meio físico, social e cultural. As situações podem ser relativas às actividades da vida diária, familiar, social, de lazer, de educação, de trabalho ou a outras, num quadro de participação social. Surgem em consequência das sequelas, a nível do corpo e das funções e de factores pessoais e do meio.
- d) Subjectividade: ponto de vista da pessoa (incluindo a sua história pessoal, o seu estado de saúde e o seu estatuto social) relativamente ao dano sofrido englobando, também, a vivência emocional dos eventos traumatizantes (circunstâncias do evento, tomada de consciência da realidade dos factos e aceitação da sua nova condição de vida). O facto de se atender a este aspecto não significa que o exame deva ser orientado numa vertente subjectiva, pelo contrário. O seu interesse reside no facto de que permite compreender as queixas da vítima (muitas vezes hipertrofiadas pelo processo litigioso em curso), valorizando-as na sua justa medida. É de realçar que este aspecto é classicamente contemplado nas histórias clínicas e relatórios médico-legais no capítulo das “queixas”.

¹ Os exames em sede de Direito Penal representam 61% da totalidade dos exames realizados em clínica médico-legal. Na sua maior parte são relativos a ofensas à integridade física (67%) e em maior número devidos a agressões, podendo haver outros casos, designadamente por acidente de viação.



Para que a comunicação seja efectiva, a linguagem usada necessita de ser clara e facilmente compreensível pelos diferentes interlocutores. No entanto, estas questões situam-se num terreno onde os dois principais interlocutores (médicos e juristas) usam linguagens técnicas geralmente pouco acessíveis a uns e a outros. O mesmo se diga em relação aos conceitos usados, sendo aqui a questão algo mais complexa uma vez que relativamente a muitos deles (particularmente alguns parâmetros do dano corporal) não existe consenso nem dentro da mesma área profissional. Daí que seja fundamental, tendo em vista uma boa comunicação, que nos relatórios médico-legais se use uma linguagem simples, definindo-se sempre cada conceito usado e respeitando-se a nomenclatura anatómica e traumatológica estabelecida.

O modelo de relatório pericial de clínica médico-legal actualmente em vigor no INML, é o seguinte:

I. PREÂMBULO

II. INFORMAÇÃO

- a) História do evento
- b) Dados documentais

III. ANTECEDENTES

- a) Pessoais
- b) Familiares

IV. ESTADO ACTUAL

- a) Queixas
- b) Exame objectivo
 - estado geral
 - lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento
 - lesões e/ou sequelas não relacionáveis com o evento

V. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

VI. DISCUSSÃO

VII. CONCLUSÕES



No “Preâmbulo” deve consignar-se: tipo e data do exame; identificação do processo judiciário; identificação da vítima (nome, filiação, sexo, data de nascimento, estado civil, profissão, naturalidade, nacionalidade, residência, bilhete de identidade e impressão digital do dedo indicador direito – se necessário).

No capítulo “Informação” importa, para posterior fundamentação das conclusões, descrever: data, local, mecanismo, tipo e circunstâncias do evento traumático; lesões resultantes (descrição das lesões, de cima para baixo, da direita para a esquerda e de fora para dentro, contemplando todos os registos clínicos; se houver discrepância entre alguns deles deve referir-se esse aspecto); estabelecimentos médicos a que houve recurso, complicações surgidas e tratamentos efectuados; data de alta hospitalar; consultas em ambulatório (especialidades, instituições, tratamentos, exames de diagnóstico complementares efectuados e período de consultas com referência às datas de alta); data de reinício da actividade profissional ou outras circunstância como desemprego ou reforma.

A descrição das circunstâncias do evento, designadamente a vivência do trauma pela vítima, é fundamental para posterior valorização das queixas subjectivas e de certos danos, sobretudo o Quantum Doloris e os danos permanentes relacionados com perturbações de stress pós-traumático.

No capítulo “Antecedentes” descrevem-se os antecedentes pessoais patológicos e/ou traumáticos que podem ser relevantes ou influenciar o resultado final do estado sequelar relativo ao caso em análise (com base na informação da vítima ou em registos clínicos). Podem descrever-se, também, os aspectos relevantes dos antecedentes patológicos familiares e de história de violência no contexto familiar. Este capítulo é fundamental para a determinação do nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano, na medida em que nele é feita a análise do estado anterior da pessoa relativamente ao traumatismo. Assim, sempre que necessário, pode o perito solicitar ao tribunal que lhe sejam presentes registos clínicos ou outros documentos (como relatórios escolares), que lhe permitam confirmar a situação de saúde anterior da pessoa a avaliar.

O capítulo “Estado actual” inclui o estado geral, as queixas e exame objectivo.

Relativamente às *queixas*, devemos descrevê-las de acordo com dois níveis: as funções e as situações de vida:

- a) as funções referem-se às capacidades físicas e mentais, actuais ou potenciais, próprias do ser humano, tendo em conta a sua idade e sexo, independentemente do meio onde este se encontre). Deve avaliar-se, entre outras:
 - Postura, deslocamentos e transferências;
 - Manipulação, preensão
 - Comunicação;
 - Cognição e afectividade;



- Controlo de esfíncteres;
- Sentidos e percepção;
- Mastigação, ingestão;
- Controlo de esfíncteres;
- Sexualidade e procriação;
- Adaptação aos esforços;
- Fenómenos dolorosos;
- Outras.

b) as situações de vida referem-se à confrontação, concreta ou não, entre uma pessoa e a realidade de um meio físico, social e cultural. Estas podem ser descritas de acordo com os seguintes aspectos:

- Actos da vida corrente;
- Vida afectiva e social;
- Vida profissional ou de formação.

Deve descrever-se, para cada função ou situação com interesse para o caso concreto, o grau de dificuldade observada na concretização da função ou da situação (tal será medido, para o Direito Civil, através do Inventário de Avaliação do Dano Corporal, como adiante veremos):

- 1 - lentidão, desconforto, hesitação;
- 2 - necessidade de recurso a ajuda técnica e/ou medicamentosa;
- 3 - necessidade de ajuda humana;
- 4 - impossibilidade e necessidade de ajuda humana total.

Relativamente ao *exame objectivo* deve descrever-se o estado geral da pessoa fazendo-se depois uma descrição orientada das cicatrizes, dismorfias, amiotrofias, dismetrias, alterações da amplitude ou estabilidade articulares, desvio do eixo dos membros ou rotações, perda de segmentos ou órgãos, alterações na força, sensibilidade, equilíbrio, etc., sempre com o tipo de medição adequada e comparando com o lado contra-lateral. Deve ser também feita referência a eventuais alterações encontradas que sejam resultantes de um estado anterior. O exame descreve-se de acordo com as seguintes regiões:

- Crânio;
- Face;
- Pescoço;
- Coluna e medula;
- Tórax;
- Abdómen (conteúdo pélvico e períneo incluídos);



- Membro superior direito;
- Membro superior esquerdo;
- Membro inferior direito (pelve óssea incluída);
- Membro inferior esquerdo (pelve óssea incluída);

No capítulo dos “Exames complementares” descrevem-se as conclusões dos exames solicitados pelo perito, ou que lhe tenham sido presentes, com data e indicação de proveniência dos mesmos (ex.: parecer de ortopedia ou de oftalmologia, relatório de exame imagiológico ou electrofisiológico, etc.).

Poderão apresentar-se conclusões preliminares, caso não seja possível concluir o relatório de forma definitiva (por ainda não ter sido atingida a cura/consolidação médico-legal, porque são necessários exames complementares ou de outras especialidades, etc.).

Caso seja possível apresentar uma conclusão final, elabora-se previamente um capítulo designado por “Discussão” onde se apresenta a interpretação das observações anteriormente descritas, se discute o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano, a data de cura/consolidação e se fundamentam as conclusões definitivas.

Assim, alguns conceitos são comuns a todos os relatórios relativos ao dano pós-traumático, independentemente da sede do Direito em que estes tenham lugar. É o caso dos seguintes:

- a) Dano corporal: numa perspectiva estritamente orgânica, constituirá um prejuízo primariamente biológico (no corpo) que se traduz por perturbações a nível das capacidades, situações de vida e subjectividade da vítima; o dano situar-se-á na interacção entre estes vários níveis. Numa perspectiva mais alargada, poderá corresponder, também, a um dano na subjectividade da pessoa (vulgo dano psicológico), sem que implique, necessariamente, a existência de um dano primariamente biológico.
- b) Nexos de causalidade: relação de imputabilidade (total ou parcial, directa ou indirecta) entre um traumatismo e um dano, tendo em conta os seguintes aspectos: adequação entre o tipo de lesão e sequelas e a sua etiologia; entre o tipo de traumatismo e o tipo de lesão; entre a sede do traumatismo e a sede da lesão; existência de continuidade sintomatológica entre o traumatismo, a lesão e as sequelas; adequação temporal entre o traumatismo, a lesão e as sequelas; exclusão da pré-existência do dano ou de uma causa estranha relativamente ao traumatismo. Considera-se parcial ou indirecto quando existe outra causa associada tratando-se, a maior parte das vezes, de um estado anterior. O traumatismo devido ao evento em causa poderá contribuir, nestes casos, para desencadear o estado clínico anterior ou para acelerar ou agravar a sua evolução.



- c) Lesão: resultado de um traumatismo, manifestando-se por alterações objectivas sofridas na estrutura ou funcionamento do corpo (ex: fractura óssea, laceração de baço).
- d) Estado anterior: situação patológica ou traumática pré-existente ao evento em causa, podendo este último contribuir para desencadear, acelerar ou agravar as sequelas ou sintomatologia relativa ao referido estado anterior.
- e) Cura médico-legal: momento a partir do qual se verificou a cura das lesões sem que daí tenham resultado sequelas (*restitutum ad integrum*).
- f) Consolidação médico-legal das lesões: momento a partir do qual não é de esperar uma evolução positiva importante das lesões em termos sequelares (trata-se de um conceito organicista). Corresponde ao fim do período de incapacidade temporária.
- g) Estabilização médico-legal das sequelas: momento a partir do qual não é de esperar uma evolução positiva importante ao nível da reabilitação e reintegração familiar, social e profissional da vítima (trata-se de um conceito social). Pode não coincidir com a data de consolidação médico-legal das lesões (ex.: amputação traumática de um membro – a data de consolidação corresponderá à consolidação efectiva do coto de amputação; a estabilização das sequelas verificar-se-á apenas no fim do período de adaptação à prótese adequada para o caso concreto).

Essencialmente, os relatórios elaborados nos diferentes âmbitos do direito (penal, civil e trabalho), diferem apenas nos capítulos da “Discussão” e “Conclusões”, de acordo com os diferentes objectivos específicos de cada um desses ramos do direito.

Apresentam-se, de seguida, os modelos de relatório em uso no Instituto Nacional de Medicina Legal (Ofensas contra a integridade física – Direito Penal; Exames de natureza sexual – Direito Penal; Avaliação do dano corporal – Direito Civil; Avaliação do dano corporal – Direito do Trabalho).



OFENSAS À INTEGRIDADE FÍSICA - DIREITO PENAL

INFORMAÇÃO

A informação sobre o evento, a seguir descrita, foi prestada pelo(a) [Examinando(a) e/ou seu acompanhante].....

A. HISTÓRIA DO EVENTO

O(a) Examinando(a) tem [anos] anos de idade e à data do evento era [actividade /situação profissional], sendo actualmente [actividade /situação profissional]

No dia [data], pelas [horas] horas, terá sofrido [caracterização da ocorrência]

Do evento terá resultado [descrição das lesões]

Na sequência do evento [assistência médica]

B. DADOS DOCUMENTAIS

Da documentação clínica que nos foi facultada consta:

[descrição]

C. ANTECEDENTES

1. Pessoais

Antecedentes patológicos e/ou traumáticos relevantes para a presente avaliação:

[descrição]

2. Familiares

Antecedentes patológicos relevantes para a presente avaliação:

[descrição]

3. Contexto familiar

[descrição]

(dinâmica familiar, fontes de tensão, história de violência na família, etc.).

ESTADO ACTUAL

A. QUEIXAS

Nesta data refere [descrever queixas a nível funcional e para as situações da vida diária]

B. EXAME OBJECTIVO

1. Estado geral

O(a) Examinando(a) apresenta-se [estado geral, consciência, orientação, colaboração]..

O(a) Examinando(a) é [lado dominante] e apresenta [tipo de marcha]

2. Lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento

O(A) Examinando(a) apresenta as seguintes lesões e/ou sequelas:

[lesões e/ou sequelas]



3. Lesões e/ou sequelas sem relação com o evento

O(A) Examinando(a) apresenta as seguintes lesões e/ou sequelas:

[lesões e/ou sequelas]

C. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

[descrição]

CONCLUSÕES PRELIMINARES

Para uma avaliação mais completa das consequências médico-legais do evento:

- Deverá ser marcado novo exame, num período não inferior a [n.º de dias] dias, dado que nesta data as lesões ainda não se encontram curadas/consolidadas
- Solicita-se o envio dos seguintes documentos clínicos: [documentos clínicos], [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de novo exame.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização deverá ser solicitada pela entidade requisitante a estabelecimento(s) idóneo(s) [nome do(s) Estabelecimento(s)], após o que o(s) respectivo(s) relatório(s) deverá(ão) ser remetido(s) a este Gabinete, [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de novo exame.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização terá lugar neste Gabinete, no(s) dia(s) [data e hora] horas, tendo o(a) Examinado(a) sido já notificado(a) para esse efeito

DISCUSSÃO

1. Os elementos disponíveis [permitem / não permitem] admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano.
2. A data da cura/consolidação médico-legal das lesões é fixável em [data], com base em [descrever]

CONCLUSÕES

- As lesões atrás referidas terão resultado de traumatismo de natureza [natureza] o que [é/ não é] compatível com a informação.
- A data da cura/consolidação médico-legal das lesões é fixável em [data]
- Tais lesões terão determinado um período de doença fixável em [n.º de dias] dias, sendo [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho geral e [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho profissional.
- Tais lesões, evoluindo normalmente para a cura/consolidação, determinarão um período de doença fixável em [n.º de dias] dias, sendo [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho geral e [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho profissional.



- Do evento não resultaram para o(a) Examinado(a) quaisquer consequências permanentes.
- Do evento não resultarão para o(a) Examinado(a), em condições normais, quaisquer consequências permanentes.
- Do evento resultaram para o(a) Examinado(a) as consequências permanentes descritas, as quais, sob o ponto de vista médico-legal, [descrever] (alíneas a) a c) do Art.º 144º Código Penal).
- Do evento resultou, em concreto, perigo para a vida do(a) Examinado(a).....
- Os dados clínicos apurados e atrás descritos configuram uma situação de perigo para o(a) Examinado(a), requerendo, por isso, a adopção de medidas psicossociais tendentes a assegurar a sua protecção.....

Porto, [Data]

O(a) Perito(a) Médico(a)

(assinatura do perito)



EXAME DE NATUREZA SEXUAL - DIREITO PENAL

INFORMAÇÃO

A informação sobre o evento, a seguir descrita, foi prestada pelo(a) Examinando(a) e/ou seu acompanhante.....

A. HISTÓRIA DO EVENTO

O(a) Examinando(a) tem [anos] anos de idade e à data do evento era [actividade /situação profissional] sendo actualmente [actividade /situação profissional]

No dia [data], pelas [horas] horas, terá sido vítima de [tipo de agressão]

Os factos ter-se-ão verificado ao longo de um período de tempo de cerca de [duração] e ocorrido em [local].....

Terão envolvido os seguintes actos e meios: [descrição].....
(tipo de prática sexual, ejaculação, meios anti-conceptivos, violência física, ameaças, etc.)

Os factos terão sido praticados por [descrição]

(n.º e caracterização sumária dos agressores, sem indicação do nome)

Após a agressão a vítima [descrição]

(mudança de roupa, cuidados higiénicos, actos fisiológicos).

Do evento terão resultado as seguintes lesões: [descrição]

Cuidados médicos prestados: [descrição]

Consumo de medicamentos ou drogas pela vítima: [descrição]

O(a/s) agressor(a/s) terá(ão) sofrido as seguintes lesões: [descrição]

B. DADOS DOCUMENTAIS

Da documentação clínica que nos foi facultada consta:

[descrição].....

C. ANTECEDENTES

1. Pessoais

– Antecedentes patológicos e/ou traumáticos relevantes para a presente avaliação:

[descrição].....

– Antecedentes ginecológicos e/ou obstétricos relevantes:

[descrição].....

– Antecedentes sexuais relevantes:

[descrição].....

– Antecedentes de maus tratos ou agressões sexuais relevantes:

[descrição].....

2. Familiares

– Antecedentes patológicos relevantes para a presente avaliação:

[descrição].....

– Antecedentes de maus tratos ou agressões sexuais relevantes:

[descrição].....

– Antecedentes de comportamentos desviantes relevantes:

[descrição].....



3. Contexto sócio-familiar

[descrição].....
(dinâmica familiar, fontes de tensão, antecedentes de violência na família, etc.)

ESTADO ACTUAL

A. QUEIXAS

Nesta data refere [descrever queixas a nível funcional e para as situações da vida diária]

B. EXAME OBJECTIVO

1. Estado geral

O(a) Examinando(a) apresenta-se
(estado geral, biótipo, idade aparente, consciência, orientação, colaboração).

O(a) Examinando(a) é [lado dominante] e apresenta [tipo de marcha]. Pesa [peso] Kg., mede [altura] cm., e [evidencia/não evidencia] sinais de consumo de drogas de abuso [descrever se os tiver].....

2. Lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento

- A nível do exame geral da superfície corporal:
[lesões e/ou sequelas]
- A nível da região anal:
[lesões e/ou sequelas]
- A nível da região genital:
[lesões e/ou sequelas]
(nas vítimas do sexo feminino descrever características do hímen e eventuais sinais de gravidez).

C. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

[descrição].....
(Genética e Biologia Forense, Toxicologia Forense, etc.).

CONCLUSÕES PRELIMINARES

Para uma avaliação mais completa das consequências médico-legais do evento:

- Deverá ser marcado novo exame, num período não inferior a [n.º de dias] dias, dado que nesta data as lesões ainda não se encontram curadas/consolidadas
- Solicita-se o envio dos seguintes documentos clínicos: [documentos clínicos], [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de novo exame.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização deverá ser solicitada pela entidade requisitante a estabelecimento(s) idóneo(s) [nome do(s) Estabelecimento(s)], após o que o(s) respectivo(s) relatório(s) deverá(ão) ser remetido(s) a este Gabinete, [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de novo exame.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização terá lugar neste Gabinete, no(s) dia(s) [data e hora] horas, tendo o(a) Examinado(a) sido já notificado(a) para esse efeito.....



DISCUSSÃO

[descrever]

CONCLUSÕES

- Examinado(a) do sexo [mas/fem], com idade aparente [correspondência] à idade civil.
- As lesões referidas a nível do exame geral da superfície corporal terão resultado de traumatismo de natureza [natureza] o que [é/não é] compatível com a informação..
- Tais lesões terão determinado um período de doença fixável em [n.º de dias] dias, sendo [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho geral e [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho profissional.
- Tais lesões, evoluindo normalmente para a cura/consolidação, determinarão um período de doença fixável em [n.º de dias] dias, sendo [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho geral e [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho profissional.
- Essas lesões não implicaram para o(a) Examinado(a) quaisquer consequências permanentes.
- Dessas lesões não resultarão para o(a) Examinado(a), em condições normais, quaisquer consequências permanentes.
- Dessas lesões resultaram para o(a) Examinado(a) as consequências permanentes descritas as quais, sob o ponto de vista médico-legal, [descrever] (alíneas a) a c) do Art.º 144º Código Penal).
- Do evento resultou, em concreto, perigo para a vida do(a) Examinado(a).
- As lesões referidas a nível da região anal e/ou genital terão resultado de traumatismo, cuja natureza [é/não é] compatível com a informação.
- Tais lesões terão determinado um período de doença fixável em [n.º de dias] dias, sendo [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho geral e [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho profissional.
- Tais lesões, evoluindo normalmente para a cura/consolidação, determinarão um período de doença fixável em [n.º de dias] dias, sendo [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho geral e [n.º de dias] dias com afectação da capacidade para o trabalho profissional.
- [sinais de gravidez/abortamento]
- [medidas terapêuticas e psicossociais a propor].....

Porto, [Data]

O(a) Perito(a) Médico(a)

(assinatura do perito)

Exame efectuado com a colaboração de [Nome] ([categoria profissional]).



AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL - DIREITO CIVIL

INFORMAÇÃO

A informação sobre o evento, a seguir descrita, foi prestada pelo(a) [Examinando(a) e/ou seu acompanhante]

A. HISTÓRIA DO EVENTO

O(a) Examinando(a) tem [anos] anos de idade e à data do evento era [actividade /situação profissional] sendo actualmente [actividade /situação profissional]
 No dia [data], pelas [horas] horas, terá sofrido [caracterização da ocorrência]
 Do evento terá resultado [descrição das lesões]
 Na sequência do evento [assistência médica]

B. DADOS DOCUMENTAIS

Da documentação clínica que nos foi facultada consta:
 [descrição]

C. ANTECEDENTES

1. Pessoais

Antecedentes patológicos e/ou traumáticos relevantes para a presente avaliação:
 [descrição]

2. Familiares

Antecedentes patológicos relevantes para a presente avaliação:
 [descrição]

ESTADO ACTUAL

A. QUEIXAS

Nesta data refere [descrever queixas a nível funcional e para as situações da vida diária]

B. EXAME OBJECTIVO

1. Estado geral

O(a) Examinando(a) apresenta-se [estado geral, consciência, orientação, colaboração] .
 O(a) Examinando(a) é [lado dominante] e apresenta [tipo de marcha]

2. Lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento

O(A) Examinando(a) apresenta as seguintes lesões e/ou sequelas:
 [lesões e/ou sequelas]

3. Lesões e/ou sequelas sem relação com o evento

O(A) Examinando(a) apresenta as seguintes lesões e/ou sequelas:
 [lesões e/ou sequelas]

C. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

[descrição]



CONCLUSÕES PRELIMINARES

Para uma avaliação mais completa das consequências médico-legais do evento:

- Deverá ser marcado novo exame, num período não inferior a [n.º de dias] dias, dado que nesta data as lesões ainda não se encontram curadas/consolidadas
- Solicita-se o envio dos seguintes documentos clínicos: [documentos clínicos], [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de novo exame.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização deverá ser solicitada pela entidade requisitante a estabelecimento(s) idóneo(s) [nome do(s) Estabelecimento(s)], após o que o(s) respectivo(s) relatório(s) deverá(ão) ser remetido(s) a este Gabinete, [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de novo exame.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização terá lugar neste Gabinete, no(s) dia(s) [data e hora] horas, tendo o(a) Examinado(a) sido já notificado(a) para esse efeito.....

DISCUSSÃO

1. Os elementos disponíveis [permitem / não permitem] admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano atendendo [justificar].....
2. A data da cura/consolidação médico-legal das lesões é fixável em [data], com base em [descrever].....
3. No âmbito do período de danos temporários são valorizáveis, entre os diversos parâmetros de dano, os seguintes:
 - A **incapacidade temporária geral total** (*correspondente à fase durante a qual a vítima esteve impedida de realizar com razoável autonomia as actividades da vida diária, familiar e social*), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
 - A **incapacidade temporária geral parcial** (*correspondente ao período durante o qual a vítima, ainda que com limitações, retomou, com alguma autonomia, a realização das actividades da vida diária, familiar e social*), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
 - A **incapacidade temporária profissional total** (*correspondente ao período durante o qual a vítima esteve totalmente impedida de realizar a sua actividade profissional*), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
 - A **incapacidade temporária profissional parcial** (*correspondente ao período durante o qual foi possível à vítima desenvolver a sua actividade profissional, ainda que com certas limitações*), fixável num período de [n.º de dias] dias (entre [data] e [data]).
 - O **quantum doloris** (QD) (*correspondente ao sofrimento físico e psíquico vivido pela vítima durante o período de incapacidade temporária*), fixável no grau [grau], numa escala de sete graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].....
4. No âmbito do período de danos permanentes são valorizáveis, entre os diversos parâmetros de dano, os seguintes:
 - A **incapacidade permanente geral** (*correspondente à afectação definitiva da integridade física e/ou psíquica da pessoa, com repercussão nas actividades da vida diária, incluindo as familiares, sociais, de lazer e desportivas*) na qual, tendo em conta a globalidade das sequelas resultantes, a experiência médico-legal de casos



semelhantes e a consulta de tabelas de incapacidades funcionais, designadamente a do *Concours Médical* ou similar, se valorizam os seguintes aspectos: [descrever].

(incluir Coeficiente de Dano e ajudas técnicas, medicamentosas e de terceira pessoa, se a esta valorização houver lugar)

- O **dano futuro** (correspondente ao agravamento das sequelas, que com elevada probabilidade se irá registar, e que se pode traduzir num aumento da incapacidade permanente geral), sendo de valorizar [descrever]
- O **rebate profissional** das sequelas resultantes [descrever]
(compatibilidade com o exercício da actividade habitual ou com outras profissões da área da sua preparação técnico-profissional)
- O **dano estético** (correspondente à repercussão das sequelas, numa perspectiva estática e dinâmica, envolvendo uma avaliação personalizada da imagem em relação a si próprio e perante os outros), fixável no grau [grau], numa escala de sete graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].....
- O **prejuízo de afirmação pessoal** (correspondente à impossibilidade estrita e específica para a vítima de se dedicar a certas actividades culturais, desportivas ou de lazer, praticadas previamente ao evento responsável pelas sequelas e que representavam, para esta, um amplo espaço de realização pessoal), fixável no grau [grau], numa escala de cinco graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].
- O **prejuízo sexual** (correspondente à limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das sequelas físicas e/ou psíquicas, não se incluindo aqui os aspectos relacionados com a capacidade de procriação), fixável no grau [grau], numa escala de cinco graus de gravidade crescente, tendo em conta [justificar].....

CONCLUSÕES

- A data da cura/consolidação médico-legal das lesões é fixável em [data].....
- Período de incapacidade temporária geral total fixável em [n.º de dias] dias.
- Período de incapacidade temporária geral parcial fixável em [n.º de dias] dias.....
- Período de incapacidade temporária profissional total fixável em [n.º de dias] dias. ...
- Período de incapacidade temporária profissional parcial fixável em [n.º de dias] dias..
- *Quantum doloris* fixável no grau [grau]/7.
- Incapacidade permanente geral fixável em [taxa]% (à qual acresce, a título de dano futuro mais [taxa]%).
- As sequelas descritas são, em termos de rebate profissional, [descrever]
- Dano estético fixável no grau [grau]/7.
- Prejuízo de afirmação pessoal fixável no grau [grau]/5.....
- Prejuízo sexual fixável no grau [grau]/5.....

Porto, [Data]

O(a) Perito(a) Médico(a)

(assinatura do perito)



AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL - DIREITO DO TRABALHO

INFORMAÇÃO

A informação sobre o evento, a seguir descrita, foi prestada pelo(a) Examinando(a) e/ou seu acompanhante.....

A. HISTÓRIA DO EVENTO

O(a) Examinando(a) tem [anos] anos de idade e à data do evento era [actividade /situação profissional] sendo actualmente [actividade /situação profissional]

No dia [data], pelas [horas] horas, terá sofrido [caracterização da ocorrência]

Do evento terá resultado [descrição das lesões]

Na sequência do evento [assistência médica]

B. DADOS DOCUMENTAIS

Da documentação clínica que nos foi facultada consta:

[descrição]

C. ANTECEDENTES

1. Pessoais

Antecedentes patológicos e/ou traumáticos relevantes para a presente avaliação:

[descrição]

2. Familiares

Antecedentes patológicos relevantes para a presente avaliação:

[descrição]

ESTADO ACTUAL

A. QUEIXAS

Nesta data refere [descrever queixas a nível funcional e para as situações da vida diária]

B. EXAME OBJECTIVO

1. Estado geral

O(a) Examinando(a) apresenta-se [estado geral, consciência, orientação, colaboração] .

O(a) Examinando(a) é [lado dominante] e apresenta [tipo de marcha]

2. Lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento

O(A) Examinando(a) apresenta as seguintes lesões e/ou sequelas:

[lesões e/ou sequelas]

3. Lesões e/ou sequelas sem relação com o evento

O(A) Examinando(a) apresenta as seguintes lesões e/ou sequelas:

[lesões e/ou sequelas]



C. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

[descrição].....

CONCLUSÕES PRELIMINARES

Para uma avaliação mais completa das consequências médico-legais do evento:

- Deverá ser marcado novo exame, num período não inferior a [n.º de dias] dias, dado que nesta data as lesões ainda não se encontram curadas/consolidadas
- Solicita-se o envio dos seguintes documentos clínicos: [documentos clínicos], [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de novo exame.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização deverá ser solicitada pela entidade requisitante a estabelecimento(s) idóneo(s) [nome do(s) Estabelecimento(s)], após o que o(s) respectivo(s) relatório(s) deverá(ão) ser remetido(s) a este Gabinete, [verificando-se / não se verificando] a necessidade de marcação de novo exame.
- Deverá o(a) Examinado(a) ser submetido(a) a exame da(s) especialidade(s) de [especialidade(s)], cuja realização terá lugar neste Gabinete, no(s) dia(s) [data e hora] horas, tendo o(a) Examinado(a) sido já notificado(a) para esse efeito.....

DISCUSSÃO

1. Os elementos disponíveis [permitem / não permitem] admitir o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano.....
2. A data da cura/consolidação médico-legal das lesões é fixável em [data], com base em [descrever]

CONCLUSÕES

1. Data da cura/consolidação médico-legal das lesões: fixável em [data].....
2. Incapacidade Temporária Absoluta: [n.º de dias]
3. Incapacidade Temporária Parcial: [n.º de dias e %]
4. Incapacidade Permanente: [%]



Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Medicina Legal / Clínica Médico-Legal

IDADE : [Idade]	PROFISSÃO: [Profissão]	POSTO DE TRABALHO: [Posto de trabalho]
--------------------	---------------------------	---

RÚBRICA DA TABELA A QUE CORRESPONDEM AS LESÕES OU DOENÇAS	COEFICIENTES DE INCAPACIDADE PREVISTOS NA TABELA	FACTORES DE BONIFICAÇÃO (se for caso disso)	OUTROS FACTORES DE CORRECÇÃO (A)

COEFICIENTES ARBITRADOS (incapacidades parciais)	CAPACIDADE RESTANTE	DESVALORIZAÇÃO ARBITRADA

COEFICIENTE GLOBAL DE INCAPACIDADE :

(A) Anexo à ficha de incapacidade

(A utilizar para justificação, pelo(s) perito(s), quando ocorrer desvio dos coeficientes previstos na TNI—ponto 7 das Instruções Gerais)

[descrever]

Porto, [Data]

O(a) Perito(a) Médico(a)

(assinatura do perito)

OFENSAS À INTEGRIDADE FÍSICA

A prática de determinado facto considerado crime impõe sempre a averiguação dos pressupostos da punição criminal. Ou seja, para se dizer que se verificou uma conduta tida como crime, para lhe atribuir existência jurídico-penal, a mesma tem de ser percepcionada e recebida pelo sistema da administração da justiça penal mediante a iniciativa do desencadeamento da investigação da sua prática e, posteriormente, a decisão de a submeter ou não a julgamento.

É através da investigação criminal que se visa reunir um conjunto de dados e elementos que possam comprovar os factos denunciados ou de que se teve conhecimento, impondo-se para a sua caracterização jurídico-penal e para a punição do seu autor, a realização de uma série de diligências relacionadas com a realidade material que o facto modificou, como a pessoa do seu presumível autor, bem como da vítima, e que visam reunir os elementos susceptíveis de convencer o tribunal da prática de tal facto e da responsabilidade do autor que lhe é apresentado.

A origem e a necessidade da prova pericial assentam na circunstância de a apreciação dos factos num processo judicial criminal se impor ao julgador ou à autoridade judiciária a quem cabe instruir o processo, na sua função de desvendar o significado de provas pré-existentes ou de apreciar o seu valor. Para tanto, e além dos conhecimentos jurídicos e da experiência comum, carecem aquelas entidades de conhecimentos técnicos ou científicos. Ora, como tais entidades nem sempre possuem todos estes conhecimentos e eles se mostram “indispensáveis à apreciação da prova, permite a lei o recurso a meios auxiliares de avaliação, no que respeita ao esclarecimento dos pressupostos da apreciação da prova. A prova pericial não é facultativa mas obrigatória e tem como objectivo auxiliar o julgador no esclarecimento do significado de provas preexistentes e de apreciar o seu valor.

A propósito de um crime em que o respectivo acto de cometimento provoca na vítima lesões, avaliáveis através de sinais ou vestígios, só a respectiva verificação pericial permite confirmar, objectivamente, a alegação do facto praticado. Ora, a apreciação dessa verificação implica um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos, no âmbito da medicina, que faz com que a entidade que tem de apreciar os factos se tenha de socorrer de uma intervenção técnica especializada, assim se proporcionando espaço de intervenção à prova pericial médico-legal.

No processo de aplicação da justiça penal, a perícia médico-legal é um dos instrumentos utilizados pelas instâncias formais de controlo que operam nesse processo, sobretudo na fase de inquérito, pelo Ministério Público (e pelos órgãos de polícia criminal, no âmbito das competências de investigação que a estes são legalmente cometidas e delegadas por aquelas autoridades). A



lei processual penal confere à perícia a qualidade ou estatuto de instrumento essencial de auxílio à autoridade judiciária na apreciação de factos que requerem conhecimentos de carácter médico ou biológico.

Considerando então que o dano corporal objectivamente produzido em determinada pessoa pode, consoante a presença, no caso concreto, dos elementos caracterizadores e distintivos dos tipos legais, ser abarcado ou enquadrado em diferentes qualificações jurídico-penais, importará que a perícia constitua um instrumento que, qualquer que seja o contexto típico, habilite o julgador (ou o Ministério Público, na fase de inquérito) a afirmar a existência (ou a inexistência) do dano corporal que o tipo legal supõe.

Através da perícia médico-legal deve proceder-se, pois, à descrição pormenorizada do dano e das suas consequências para o ofendido (sua natureza e extensão, efeitos para o corpo e a saúde do ofendido, eventual criação de perigo para a vida, prestando informação sobre a influência da conduta do agente na produção do resultado, e sobre a adequabilidade da agressão à produção do resultado), justificando (numa perspectiva científica) a orientação da conclusão médico-legal.

a) O artigo 144º do Código Penal como instrumento de avaliação do dano corporal

aa) Para efeito da qualificação jurídico-penal da conduta

De entre os tipos legais de crimes que incluem danos corporais (ofensas à integridade física), ou a criação de perigo para a vida ou para a integridade física, o tipo legal de crime do artigo 144º do Código Penal (CP) é o único que expressamente objectiva ou concretiza resultados típicos que constituem formas de ofensa ao corpo ou à saúde.

Sobre a epígrafe “*Ofensa à integridade física grave*”, o artigo 144º do Código Penal de 1982, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º48/95 de 15 de Março, determina o seguinte:

“Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa 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 ou de procriação, 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 2 a 10 anos.”*

Este artigo constitui uma modalidade agravada do crime de ofensas corporais simples, em que o bem jurídico protegido é a integridade física, elencando o legislador uma série de consequências para o corpo e para a saúde do ofendido, as quais, traduzindo a gravidade da ofensa, justificam e



merecem um acentuado juízo de censura penal, constituindo igualmente circunstâncias de agravação da moldura penal do crime de ofensas à integridade física simples (art. 143º), quando o agente, praticando as ofensas previstas no artigo 143º vier a produzir as ofensas previstas no artigo 144º.

Apoiando-nos nas reflexões de Oliveira Sá, consideramos que os conceitos de “*ofensa corporal*” ou de “*ofensa à integridade física*”, deveriam antes dar lugar à noção de “*ofensa pessoal*” ou de “*ofensa à integridade da pessoa*”, na medida em que os primeiros conceitos nos remetem para a noção de lesões no corpo, não sendo apenas estas “*lesões*” que importa avaliar.

Na verdade, sabemos hoje que o dano no corpo tem repercussões psicológicas, morais e sociais importantes, que não podem ser menosprezadas, e sabemos que muitas vezes, mesmo na ausência de lesões no corpo, certas situações traumatizantes provocam distúrbios psicológicos e morais que devem ser valorizados. Aliás, o legislador, ao recorrer não apenas à noção de “*corpo*” mas, também, de “*saúde*”, abriu exactamente a porta para esta interpretação. Isto porque a saúde não se refere apenas ao corpo mas, de forma mais genérica, ao “*estado de completo bem-estar físico, mental e social*” (Carta da OMS, 1947). No entanto, porque tal constitui um estado naturalmente utópico, preferimos a definição de René Dobus que, orientando-nos da mesma forma para aquela interpretação, é contudo mais objectiva, considerando saúde como um “*estado relativamente isento de incómodo e sofrimento*”.

Estas ofensas ao corpo ou à saúde são tradicionalmente descritas, em linguagem médico-legal, como “*dano corporal*” (ainda que, também aqui, preferíssemos o conceito de “*dano na pessoa*”).

Os vários resultados (os vários tipos de danos) previstos nas alíneas do artigo 144º do Código Penal constituem parâmetros da avaliação do dano que devem servir de referência ao perito quanto à natureza da informação e aos termos em que ela deva ser prestada. Isto implica que não obstante os conceitos utilizados pelo legislador penal possam, em algumas circunstâncias, não ter correspondência exacta com os conceitos médicos a utilizar na avaliação do dano, permanece a obrigação do perito médico-legal (e dos serviços médico-legais) de, procedendo à avaliação médico-legal, auxiliar o julgador a classificar os factos (os danos sofridos pela vítima) de acordo com a tipificação legal.

No entanto, como veremos, o perito médico-legal, através da realização do exame de clínica médico-legal, pronuncia-se apenas sobre um dos elementos da responsabilidade penal inerente à prática do ilícito criminal, isto é, sobre o dano corporal (e a sua relação com a ofensa praticada) e, não obstante as informações que recolha sobre as circunstâncias da prática do facto, não lhe cabe pronunciar-se sobre a intenção do agente, ou sobre a qualificação jurídico-penal da respectiva conduta, questões cujo esclarecimento é da competência do Ministério Público, em sede de inquérito, do Juiz, na fase da instrução, e do Tribunal de julgamento.



Analisemos, então, alguns dos aspectos deste artigo que mais dificuldades e dúvidas levantam em termos da avaliação médico-legal do dano corporal:

1. Privação de importante órgão ou membro, ou desfiguração grave e permanente:

Os aspectos referidos na primeira alínea do artigo 144º do Código Penal reportam-se, essencialmente, às lesões a nível do corpo.

O primeiro conceito proposto neste ponto, e que pode levantar dúvidas, é o de “órgão”. Afirmava Carlos Lopes que não há uniformidade da apreciação sobre o que deve entender-se por órgão em medicina legal, nem entre os médicos legistas, nem entre os juristas. E no seu livro, citando Francisco Coimbra, apresentava a seguinte definição de “órgão”: “parte componente de um aparelho que contribua de modo especial para as funções desse aparelho necessárias à economia animal”.

Também quanto ao conceito de “membro” se colocam dúvidas sobre a privação prevista corresponder a uma privação total ou parcial.

Relativamente a estas questões, o actual Código Penal limita os órgãos e membros valorizáveis no âmbito do artigo 144º, àqueles que são “importantes”. Por outro lado, Ribeiro de Faria esclarece que a importante privação de órgão ou membro a que alude a alínea a) “tem lugar sempre que a actuação do agente conduz à supressão de um órgão ou membro, de tal forma que estes ficam impedidos de realizar a sua função como parte integrante do corpo humano”. Assim sendo, esta privação traduz-se não apenas na privação anatómica mas, também, na privação ou afectação grave da função do órgão ou membro. Esta afectação não tem, obrigatoriamente, carácter permanente.

A importância é susceptível de ser avaliada, “em primeira linha”, pela ciência médica que em cada momento pode dizer o que deve entender-se por importante órgão ou importante membro (através da descrição pormenorizada das consequências da sua produção, incluindo o efeito nas situações concretas da vida da vítima), pelo que os juristas deverão poder contar, sempre, com uma informação precisa do perito médico-legal quando se colocar uma hipótese destas.

Do que atrás se referiu resulta que essa importância se determina tendo também em conta os factores individuais da vítima. Com efeito, subjacente ao emprego deste qualificativo encontra-se o entendimento de que este “tem uma função própria, pois as lesões do corpo previstas na alínea devem ser entendidas em sentido amplo. Assim, a privação de um dedo de um pianista é um exemplo demonstrativo do alcance do termo em causa.”.

Ou seja, os órgãos e membros contemplados neste artigo serão aqueles que funcionalmente sejam relevantes, podendo a sua “privação” ser total ou parcial, temporária ou permanente.



Quanto à noção de “desfiguração”, a que está subjacente a noção de dano estético, indica-nos o Código Penal que esta deverá ser grave e permanente.

Assim, o perito deverá informar se a desfiguração é ou não permanente, ou seja, se não é susceptível de ser alterada com o tempo ou através de uma intervenção médico-cirúrgica.

Já quanto à sua gravidade, entende-se que o perito terá, em muitos casos, sérias dificuldades na utilização do adjectivo proposto, pelo que se considera que além da descrição e fotografia do dano, poderá o perito, para melhor esclarecimento do Magistrado, quantificar a desfiguração fazendo recurso aos graus de uma escala. Esta valorização deve ter em conta a extensão e visibilidade do dano, bem como a circunstâncias pessoais da vítima (como o sexo, idade e profissão) que relevem para a sua situação específica no contexto relacional. Apesar de se ter referido a questão da visibilidade, refira-se que a desfiguração não se limita ao rosto ou a zonas descobertas do corpo.

No relatório médico-legal deverá pois o perito descrever pormenorizadamente o dano, fotodocumentando-o (com autorização da vítima), sobretudo quando este se localiza em áreas não acessíveis à vista sem a vítima se despir.

Este dano não deve ser considerado apenas do ponto de vista estático (exemplo: cicatriz, amputação) mas, também, dinâmico (exemplo: claudicação importante na marcha, desvio da comissura labial com perturbação da mímica facial e da fala).

2. Tirar ou afectar, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, ou de procriação, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem:

A segunda alínea do artigo 144º do Código Penal refere-se ao dano a nível funcional, incluindo as suas implicações em termos situacionais.

Colocam-se aqui duas questões relativas à capacidade de trabalho: será este dano definitivo ou poderá ser temporário, desde que grave? Qual o tipo de trabalho em causa: geral ou profissional? Relativamente à primeira questão, é assente que o dano agora em apreço tanto pode ser permanente como temporário, bastando que seja grave: “tirar-lhe” revela carácter de permanência, enquanto “afectar-lhe” pode ter carácter permanente ou temporário.

Quanto à segunda questão, a capacidade para o trabalho, constante da alínea b) do artigo 144º do Código Penal, deve ser entendida como a possibilidade de exercício da profissão da vítima, bem como de qualquer outra actividade não profissional, isto é, dever-se-á avaliar a incapacidade profissional e a geral.

Ao referir a afectação da capacidade de trabalho, não se abstrairá, então, o perito médico-legal de proceder a uma valorização específica e particular da actividade profissional do ofendido, independentemente do eventual conhecimento e intenção que o autor da ofensa teve ao praticar o acto. É que, para a verificação do crime de ofensas corporais graves, para além da verificação



objectiva dos resultados previstos no artigo 144º, “é ainda necessária a imputação subjectiva do evento ao agente; é necessário que o agente tenha querido aquele resultado ou, pelo menos, o tenha admitido como consequência possível da sua conduta”; ou seja, este crime, ao nível dos elementos subjectivos do tipo legal, pressupõe um duplo dolo, um dolo quanto à ofensa corporal, ou seja, um dolo de ofender corporalmente e um dolo quanto ao resultado que advém da ofensa.

Por outro lado, comprovando-se que o agente quis determinado resultado (como sejam um resultado de ofensas corporais simples) e veio a criar com a sua conduta resultado diferente (como seja um resultado de ofensas corporais graves) a sua conduta integrará o crime “praeterintencional” previsto e punido no artigo 145º, nº2 do Código Penal.

Assim se assinala - a propósito do tipo de trabalho que deve ser avaliado -, a distância teleológica entre a avaliação pericial e a qualificação jurídica dos factos.

Deve pois constar dos relatórios periciais a informação relativa à afectação temporária da capacidade de trabalho (geral e profissional), quantificada em número de dias e, da mesma forma, a gravidade da afectação permanente da capacidade de trabalho (também geral e profissional). A dificuldade está, como refere Oliveira Sá, em definir, caso a caso, quando se está perante uma “afectação grave”.

Quanto às perturbações das capacidades intelectuais, ou de procriação, ou da possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem, devem estas, por igual, ser descritas, considerando os seus aspectos temporários e definitivos, bem como a gravidade da sua afectação (tendo em conta as respectivas repercussões concretas na vida do ofendido).

3. Doença particularmente dolorosa ou permanente, anomalia psíquica grave ou incurável, perigo para a vida

As duas últimas alíneas do artigo 144º do Código Penal referem-se ao prejuízo para a saúde.

A noção de “doença particularmente dolorosa” corresponderá a uma situação clinicamente identificada como causadora de elevado sofrimento físico, podendo ser temporária ou permanente.

A avaliação da intensidade deste sofrimento pode ser feita através da descrição do tipo de lesões sofridas e dos tratamentos ministrados (da penosidade e morosidade que envolvem).

Relativamente às “anomalias psíquicas”, estas justificarão sempre uma avaliação por psiquiatria forense, sendo fundamental, ainda que por vezes complexo, o estabelecimento do nexo de causalidade entre a agressão e a anomalia psíquica, que deverá ser fundamentado no relatório médico-legal.

Quanto à questão do “perigo para a vida”, há que o distinguir das situações de perigo potencial, a que chamamos risco - como por exemplo, na sequência da possibilidade de surgirem complicações. “O perigo que a lesão da integridade física gera para a vida do ofendido, a que se



refere o artigo 144º, alínea d), do CP/95, é o perigo concreto e não o simplesmente abstracto.”. Assim, deve entender-se que existe perigo para a vida apenas quando se verifica “(...) um perigo sério, actual, efectivo e não remoto ou meramente presumido, para a vida do lesado”, aqui se compreendendo as situações que correspondem à formulação clínica de um "prognóstico reservado".

ab) Para efeito de indemnização civil

Referimos, como objectivo da avaliação do dano corporal em sede de Direito Penal, a coadjuvação da justiça, no âmbito da produção da prova pericial técnico-científica para efeito da tipificação da ofensa e atribuição da sanção penal.

Há contudo que ter em conta que é a avaliação do dano (no que respeita às consequências das lesões para a saúde do ofendido e respectiva repercussão na sua vida diária, social e profissional) que permite a fundamentação do direito a uma reparação pelos danos sofridos, obtida, seja mediante pedido civil de indemnização de perdas e danos emergente de um crime formulado no processo penal (artigo 129º do CP), seja mediante pedido civil de indemnização deduzido no tribunal civil, nas situações e nos termos previstos no artigo 72º do CPP, seja ainda mediante a fixação de uma indemnização, a requerimento do lesado, nas situações e nos termos previstos no artigo 130º do CP.

Ora, seguindo a indemnização a lei civil, importa que o relatório médico-legal produzido no âmbito do Direito Penal (para qualificação da ofensa) não se afaste muito daquele produzido no âmbito do Direito Civil (para atribuição de indemnização), quantos aos conceitos usados e à metodologia seguida na sua elaboração.

Desta forma, é fundamental que a intervenção pericial médico-legal, qualquer que seja o contexto substantivo ou processual em que se avalie o dano, possibilite à vítima usufruir de uma avaliação médico-legal efectuada em idênticos moldes, ou seja, contemplando a totalidade dos parâmetros de dano sofridos, e avaliando-os de acordo com a mesma metodologia.

Nesta perspectiva, consideramos que será adequado equacionar a possibilidade de estabelecer um paralelismo entre os conceitos usados no artigo 144º do Código Penal, e portanto na elaboração do relatório pericial no âmbito do Direito Penal, e os conceitos (parâmetros de dano) usados no Direito Civil. Tal possibilidade não nos parece difícil, podendo revelar-se até vantajosa: por um lado, por permitir descrever o dano de uma forma sistematizada, e quantificá-lo com base numa metodologia amplamente testada, o que poderá facilitar a tipificação da ofensa pelos Magistrados; por outro lado, porque nas situações em que haja simultaneamente pedido de indemnização cível, o relatório usado para este fim será garantidamente do mesmo tipo dos usados nos processos cíveis, evitando assim diferenças importantes no tratamento jurídico dos casos e, desta forma, indesejáveis assimetrias na administração da justiça.



Nesta perspectiva, avançamos com algumas propostas, tendo em vista uma possível harmonização futura da actividade pericial nestes dois âmbitos do Direito.

No que ao conceito de “desfiguração” se refere, este - nos casos em que é permanente -, coincide com o conceito de “dano estético” pelo que, para além da descrição pormenorizada deste dano, no relatório médico-legal poderá constar a sua quantificação com base na escala de 7 graus de gravidade crescente, usada em sede de Direito Civil. Tal avaliação poderá ser útil para o Magistrado determinar a gravidade da ofensa.

Relativamente ao dano “perda de órgão ou membro” este, além de ser pormenorizadamente descrito pelo perito nos seus aspectos anatómicos e funcionais [para efeitos da alínea a) do artigo 144º do CP], deverá também fazer referência à sua repercussão na vida concreta do ofendido. Esta análise global e personalizada do dano, em todas as suas dimensões, poderá permitir integrá-lo nas consequências previstas na alínea b) daquele artigo, relativas, entre outras, à “capacidade de trabalho e de utilização do corpo”.

Assim, no que diz respeito à “capacidade de trabalho”, consideramos que será mais esclarecedor (diminuindo-se simultaneamente o risco de interpretações menos claras por parte dos peritos e Magistrados), descrever o dano e quantificá-lo nas suas várias vertentes. Para a afectação temporária da capacidade de trabalho, serão quantificados os dias de “incapacidade de trabalho geral e profissional”, podendo esta incapacidade ser temporária ou absoluta. Se o dano é permanente, será assinalado se se trata de uma perda da capacidade de trabalho geral - que corresponderá à “incapacidade absoluta permanente geral” - ou, antes, se se trata de uma afectação permanente – que corresponderá à “incapacidade parcial permanente geral”. Neste último caso, deverá referir-se qual a taxa de incapacidade permanente geral a atribuir, sendo esta calculada de acordo com os critérios usados na avaliação do dano corporal no âmbito do Direito Civil. Tal informação, poderá revestir-se de grande utilidade para o Magistrado decidir da gravidade do dano e, posteriormente, da indemnização (aqui se incluirá a quantificação das outras consequências previstas no artigo 144º do Código Penal, como a perda de órgão ou membro, a afectação ou perda da capacidade de utilização do corpo, dos sentidos ou da linguagem ou, ainda, a dor permanente). Quanto ao aspecto da incapacidade permanente profissional, sugerimos que, também aqui, como no em sede de Direito Civil, se proceda à descrição do “rebate profissional”.

No que se refere à terceira alínea do artigo em apreço, a questão da definição de “doença particularmente dolorosa” poderá ser avaliada pelo perito - quando se trate de doença temporária -, em termos de “*Quantum Doloris*” – como no âmbito do Direito Civil -, através da respectiva descrição e quantificação numa escala de 1 a 7 graus de gravidade crescente. No caso da dor ser permanente, como se referiu, esta deverá ser valorizada e quantificada nas alterações funcionais descritas na alínea b) do artigo 144º.



b) A presunção médico-legal da intenção de matar

A culpa é a pedra de toque do direito penal, cabendo a sua apreciação, exclusivamente, aos tribunais. Apreciar a culpa é, fundamentalmente, apreciar a intenção do agente. Ora, em sede médico-legal e a propósito da apreciação de lesões resultantes de agressões, era tradição na doutrina e na prática pericial os peritos pronunciarem-se sobre a presunção médico-legal da intenção de matar, com base no disposto nas Instruções Regulamentares de 1900 (Decreto de 8 de Fevereiro de 1900).

Porém, de acordo com os desenvolvimentos doutrinários recentes no âmbito da Medicina Legal Portuguesa, a questão da referência à intenção de matar, ainda que através de presunção médico-legal, parece ter definitivamente inflectido para o rumo certo, ao assumir-se que ao médico legista compete apenas fornecer à Justiça os elementos objectivos colhidos na perícia, cabendo inequivocamente ao Juiz, e só a ele, na posse da totalidade dos elementos probatórios (periciais e extra-periciais), a responsabilidade da decisão nessa matéria.

Não cabe ao perito médico pronunciar-se sobre a intenção com que os ferimentos foram produzidos; são, antes, as próprias ofensas que indicam a intenção com que foram feitas, sendo o perito apenas o observador e relator da circunstância. Este entendimento vinha sendo regularmente expresso nas decisões dos Tribunais, constituindo hoje jurisprudência uniforme que a conclusão constante do relatório médico de que "se deve presumir intenção de matar" não configura um juízo técnico-científico (juízo de técnica médica) abrangido pelo artigo 163º do CPP, mas apenas um juízo de probabilidade sobre essa intenção, sendo apreciado segundo as regras da experiência e a livre convicção do julgador.

Na prova pericial apenas é subtraído à livre apreciação do julgador o juízo técnico (científico ou artístico), que não se deve confundir quer com o juízo de probabilidade, quer com o juízo opinativo que neles frequentemente são expressos. Os dados objectivos que permitiram presumir à perícia médico-legal a intenção de matar e a intenção com que o agente na realidade, age, não são a mesma coisa. Esses dados, elemento importante na indagação da intenção, raramente são concludentes. Por isso, o tribunal pode, com base nas provas produzidas em audiência, dar como provada a intenção de matar, ainda que os peritos tenham declarado que ela não se podia presumir.

De acordo com o que se deixa expresso, a avaliação pericial do dano é uma fase meramente saneadora da factualidade que requer uma apreciação biológica, que se situa em plano distinto e distante da qualificação jurídica da conduta do agente.

Resulta então que o papel do perito será apenas o de pronunciar-se sobre a adequabilidade de determinado facto - em regra, uma agressão - a produzir determinado resultado; isto é, deverá o perito, considerando a sede do ferimento ou do traumatismo (por exemplo, se foi atingida região



que aloja órgão essencial à vida, como o tórax ou a cabeça), as respectivas características (por exemplo, seu número, extensão e profundidade) e o instrumento que denota ter sido utilizado, pronunciar-se sobre a adequação da agressão à produção da morte da vítima.

A antiga questão da presunção médico-legal reconduz-se assim à afirmação de um juízo pericial, técnico e científico – e já não de mera probabilidade – relativo, não à intenção do agente, mas à perigosidade da sua conduta, especialmente dos concretos actos agressivos e do instrumento por este utilizado. Tal juízo pode revelar-se importante para o Magistrado, em sede de investigação e decisão sobre as modalidades do dolo do agente, quanto à afirmação de que este representou, ou deveria ter representado, o resultado produzido como consequência necessária ou, ao menos, possível da sua conduta.

Consequentemente, em sede de reformulação e uniformização dos modelos de relatórios de avaliação do dano em direito penal, eliminou-se a conclusão relativamente à presunção médico-legal da intenção de matar, que alguns serviços ainda utilizavam e que outros haviam já eliminado desde os finais da década de oitenta.

c) Considerações finais

1. O artigo 144º do Código Penal como instrumento de avaliação do dano corporal pós-traumático apresenta substanciais limitações e é gerador de dúvidas e dificuldades na sua aplicação à ciência médica. Mas, para lá da questão do instrumento proposto, o fundamental é que o perito seja capaz de descrever o dano corporal em todos os seus níveis, de forma sistematizada e pormenorizada, fundamentando sempre as suas conclusões, sem que no entanto tenha que enquadrar a ofensa em qualquer artigo ou, ainda menos, presumir a intenção do matar (ainda que apenas segundo a perspectiva médico-legal).
2. A “missão” pericial para avaliação do dano corporal no âmbito do Direito Penal é permitir às autoridades judiciárias e judiciais uma sustentada apreciação jurídica do caso, através da descrição das consequências médico-legais do facto praticado, tendo como parâmetros as consequências previstas nas diversas alíneas do artigo 144º do Código Penal, e ainda a perigosidade da conduta do agente.

Cabe então ao perito, na sua “missão pericial”:

- descrever pormenorizadamente o dano e as suas consequências para o ofendido;
- afirmar que tipo de resultados típicos, em abstracto, é que o dano ou as suas consequências constituíram ou são susceptíveis de constituir (indicar a consequência que a lei prevê, abstendo-se de propor a aplicação de qualquer norma incriminadora, o que constitui campo da exclusiva competência e responsabilidade das autoridades judiciárias e judiciais);
- fundamentar, médico-legalmente, a sua conclusão.



3. O perito médico-legal, ao efectuar o exame e ao elaborar o relatório tem forçosamente de ter presente a sua finalidade, a qual, como vimos, poderá ser:

- o enquadramento jurídico-penal da conduta do agente e a respectiva invocação na decisão judiciária que põe fim ao inquérito, e nas decisões judiciais que se hajam de tomar em sede de instrução e de julgamento;
- a atribuição de uma indemnização ao ofendido pelos danos sofridos.

Assim, só vislumbramos vantagens numa possível opção de uma metodologia comum para a avaliação do dano corporal em Direito Penal e Civil, metodologia esta que, aproximando-se da actualmente em vigor para o Direito Civil, permitirá:

- facilitar a definição e harmonização de conceitos, o que é fundamental à melhoria da comunicação entre medicina e direito;
- não só descrever o dano, como quantificá-lo de acordo com metodologias testadas e reconhecidas a nível europeu;
- garantir que, a haver pedido de indemnização civil no processo crime, este será apreciado com base nos mesmos critérios utilizados para a apreciação do pedido de indemnização nos tribunais civis, garantindo, desta forma, com base na igualdade de tratamento, uma mais justa administração da justiça.

(Extrato do artigo: *Avaliação do dano corporal em Direito Penal. Breves reflexões metodológicas* - *Revista de Direito Penal*, II (1): 63-82, 2003, Teresa Magalhães, Diogo Pinto da Costa, F. Corte-Real, Duarte Nuno Vieira)

Referências bibliográficas

- Domingues, B. (1965): *Investigação Criminal*. Lisboa: Edição do Autor.
- Marques da Silva, G. (1993): *Curso de Processo Penal*, Vol. II. Lisboa: Editorial Verbo.
- Maia Gonçalves, (1996): *Código Penal Anotado*. 9ª Ed.. Coimbra: Almedina.
- Oliveira Sá, F. (1991): As ofensas corporais no Código Penal: uma perspectiva médico-legal. Análise de um workshop, *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 3: 409-443.
- Ribeiro de Faria, J. (1999): Ofensas à integridade física graves. Em J. de Figueiredo Dias, *Comentário Conimbricense ao Código Penal, Parte Especial, Tomo I, Artigos 131º a 201º*. Coimbra: Coimbra Editora, 223-239.
- Leal-Henriques, M. e Simas Santos, M. (2000): *Código Penal Anotado*. Lisboa: Rei dos Livros.

MAUS TRATOS NO CONTEXTO FAMILIAR

1. Introdução

A violência no contexto familiar faz parte integrante da experiência de muitos lares o que tem levado vários autores a considerar que a casa é um dos lugares mais perigosos das sociedades modernas. Em termos estatísticos, uma pessoa de qualquer idade ou sexo corre mais perigo de ser atacada em sua própria casa que em outro lugar qualquer.

Apesar de haver quem afirme que as mulheres são tão violentas como os homens, tanto em relação aos seus maridos como para com os filhos, o certo é que muitos estudos têm mostrado que a violência cometida por mulheres é mais contida e episódica que a dos homens. Quando se manifesta é fundamentalmente sob aspectos de ordem psicológica, sendo muito menos provável que cause tantos danos físicos continuados como acontece quando é cometida por homens. Na maioria dos casos são os homens os agressores e as mulheres as vítimas. As crianças são as primeiras vítimas de violência no contexto familiar e as mulheres as segundas; os idosos são também um grupo importante de vitimização neste contexto que, no entanto, tem sido alvo de poucos estudos, até à data.

Os maus tratos em contexto familiar constituem um grave e delicado problema social, de enorme complexidade. Esta complexidade resulta, essencialmente, de três aspectos:

- a) dos vários cambiantes do conceito de maus tratos (relacionados com factores culturais e sócio-económicos e com a área profissional ao nível da qual é feita a sua abordagem);
- b) dos seus mecanismos etiológicos: problemas como a precariedade sócio-económica, o alcoolismo, a baixa formação escolar ou o excesso de *stress* são frequentemente associados aos maus tratos físicos, revestindo-se estes de maior visibilidade relativamente a outras formas de violência, como os maus tratos emocionais, mais característicos dos núcleos sócio-economicamente favorecidos (neste último caso, a detecção dos maus tratos é mais dificultada pela disponibilidade dos recursos necessários, na família, para, sem resolver o problema, o manter no anonimato);
- c) das várias modalidades de abordagem da problemática, desde a intervenção (informal ou formal) à prevenção.



O trabalho de protecção destas vítimas requer o máximo de cooperação, não só das instituições públicas competentes neste âmbito, e dos profissionais que com elas trabalham, como, também, da população em geral, das próprias vítimas e das suas famílias.

Muitas vezes, é a desinformação profissional que impede que se detectem e tratem estes casos de forma atempada e correcta. Verifica-se, frequentemente, que uma primeira intervenção tem apenas lugar quando a situação já atingiu um nível de dano grave e irreversível para a vítima e para a sua família. Daí a necessidade de potenciar os meios e as estratégias adequadas para intervir precocemente nestes casos e prevenir o aparecimento de outros.

A nenhuma disciplina ou profissional isolado se pode atribuir a responsabilidade do diagnóstico e protecção de uma vítima de maus tratos, devendo partilhar-se esta responsabilidade na fase mais inicial possível para que as suspeitas possam ser confirmadas e implementadas as apropriadas medidas de intervenção e suporte.

Importa, pois, estabelecer linhas gerais de orientação no sentido de harmonizar conceitos e práticas entre os diferentes profissionais que trabalham com estes casos.

Assim, na abordagem desta problemática haverá que considerar a necessidade de:

- a) definir objectivos concretos, neste caso a protecção da pessoa em perigo, tendo sempre em conta o seu melhor interesse e bem estar, sem esquecer o respeito pelos direitos dos restantes familiares (evitando a desagregação da família, a recidiva e a revitimização);
- b) aprofundar os estudos de investigação de modo a que a teorização seja apoiada em dados científicos que permitam uma actuação fundamentada e orientada de acordo com a realidade;
- c) desenvolver programas de prevenção:
 - informando correcta e adequadamente a população em geral (dado tratar-se de uma questão recente em termos de abordagem);
 - dando formação específica aos profissionais e voluntários;
 - trabalhando, de forma particular, com os grupos de risco e as vítimas de maus tratos;
- d) intervir na detecção dos casos e na reabilitação das vítimas através de um sistema de rede transdisciplinar:
 - definindo o papel e as competências das instituições e dos profissionais que trabalham com vítimas de maus tratos;
 - harmonizando conceitos, linguagens e metodologias;
 - responsabilizando cada profissional, no âmbito das suas competências, para uma atitude de trabalho transdisciplinar².

² este tipo de trabalho implica a articulação das práticas através da criação de canais de comunicação e de protocolos onde sejam definidas estratégias e metodologias de intervenção, tanto a nível formal como informal.



Não se pode deixar de realçar que os procedimentos aqui expostos implicam, sempre, que os profissionais que trabalham com estas situações possuam uma formação específica e que, em cada caso, procedam a uma avaliação individual, apoiada numa actualização constante dos seus conhecimentos e no acumulado da sua experiência.

Importa, pois, estabelecer linhas gerais de orientação no sentido de harmonizar conceitos e práticas entre os diferentes profissionais que trabalham com as vítimas deste tipo de violência. A abordagem desta problemática implica:

- e) a definição de objectivos concretos, neste caso a protecção da vítima em perigo, tendo sempre em conta o seu melhor interesse e bem estar, sem esquecer o respeito pelos direitos da família (evitando a desintegração da família, a repetição do dano e a revitimização);
- f) aprofundar os estudos de investigação de modo a que a teorização seja apoiada em dados científicos, que permitam uma actuação fundamentada e orientada de acordo com a realidade;
- g) educar para a prevenção;
- h) intervir na detecção e tratamento, através de um sistema de rede transdisciplinar.

2. Conceitos

Os **maus-tratos** podem ser definidos, de uma forma genérica como: *qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência (física, emocional e/ou psicológica), confiança e poder. Podem manifestar-se por comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e/ou afectos). Pela forma reiterada como geralmente acontecem, privam a vítima dos seus direitos e liberdades afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social, no caso das crianças) e/ou dignidade. Tais comportamentos deverão ser analisados tendo em conta a cultura e a época em que têm lugar.* Estes conflitos podem observar-se em diferentes contextos: na família ou em instituições. Os maus tratos podem, pois, resultar de omissão ou de acção:

- a) **Negligência:** comportamento regular de omissão, relativamente aos cuidados a ter com uma pessoa dependente, não lhe proporcionando a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, segurança, educação (no caso dos menores), afecto e saúde (no contexto dos recursos disponíveis pela família ou cuidadores), do qual resulta um dano na sua saúde e/ou desenvolvimento (físico, mental, emocional, moral ou social). Pode ser voluntário (com a intenção de causar dano) ou involuntário (resultante, em geral, da



incompetência dos responsáveis para assegurar os cuidados necessários e adequados). Inclui diversas formas: intra-uterina, física, psico-afectiva ou emocional, escolar, abandono e mendicidade.

- b) **Maus-tratos físicos:** qualquer acção, não accidental, por parte de pessoa com responsabilidade, poder ou confiança, que provoque ou possa provocar dano físico na vítima. Esse dano pode traduzir-se em lesões físicas (produzidas com ou sem instrumento), doença, sufocação, intoxicação ou síndrome de Munchausen por procuração. Pode ser uma ocorrência isolada ou repetida.
- c) **Abuso sexual:** no caso do menor consiste no seu envolvimento em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquele. Tratam-se de práticas que o menor não consegue compreender, para as quais não está preparado pelo seu desenvolvimento, às quais é incapaz de dar o seu consentimento informado e que violam a lei, os tabus sociais e as normas familiares. Pode ser intra ou extra-familiar (sendo mais frequente os primeiros) e ocasional ou permanente, ao longo da infância. Pode incluir a:
- obrigação do menor tomar conhecimento e presenciar conversas ou escritos obscenos, espectáculos ou objectos pornográficos ou actos de carácter exibicionista;
 - utilização do menor em fotografias, filmes ou gravações pornográficas, práticas sexuais de relevo (beijos na boca, carícia genitais e nas mamas, obrigação de manipular os órgãos genitais do abusador, toque entre ambos os órgãos genitais);
 - realização de coito (penetração oral, anal e/ou vaginal).

No caso dos adultos, consiste em obrigar a vítima a manter comportamentos sexuais para os quais não dá o seu consentimento e, portanto, contra a sua vontade, podendo ser usada a violência física ou emocional.

- d) **Abuso emocional:** acto de natureza intencional caracterizado pela ausência ou falha, persistente ou significativa, activa ou passiva, de suporte afectivo e de reconhecimento das necessidades emocionais da vítima, de que resultem efeitos adversos no seu desenvolvimento (físico, mental, emocional, moral ou social – no caso da criança) e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais, diminuindo a sua auto-estima. Pode manifestar-se através de insultos verbais, humilhação, ridicularização, desvalorização, ameaças, hostilização, rejeição, indiferença, discriminação, abandonos temporários, culpabilização, críticas, sujeição a participação em situações de violência doméstica extrema e/ou repetida, etc. Este tipo existe em todas as outras situações de maus-tratos, pelo que esta categoria só deve ser considerada quando isolada (quando constituir a única forma de abuso).



3. Dados epidemiológicos

É praticamente impossível determinar a incidência de casos de maus-tratos em qualquer país e, portanto, a morbilidade e mortalidade associadas. Tal dificuldade fica a dever-se ao facto de um elevado número de casos acontecer em meio familiar, sendo de baixa visibilidade, à aceitação social ainda verificada relativamente a muitos tipos de situações que leva à sua não comunicação, às dificuldades (receios ou incapacidade) nos diagnósticos de alguns destes casos e à falta de comunicação sistemática dos mesmos sempre que são diagnosticados.

4. Factores de risco

Os factores de risco de maus tratos são quaisquer influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de tais situações. São marcadores, correlações e, algumas vezes causas, que se dividem por características individuais, experiências de vida específicas ou factores de ordem contextual.

Estes factores podem funcionar como indicadores inespecíficos e aparecem, frequentemente, associados. A sua associação potencia o risco de se verificarem situações de maus tratos.

Associados ao risco estão identificados alguns factores que importa conhecer. No entanto, na sua avaliação, deve imperar sempre o bom senso do profissional, tendo em conta todo o contexto da situação, uma vez que qualquer destes factores, isoladamente, pode não constituir um factor de risco. É de assinalar que muitos dos factores, que a seguir se descrevem, resultam de estudos retrospectivos, desconhecendo-se ainda o grau de probabilidade de virem a constituir uma situação de risco.

- Características individuais do abusador

- a) alcoolismo, toxicodependência;
- b) perturbação da saúde mental ou física (*handicap*); antecedentes de comportamento desviante;
- c) personalidade imatura e impulsiva; baixo auto-controle e reduzida tolerância às frustrações; grande vulnerabilidade ao *stress*; baixa auto-estima;
- d) atitude intolerante, indiferente ou excessivamente ansiosa face às responsabilidades relativas à pessoa vitimizada, conduzindo à falência do sistema comunicacional de retroacção;
- e) incapacidade para admitirem que a vítima foi ou esteja a ser maltratada e incapacidade para lhe oferecer protecção no futuro;
- f) antecedentes de terem sofrido maus tratos infantis;
- g) idade muito jovem (inferior a 20 anos, sobretudo no caso das mães);



- h) baixo nível económico e cultural;
- i) desemprego;
- j) excesso de vida social ou profissional que dificulta o estabelecimento de relações positivas com os filhos.

- Características da vítima

- a) vulnerabilidade em termos de idade e de necessidades;
- b) personalidade e temperamento não ajustados ao abusador;
- c) perturbação da saúde mental ou física (*handicap*);
- d) sexo.

- Características do contexto familiar (fontes de tensão)

- a) família monoparental;
- b) família reconstituída com filhos de outras ligações;
- c) família com muitos filhos;
- d) família desestruturada:
 - relações disfuncionais (ex.: situação de violência doméstica, vínculos conjugais pouco sólidos, mudança frequente de companheiro);
 - crises na vida familiar (morte, separação, divórcio, etc.);
 - mudança frequente de residência ou emigração;
- e) famílias com problemas socio-económicos e habitacionais (extrema pobreza, situações profissionais instáveis e com más condições de trabalho, isolamento social - sem suporte na família alargada, vizinhos ou amigos, ou mantendo com estes um relacionamento conflituoso).

- Características do contexto social e cultural

- a) atitude social para com as crianças, as mulheres e os idosos;
- b) atitude social para com as famílias;
- c) atitude social em relação à conduta violenta.

Para além destes factores deveremos considerar os factores de intensificação do trauma:

- a) início precoce do abuso;
- b) duração e frequência do abuso;
- c) grau de violência envolvido;
- d) ocorrência de penetração vaginal ou anal, no caso de abuso sexual;
- e) ocorrência de abusos múltiplos por diferentes indivíduos;



- f) diferença acentuada entre as idades do abusador e da vítima;
- g) grau de secretismo estabelecido entre o abusador e a vítima.

5. Indicadores de maus tratos

Os indicadores ou sinais de alarme de maus tratos constituem *sinais* e *sintomas* meramente indicativos da possibilidade de existência de uma situação deste tipo, ou seja, da necessidade de um estudo mais aprofundado do caso. Assim, sempre que estiverem presentes, devem fazer suspeitar da existência de maus tratos ou de um contexto de risco para a pessoa, apesar das manifestações desses abusos serem muito variadas. Correspondem, em geral, às consequências, a curto e médio prazo, dos diferentes tipos de maus tratos.

Nenhuma lista de sinais e sintomas de maus tratos pode ser exaustiva, pelo que as listas que apresentamos constituem, apenas, uma orientação e apenas nesta base devem ser entendidas.

A grande maioria dos sinais ou sintomas não são patognomónicos (inequívocos) de determinado tipo de maus tratos, dado que:

- a) qualquer pessoa pode ser objecto de maus tratos e, portanto, qualquer delas que apresente lesões pode ser uma vítima;
- b) em cada uma pode haver uma sobreposição de diferentes tipos de maus tratos;
- c) aos sintomas de qualquer tipo de maus tratos associam-se, sempre, sintomas de abuso emocional;
- d) os sinais, mas sobretudo os sintomas, variam conforme a gravidade dos maus tratos, o sexo e idade da vítima, a sua capacidade para reagir e a existência de estruturas de apoio no seu meio;
- e) podem existir situações de maus tratos em que não existem sinais ou sintomas evidentes e em que a vítima revele uma relação saudável com o abusador, particularmente nos grupos etários mais baixos;
- f) podem existir sintomas sugestivos de maus tratos sem que estes se verifiquem, de facto.

No entanto, alguns sinais são inequívocos, como a gravidez, a presença de esperma no corpo de uma vítima de menor idade e certos tipos de lesões ou doenças (designadamente doenças sexualmente transmissíveis), carecendo, sempre, de uma apreciação médica especializada para o respectivo diagnóstico e valorização.

Há que ter em conta que a maior parte das lesões nas crianças são acidentais, resultantes da forma descuidada como brincam, mas algumas podem não o ser, pelo que em certas situações, se deve suspeitar. Por outro lado, em qualquer idade, uma mudança súbita do padrão de



comportamento anterior (sobretudo nos menores) pode ser considerado um indicador de maus tratos.

Esses sinais de alarme ou indicadores podem surgir isolados ou em conjunto e aparecer subitamente ou de forma evolutiva, podendo até mesmo nem existir, mas todos os adultos que foram vítimas destas situações na infância, e que têm sido estudados, admitem ter experimentado, de forma mais ou menos intensa, alguns sintomas específicos.

No geral, são crianças “difíceis”, com baixa auto-estima e imaturidade, sem expectativas em relação ao futuro, com dificuldades intelectuais, de aprendizagem, de linguagem e de integração.

Daremos exemplos de alguns indicadores, de acordo com o tipo de mau trato, relativamente às crianças e jovens:

1. Negligência:

Indicaremos aqui apenas os sinais e sintomas de negligência física, uma vez que para as outras formas há coincidência com o abuso emocional, sendo aí referidos.

1.1. Sinais:

- a) sinais físicos de negligência prolongada: atraso ou baixo crescimento, cabelo fino, abdómen proeminente, arrefecimento persistente, mãos e pés avermelhados (quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal);
- b) carência de higienização: sujidade, eritema genital, pediculose, etc. (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar);
- c) alimentação e/ou hábitos horários inadequados;
- d) vestuário desadequado em relação à época e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- e) vitaminopatias;
- f) cárie dentária;
- g) unhas quebradiças;
- h) infecções leves, recorrentes ou persistentes, ou outra doença crónica que não mereceu tratamento médico;
- i) hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- j) atraso no desenvolvimento sexual.

1.2. Sintomas:

- a) atraso nas aquisições sociais e em todas as áreas da maturidade (linguagem, motricidade, socialização);
- b) perturbações do apetite e comportamentos estranhos, como roubo de alimentos e tendência a enfiar-se com comida;



- c) perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, hiperactividade, agressividade;
- d) problemas de aprendizagem e absentismo escolar;
- e) pobre relacionamento com as outras crianças;
- f) condutas para chamar a atenção dos adultos;
- g) tendência à fantasia;
- h) comportamentos anti-sociais;
- i) falta persistente dos pais ou cuidadores na procura ou acompanhamento dos menores na escola e nos cuidados de saúde (ex.: incumprimento do calendário de vacinas).

2. *Maus tratos físicos:*

2.1. Sinais:

- a) lesões com diferentes tempos de evolução (ex.: equimoses com diferentes colorações);
- b) lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental para a faixa etária da criança (ex.: equimoses ou outros ferimentos na face, especialmente à volta dos olhos, orelhas ou boca – lábios, língua, dentes e freio; hematomas e contusões provocados na parte proximal das extremidades, zonas laterais da cara, orelhas e pescoço, genitais e nádegas);
- c) lesões com diferentes localizações;
- d) lesões desenhando marcas de objectos (ex.: fivela de cinto);
- e) queimaduras ou suas cicatrizes, com bordos nítidos (como nas queimaduras de cigarros) e com localizações múltiplas, sobretudo se na palma das mãos, planta dos pés, genitais e nádegas;
- f) marcas de mordeduras;
- g) alopecia (perda de cabelo) traumática;
- h) sequelas de traumatismo antigo de que não é conhecida a história (ex.: calos ósseos resultantes de fracturas);
- i) intoxicação (sobretudo se mais que um incidente com sinais e sintomas inexplicados e de começo agudo);
- j) doenças recorrentes inexplicáveis (sobreponível ao síndrome de Munchausen por procuração³) ou situação crítica não explicável pela história anterior;
- k) outras lesões de diagnóstico médico mais complexo (designadamente neurológicas, oftalmológicas e viscerais) - ex.: hematoma subdural, hemorragia retiniana, rotura hepática ou do baço.

2.2. “Sintomas”:

³ mais frequentemente convulsões recorrentes, vômitos e diarreia, exantemas, erupções, quadros alérgicos e quadros febris; as reacções desaparecem quando a criança é retirada do núcleo familiar.



- a) inadequação da explicação dada pelos pais ou cuidadores sobre o mecanismo de produção da lesão tendo em conta a sua etiologia e(ou) o grau de desenvolvimento do menor;
- b) mudanças nas explicações ou recusa em explicar o processo de produção da lesão;
- c) inadequação do intervalo de tempo entre a ocorrência e a procura de cuidados médicos;
- d) história de lesões repetidas, mesmo que a explicação para cada ocorrência pareça adequada.

3. *Abuso sexual:*

Estes casos colocam grandes dificuldades de detecção e diagnóstico dado que:

- a) raras vezes resultam lesões físicas ou existem vestígios de outro tipo que constituam indicadores, porquanto:
 - na maior parte dos casos com crianças pequenas não há penetração anal ou vaginal;
 - quando há penetração, a ejaculação dá-se, muitas vezes, fora das cavidades;
 - frequentemente, a criança e as roupas são lavadas;
 - geralmente, o período entre a ocorrência e o exame médico-legal é superior a 48 horas, o que torna difícil, se não impossível, os estudos para pesquisa de esperma;
- b) o tabu social implícito (vergonha, medo) dificulta o pedido de ajuda;
- c) os menores, sobretudo os de idade mais baixa, podem confundir a relação com uma manifestação afectiva “normal” ou podem estar submetidos à pressão do segredo imposto pelo abusador.

3.1. Sinais:

- a) leucorreia (corrimento) vaginal persistente ou recorrente;
- b) ruborização e(ou) inflamação dos órgãos genitais externos femininos (vulva) ou anal;
- c) lesões cutâneas: rubor, inflamação, ptéquias (pontuado hemorrágico) ou atrofia cutânea perineais e(ou) perianais; verrugas perianais e(ou) no intróito vaginal;
- d) lesões no pénis: edema ou erosões na pele balano-prepucial e na glande, balanites, paraquimoses;
- e) lacerações ou fissuras genitais ou anais, sangrantes ou cicatrizadas, designadamente na rafe posterior da vulva;
- f) rotura do hímen;
- g) hemorragia vaginal ou anal;
- h) laxidez anormal do esfíncter anal ou do hímen;
- i) equimoses e(ou) ptéquias na mucosa oral e(ou) lacerações do freio dos lábios;
- j) infecções urinárias de repetição;
- k) doença sexualmente transmissível (gonorreia, sífilis, SIDA, tricomoniase, etc.);



- l) presença de esperma no corpo ou na roupa do menor;
- m) presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa do menor;
- n) gravidez.

3.2. Sintomas:

- a) dor na região vaginal ou anal;
- b) prurido vulvar;

3.2.1. nas crianças:

- a) perturbações funcionais:
 - apetite: anorexia, bulimia;
 - sono: terrores nocturnos;
 - regulação de esfíncteres: incontinência para a urina ou fezes;
 - dores abdominais inexplicadas e recorrentes;
- b) obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- c) pobre relacionamento com as outras crianças;
- d) condutas sexualizadas:
 - interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (traduzidos, por exemplo, pelo uso de linguagem específica e desapropriada para a idade);
 - masturbação compulsiva;
 - desenhos ou brincadeiras sexuais explícitas;
- e) comportamentos agressivos.

3.2.2. nos jovens:

- a) comportamentos aparentemente bizarros, como:
 - dormirem vestidas com roupa de dia;
 - urinarem de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as toque;
 - destruição ou ocultação de sinais de feminilidade que possam ser atractivos;
 - recusa para tomarem banho ou se despirem nos vestiários, não querendo fazer ginástica;
 - recusa em ir à escola ou em voltar da escola para casa;
- b) perturbações do foro sexual:
 - comportamentos auto-eróticos extremos (ex.: masturbação em frente dos outros, interacção sexual com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos)⁴;

⁴ Trata-se de comportamentos aprendidos pelo que é importante não criticar ou acusar a criança ou jovem.



- repulsa em relação à sexualidade;
- c) comportamentos desviantes:
 - abuso de álcool e drogas;
 - delinquência;
 - prostituição;
- d) outras perturbações:
 - depressão;
 - auto-mutilação;
 - comportamento suicida;
 - fuga.

4. *Abuso emocional:*

Os sinais e sintomas são similares aos que podem aparecer noutras situações, daí a dificuldade de diagnóstico.

4.1. Sinais:

- a) deficiências não orgânicas de crescimento, com baixa estatura (os casos severos podem apresentar sinais físicos de privação, como os descritos para a negligência, mesmo quando os cuidados físicos parecem adequados);
- b) infecções, asma, doenças cutâneas, alergias;
- c) auto-mutilação (ex.: arranhar-se).

4.2. Sintomas (dependem do grupo etário):

- a) perturbações funcionais:
 - apetite: anorexia, bulimia;
 - sono: terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal;
 - controle dos esfíncteres: enurese, encompresse;
 - fala: gaguez;
 - tonturas;
 - dores de cabeça, musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
 - interrupção da menstruação na adolescência;
- b) perturbações cognitivas:
 - atraso no desenvolvimento da linguagem;
 - perturbações da memória para as experiências do abuso;
 - baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
 - alterações da concentração, atenção e memória;
 - dificuldades de aprendizagem;
- c) perturbações afectivas:
 - choro incontrolado;



- sentimentos de vergonha e culpa;
 - medos concretos ou indeterminados;
 - timidez;
 - inadequação na maturidade (excessivamente infantil ou excessivamente adulto);
 - dificuldade para lidar com situações de conflito;
- d) perturbações do comportamento:
- desinteresse total pela sua pessoa (higiene, roupa, aspecto);
 - falta de curiosidade e do natural comportamento exploratório;
 - défice na capacidade para brincar, jogar e divertir-se;
 - excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais: isolamento; afastamento dos amigos e familiares; hostilidade; falta de confiança nos adultos; agressividade; manifestações de raiva contra pessoas específicas, designadamente a mãe;
 - relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta ante estímulos sociais;
 - fugas de casa ou relutância em regressar a casa;
 - medo, timidez, docilidade extrema (pode indicar diminuição da auto-estima) e passividade ou comportamentos negativistas e(ou) violentos (com agressões físicas a outras crianças ou adultos, incluindo o abusador e a família);
 - comportamentos bizarros (ex.: colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto como para se protegerem de possíveis agressões);
 - acidentes muito frequentes;
 - problemas escolares: faltas e(ou) fugas; diminuição do rendimento com repetição frequente de ano;
 - comportamento desviante: delinquência; abuso de álcool ou drogas; prostituição.
- e) alterações do foro psiquiátrico:
- agitação/hiperactividade;
 - ansiedade;
 - depressão;
 - mudanças súbitas de comportamento e humor;
 - comportamentos obsessivo-compulsivos e(ou) de auto-mutilação (ideação e(ou) tentativas de suicídio);
 - neuroses graves (fobias ou manias, como lavar-se constantemente);
 - alterações da personalidade e psicoses;
 - regressões no comportamento (ex.: voltar a chupar no dedo, a falar como os mais pequenos ou a querer a chupeta);
 - falta de integração entre o pensamento e a linguagem.



6. Consequências

Não é possível estabelecer uma correlação simples entre o tipo de maus-tratos e as suas consequências. Os maus-tratos intra-familiares são aqueles que mais graves consequências apresentam, dado que se verifica uma profunda quebra de confiança e uma importante perda de segurança em casa, o que constitui uma ameaça profunda para o bem-estar da vítima.

As consequências, a curto-prazo, podem traduzir-se por lesões, algumas de considerável gravidade, podendo chegar até à morte; estas lesões podem ser voluntária ou acidentalmente provocadas; em determinados casos verifica-se o suicídio da vítima.

A médio-prazo, na criança, podem ser: atraso de crescimento, de desenvolvimento e da linguagem; insucesso escolar; perturbações do comportamento com risco de delinquência; baixa auto-estima; dificuldades no relacionamento social; ausência de expectativas ou de um projecto de vida.

A gravidade dessas consequências depende do tipo e duração do abuso, do grau de relacionamento com o abusador, da idade da vítima e do seu nível de desenvolvimento, da sua personalidade e do nível de violência e ameaças sofridas.

Para lá da possibilidade de ocorrer a morte e de se verificarem graves consequências orgânicas, os problemas psicossociais (a nível cognitivo, afectivo e comportamental) são, pela sua frequência e pela repercussão a longo-prazo, de especial relevância.

De ressaltar o risco de contágio transgeracional (repetição e aceitação dos comportamentos agressivos) responsável, em muitos casos, pela manutenção desta forma de violência.

7. Fases do processo de intervenção

Quer o sistema de intervenção/protecção aconteça através da rede informal ou da rede formal, existem sempre diversas fases neste processo que são comuns nos seus aspectos essenciais e que se iniciam no momento da suspeita ou da detecção da situação de perigo, passando depois por diferentes procedimentos, de que se destacam os seguintes: sinalização; avaliação e investigação; diagnóstico; medidas de promoção dos direitos e de protecção; coordenação e acompanhamento do caso.

1. *Suspeita ou detecção*

O momento da suspeita ou da detecção, idealmente precoce, é fundamental para poder ajudar a pessoa que está a ser (ou está em risco de vir a ser) vítima de maus tratos, bem como a sua família.



Os casos de maus tratos ou de situações de risco podem detectar-se nos hospitais (serviço de urgência ou consultas, por exemplo), nos centros de saúde, nas escolas, em casa ou noutros locais extra-institucionais. No entanto, muitos casos não se detectam e outros não chegam a ser sinalizados impedindo, assim, a possibilidade e o direito da vítima e da sua família a serem ajudados.

Os serviços de saúde têm nesta fase do processo um papel fundamental, sobretudo no caso de crianças até aos seis anos, uma vez que estas não estão abrangidas pela escolaridade obrigatória.

Seria desejável que pelo menos os profissionais que trabalham com possíveis vítimas estivessem sensibilizados, informados e capacitados para a necessidade e para o dever de reconhecerem os sinais de alerta de maus tratos ou de contextos familiares de risco. No entanto, a questão dos maus tratos é complexa e não se pode esperar que todos os profissionais, e muito menos a população em geral, os possam reconhecer de forma imediata. Nos casos em que existam suspeitas mas as pessoas não estejam seguras acerca da oportunidade e da adequação da denúncia, devem procurar conselho junto de entidades como hospitais, centros de saúde, escolas, linhas telefónicas de ajuda, juntas de freguesia, etc., que orientarão o caso.

2. Sinalização

A sinalização é o acto de dar conhecimento de uma situação ou de uma suspeita de maus tratos mediante denúncia. Qualquer pessoa pode ou deve (conforme a gravidade e perigo da situação), fazer a sinalização, incluindo a própria vítima. A sinalização destes casos pode ser feita às entidades policiais ou ao Ministério Público junto do tribunal da residência da vítima.

Independentemente do papel específico de cada profissional, importa salientar que qualquer funcionário público, de acordo com o artigo 242º do Código do Processo Penal, tem a obrigação de denunciar as situações de maus tratos: *“a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos, para os funcionários públicos, na acepção do art. 386º do Código Penal, quanto a crimes de que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas”*.

Este dever/obrigação é alargado à população em geral, através do artigo 66º da Lei 147/99, de 1 de Setembro, que dispõe:

- a) qualquer pessoa que tenha conhecimento das situações previstas no artigo 3º (situações de perigo) pode comunicá-las às ECMIJ, às entidades policiais, às CPCJP ou às autoridades judiciais;



- b) a comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem.

3. Avaliação e investigação

Em situações de suspeita ou de detecção de pessoas em perigo, a definição do tipo de estratégia a seguir e a entidade que se responsabilizará pelo caso, irá depender da gravidade do mesmo (justificando, ou não, a via formal de intervenção). De qualquer forma, terão lugar uma avaliação e investigação que deverão obedecer a um protocolo previamente estabelecido (apesar de se tratar de um procedimento complexo e delicado), que deve ser decidido caso a caso.

Assim, excepto nas situações de emergência ou casos urgentes, em que é necessária uma protecção imediata, a decisão relativamente ao processo de investigação exige uma discussão preliminar entre os diferentes profissionais que irão ter um papel activo no processo, bem como com a família e, sempre que possível, a vítima, tendo em vista a elaboração de um plano de intervenção adequado e o efectivo apoio da vítima e da sua família.

Este procedimento é transdisciplinar e inter-sectorial, pelo que é fundamental definir o papel de cada profissional e a extensão da investigação, criando redes e canais de comunicação de forma a manter todas as partes informadas sobre a sua evolução.

Por vezes, quando a informação disponível não é suficiente para avançar com a decisão, é necessária a colaboração de profissionais de outras áreas para esclarecer melhor a situação (ex.: psicólogo, pedopsiquiatra). Se for necessária a intervenção médica (no caso de ainda não ter tido lugar por motivo de urgência), esta deve ser preparada antecipadamente.

Se se verificar, pelo exame médico, que o dano é significativo e que é, provavelmente, resultado de maus tratos, o assistente social e o médico devem considerar, em conjunto, as implicações destes achados para proteger a pessoa de mais abusos.

A avaliação e investigação conjunta têm como objectivo:

- a) esclarecer os factos relativamente às circunstâncias que deram lugar à suspeita de abuso;
- b) avaliar a suspeita e o grau de perigo em que se encontra a vítima (examinando a informação disponível sobre ele e a família) e identificar as fontes;
- c) fazer um diagnóstico inicial, determinando se há matéria para preocupação: situação de emergência ou situação de perigo;
- d) intervir de imediato nos casos em que tal se justifique.



A investigação requer:

- a) informação detalhada relativamente a indicadores de risco e factores associados, o que permitirá reavaliar o perigo e accionar os mecanismos de actuação mais adequados a cada caso. Entrevistas (vítimas, responsáveis, outros familiares, suspeito abusador), visitas domiciliárias, exames médicos, etc., serão necessários, sendo importante decidir quem e em que momento e local conduz as entrevistas, e quais as modalidades das mesmas;
- b) coordenação das avaliações e intervenções transdisciplinares;
- c) responsabilidade profissional face às pessoas que estão a ser objecto de maus tratos, incluindo o conhecimento da obrigação legal de sinalizar certos casos e a necessidade de colaborar no processo de reabilitação/reintegração.

A investigação, que conduzirá ao diagnóstico, não deve ser causa de dano ou de *stress* acrescidos para a vítima, e não o deve considerar de forma isolada, mas enquadrado no seu contexto familiar. Para evitar a sua revitimização, todos os procedimentos (tais como entrevistas, explorações médicas ou realização de exames complementares) devem atender, entre outros, às seguintes normas:

- a) ter sempre como objectivo a promoção do bem estar e a protecção da vítima;
- b) estabelecer uma coordenação adequada entre a equipa de atendimento primário, incluindo o médico-legista, quando este for necessário;
- c) assegurar à vítima que vai ser ajudada, que não tem culpa no sucedido e que tem direito a revelar o que lhe aconteceu;
- d) atender às necessidades da vítima;
- e) evitar a repetição de procedimentos (entrevistas e explorações médicas), sobretudo se desadequadas no tempo, local e no que se refere à sua tipologia e metodologia;
- f) conferir sempre a condução da entrevista a um profissional treinado nesta matéria;
- g) ponderar o detalhe da entrevista de acordo com o caso, sem preconceitos ou juízos previamente concebidos;
- h) não realizar exploração médica quando a vítima demonstrar oposição, dado que esta, em muitos casos, pode ser feita noutro momento, excepção feita às situações de urgência clínica ou médico-legal;
- i) se necessária a exploração médica, realizá-la em lugar que garanta privacidade e segundo as normas adequadas de exploração.



A participação de médicos especialistas (em geral médicos legistas, ginecologistas e pediatras) é essencial numa fase inicial do processo, sobretudo durante a investigação. O seu papel é crucial no diagnóstico e na identificação das situações de maus tratos e das necessidades da vítima.

A solicitação do exame médico pode ser feita:

- a) Pela vítima ou pelo seu responsável;
- b) por assistentes sociais ou profissionais de outras áreas que considerem a necessidade de um processo de investigação;
- c) por polícias ou tribunais, para pesquisa e eventual colheita de evidências;
- d) por outro médico (para uma segunda opinião).

No caso dos menores o papel dos médicos legistas e dos pediatras sobrepõe-se, em certa medida. No entanto, o pediatra estará mais habilitado para diagnosticar situações patológicas e definir tratamentos e o médico legista para proceder ao exame nos casos que impliquem a preservação e colheita de vestígios, designadamente nos abusos sexuais. Assim, no interesse do menor, é importante o contacto entre estes profissionais, de forma a estabelecerem as competências de cada um, evitando repetição de exames que apenas contribuirão para o traumatizar ainda mais.

A estes médicos compete:

- a) discutir o assunto com a pessoa ou entidade que solicita o exame e estabelecer a urgência da situação, avaliando:
 - a necessidade de exame médico imediato;
 - a possibilidade de o exame médico permitir a recolha de vestígios;
 - a possibilidade de o exame médico poder ser diferido para um momento mais adequado.
- b) obter o consentimento da vítima (se tal for adequado à sua idade e capacidade de entendimento) para a realização do exame, ou do seu responsável, mesmo quando ordenado pelo tribunal, explicando-lhes, em separado, o objectivo do mesmo e as técnicas que irão ser utilizadas;
- c) realizar um exame completo e sistematizado avaliando, também, o desenvolvimento psicomotor (nas crianças mais novas) e sexual, no sentido de:
 - diagnosticar lesões, sequelas pós-traumáticas e(ou) patologias;
 - tratar, se necessário;
 - colher e preservar eventuais vestígios (evidências de abuso) para análises forenses, cuja realização o médico se encarregará de diligenciar;



- d) determinar, se possível, a existência de nexo de causalidade entre as condições da vítima e um provável abuso;
- e) ouvir a vítima e compreender as suas necessidades, de forma particular a vítima sexualmente abusada, de maneira a fornecer conselhos relativamente ao apoio a prestar a este e à família, e a traçar a sua orientação clínica, designadamente na área da psicologia, psiquiatria e(ou) clínica geral;
- f) recolher informações e opiniões da vítima e/ou adulto(s) responsável(eis) (através de entrevista), que possam contribuir para traçar um plano futuro, incluindo uma possível acção judicial;
- g) elaborar um relatório pormenorizado sobre o caso, com o registo dos depoimentos colhidos, com a descrição dos achados clínicos (com registo fotográfico, se adequado) e o seu ponto de vista profissional de acordo com a globalidade das circunstâncias, e não apenas com um sinal ou achado isolados;
- h) assegurar-se que os restantes profissionais envolvidos serão informados sobre as suas observações e manter-se disponível para participar em reuniões de discussão do caso e em audiências judiciais.

No espírito de interdisciplinaridade e coordenação de serviços, é fundamental que a estes clínicos seja fornecida o máximo possível de informação disponível sobre o caso, incluindo a história clínica anterior e o mecanismo do suspeito abuso, de modo a evitar que a vítima tenha de repetir de novo a história.

Os médicos devem envidar esforços no sentido de o exame ser realizado num ambiente físico e emocionalmente confortável.

Mesmo que as evidências clínicas sejam inconclusivas, o exame médico ajudará a criar uma noção mais concreta sobre o caso, sobretudo se associado a outras evidências.

O facto de não se encontrarem sinais de abuso não invalida a possibilidade deste se ter verificado, pois muitos deles não deixam vestígios e muitos dos vestígios desaparecem rapidamente com o tempo ou com as lavagens (da roupa ou do corpo). Daí que seja de grande importância:

- a) a realização, o mais precocemente possível, do exame médico-legal, para recolha e preservação de vestígios; nesse sentido, os serviços médico-legais funcionam 24 horas por dia, todos os dias, podendo ser solicitados através da polícia, do tribunal ou do hospital onde a vítima tenha dado entrada, ou ainda pela própria ou seu responsável;
- b) a valorização das informações que a vítima vai fornecendo; estas podem contribuir para:
 - esclarecer se se produziu, ou não, uma situação de abuso;
 - valorizar, se possível, o risco de repetição desta situação;



- caracterizar o acontecimento (gravidade, frequência, espaçamento temporal);
- pesquisar factores de vulnerabilidade específicos da vítima (relação com o abusador, capacidade para se auto-cuidar e proteger, saúde mental, estatuto cognitivo, inserção social);
- caracterizar o cuidador (caso dos menores);
- caracterizar o contexto familiar.

O exame médico, nestes casos, exige prudência e ponderação, dado que a falta de diagnóstico pode permitir perpetuar uma situação de maus tratos, mas um diagnóstico incorrecto pode contribuir para punir um inocente e(ou) separar uma família.

4. Diagnóstico

A questão do diagnóstico é muito complexa pela dificuldade no estabelecimento de diagnósticos diferenciais, particularmente com situações sociais e culturais de precariedade, e sobretudo quando se pretende equacionar, em tempo útil, a resposta mais eficaz a cada caso. Tendo em conta a lei em vigor, é solicitado aos profissionais que façam o diagnóstico das seguintes situações:

- a) Situação de urgência: trata-se de uma situação de perigo actual ou iminente para a vida ou para a integridade física da vítima.
- b) Situação de perigo: considera-se este diagnóstico quando se verifica que a vítima:
 - se encontra abandonado ou entregue a si próprio (sobretudo se dependente);
 - sofre de maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
 - não recebe os cuidados ou afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
 - é obrigado a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal, ou prejudiciais à sua saúde;
 - está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
 - assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectam gravemente a sua saúde, segurança, saúde ou desenvolvimento.

5. Intervenção

A intervenção pode ser informal ou formal. A prioridade deve ser dada aos meios de intervenção informal pois envolvem menos custos em termos de prejuízos morais e afectivos e menor risco de exclusão social e familiar.



Excepto nas situações de urgência, em que é exigida uma medida de protecção imediata, nas outras situações deve organizar-se uma estratégia informal de acção conjunta, entre os diferentes profissionais e instituições. Para tal, o profissional que informalmente tomou conhecimento da situação deve sinalizá-la às instituições competentes, de modo a que seja constituída uma equipa multidisciplinar (assistente social, psicólogo, pedopsiquiatra e, por vezes, polícia, professores e médicos, entre os quais, pediatras e(ou) legistas) capaz de avaliar as suspeitas de perigo ou a gravidade dos maus tratos e de orientar o caso, planeando a investigação de modo a assegurar protecção adequada sendo, nesse entretanto, a vítima e a família apoiados de forma efectiva.

8. Prevenção

A prevenção, seja para evitar o aparecimento de casos, para interromper ou tratar novos casos ou para minimizar as suas consequências e evitar a recidiva dos casos, é fundamental nesta matéria. Classicamente, consideram-se três níveis de prevenção:

- a) primária - prestação de serviços à população em geral, tendo em vista evitar o aparecimento de casos de maus tratos;
- b) secundária - prestação de serviços a grupos específicos de risco, a fim de tratar ou evitar novos casos;
- c) terciária - prestação de serviços a vítimas de maus tratos, para minorar a gravidade das consequências e evitar a recidiva.

Estes três níveis necessitam, no entanto, de ser trabalhados numa perspectiva integrada para combate ao problema. Neste pressuposto, as estratégias a implementar devem basear-se no conhecimento de cada realidade (a partir do registo de vítimas de maus tratos) e ser desenvolvidas conjuntamente entre governo, organizações não governamentais nacionais e internacionais dedicadas a esta problemática, sociedade civil em geral e grupos específicos da comunidade, universidades e cientistas. O seu objectivo primordial será a promoção das alterações (económicas, culturais, normativas, etc.) necessárias para evitar ambientes disfuncionais, potenciadores de violência.

No entanto, os programas de prevenção colocam dificuldades de implementação relacionadas com:

- a) a necessidade da sua adaptação às características individuais das vítimas, dos abusadores e das relações familiares, bem como aos tipos de interacções e de redes sociais;
- b) os recursos disponíveis;
- c) as modalidades de avaliação da validade e fiabilidade dos programas;



- d) as questões éticas e normativas relativas à privacidade da família e aos direitos dos pais (particularmente quando está em causa a intervenção na família antes do abuso acontecer)
- e) a dimensão técnico-operativa baseada no novo paradigma da intervenção, caracterizado pela interdisciplinaridade e transversalidade das políticas e das práticas sociais sustentadas em programas e projectos e não em instituições.

Os programas a desenvolver devem permitir a caracterização do problema (através de estudos epidemiológicos) e a avaliação da fiabilidade, validade e eficácia das intervenções. Para a sua implementação é necessário:

- a) sensibilizar e estimular a opinião pública sobre a necessidade da prevenção;
- b) incluir esta matéria nos programas escolares nacionais, nos programas de certas licenciaturas e nos programas governamentais;
- c) ouvir a comunidade (deve ser esta a definir aquilo que considera ser o problema mais importante);
- d) coordenar esforços a nível regional;
- e) procurar apoio de grupos com poder a nível comunitário;
- f) mobilizar, de forma criativa, todos os membros da comunidade.

São pressupostos para essa implementação:

- a) a existência de um grupo multidisciplinar responsável pelo programa;
- b) o envolvimento de todos os níveis da rede comunitária;
- c) a participação dos serviços de saúde (registo dos casos e participação no programa de prevenção);
- d) o desenvolvimento de planos de acção em cooperação com representantes de organizações e autoridades envolvidas nestes assuntos (saúde, municipalidade, associações de vítimas, escolas, autoridades sociais, organizações de voluntariado, etc.).
- e) a análise, por cada comunidade, relativamente às suas organizações e ao seu potencial de participação no programa;
- f) a adequação dos programas a todas as idades;
- g) a existência de programas específicos para os grupos de maior risco ou mais vulneráveis;
- h) a existência de mecanismos que permitam documentar a frequência e causas dos maus tratos;
- i) uma longa duração do programa;
- j) a inclusão de indicadores que demonstrem os efeitos e forneçam informação sobre o andamento do processo;



- k) a circulação de informação com base na experiência nacional e internacional, obtendo colaboração da comunicação social nestas estratégias.

Os programas de prevenção devem ser planeados considerando os diferentes tipos de abordagem nesta problemática e as respostas possíveis, a nível:

- a) da formação profissional específica;
- b) do apoio familiar;
- c) do serviço de saúde;
- d) da intervenção comunitária;
- e) das estratégias sociais;
- f) do sistema legal e judicial;
- g) das estruturas políticas.

Referências bibliográficas

- Magalhães T: Maus tratos em crianças e jovens. Guia para Profissionais, Quarteto, Coimbra, 2002.
- Lourenço N, Lisboa M, Pais E: Violência contra mulheres, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, Lisboa, 1997.
- APAV: Maus tratos no idoso, 2002
- Código Penal

CRIMES SEXUAIS

1. Introdução

Os crimes de natureza sexual, de acordo com o actual código penal podem ser considerados em dois grupos: Crimes contra a liberdade sexual, quando se trate de adultos e Crimes contra a autodeterminação sexual, no caso de crianças ou jovens.

Nos crimes contra a liberdade sexual considera-se a *coacção sexual* (artigo 163º), relativa a actos sexuais de relevo, e a *violação* (artigo 164º), relativa à cópula, coito anal ou oral, implicando esta que para tal se recorra à violência ou ameaça grave ou que a vítima seja colocada num estado de inconsciência ou de impossibilidade de resistir.

Relativamente aos crimes contra a autodeterminação sexual o artigo 172º (*Abuso sexual de crianças*) visa proteger as crianças menores de 14 anos contra a prática de cópula, coito anal ou oral, de outros actos sexuais de relevo, de condutas censuráveis, obscenas ou pornográficas e da exposição e cedência de fotografias, filmes ou gravações pornográficas em que estes sejam usados. O artigo 174º (*Actos sexuais com adolescentes*), relativo à cópula, coito anal ou oral com adolescentes, circunscreve os meios de sedução ao abuso da inexperiência, exigindo que a pessoa ofendida tenha entre 14 e 16 anos. A inexperiência refere-se à falta de conhecimento prático das actividades sexuais, que torna o adolescente incapaz de emitir uma opinião ou consentimento esclarecido sobre essas actividades e suas consequências. A partir dos 16 anos estas situações só são puníveis nos casos de menores confiados para educação ou assistência (artº 173º).

No que se refere à actividade médico-legal a nível do Instituto Nacional de Medicina Legal, 62% é relativa a exames efectuados em sede de Direito Penal, representando os crimes sexuais cerca de 3% destes últimos (74% em menores).

Estudos efectuados em crianças e jovens revelaram que as vítimas eram maioritariamente do género feminino (81%), sendo a idade média de 11.6 anos para as raparigas e de 8 anos para os rapazes. Em 81% dos casos o abuso foi perpetrado por pessoa conhecida da vítima (35% intra-familiar). Os menores pertenciam a famílias sócio-economicamente desfavorecidas em 75% dos casos e em 27% referiam antecedentes de maus-tratos. Em 40% dos casos verificou-se recidiva do abuso, sendo esta recidiva mais elevada nos casos intra-familiares (64%). Quanto ao tipo de abuso, 38% das vítimas indicaram ter havido manipulação genital e 46% referiram ter havido



penetração de uma ou mais cavidades. Em 10% ter-se-ia verificado, simultaneamente, violência física.

A detecção, sinalização, diagnóstico, tratamento e protecção das vítimas destes crimes são passos fundamentais para evitar ou minimizar as suas graves consequências psico-sociais e, por vezes, físicas. Essas consequências são particularmente graves no caso dos menores e quando a agressão acontece de forma reiterada e no contexto familiar.

O seu diagnóstico e intervenção são interdisciplinares, devendo os profissionais envolvidos actuar de forma articulada, no respeito pelo papel e competências de cada um e tendo sempre como objectivo o melhor interesse e a protecção da vítima.

Importa pois que os profissionais que intervêm nestes casos conheçam os factores de risco e os indicadores (sinais e sintomas) deste tipo de crimes, saibam orientar convenientemente as vítimas não só no que respeita à investigação criminal mas, também, ao seu apoio e protecção, e conheçam as técnicas de abordagem das vítimas tendo em conta evitar a sua vitimação secundária.

No que respeita à investigação criminal, um passo de fulcral interesse é a produção da prova médico-legal. Esta actividade probatória tem como objectivo o esclarecimento da Justiça no que concerne às questões bio-psico-sociais, através da selecção, colheita, preservação e análise de vestígios, e da descrição e interpretação das lesões e suas sequelas.

Além da actividade probatória, como elemento nuclear do serviço público de Medicina Legal, realiza ainda este serviço actividades do foro assistencial e de formação/investigação.

A actividade assistencial que inclui o acolhimento, acompanhamento e orientação clínica, psicológica, social e legal das vítimas de violência, avaliando o perigo e o risco em que as mesmas se encontram (risco de morte por suicídio, homicídio ou acidente e risco de recidiva), bem como o risco para outras possíveis ou potenciais vítimas (na família e/ou de proximidade).

As actividades de investigação e de formação estão particularmente perspectivadas no sentido da prevenção, uma vez que a medicina legal constitui um verdadeiro observatório dos fenómenos de violência e dos seus efeitos sobre as vítimas.

Este leque de actividades confere à Medicina Legal um importante papel no acompanhamento dos casos de violência e coloca-a numa posição privilegiada para a compreensão do processo de vitimação, particularmente no que se refere às suas consequências.

De acordo com a actual organização médico-legal (Instituto Nacional de Medicina Legal, com 3 Delegações - Coimbra, Lisboa e Porto - e Gabinetes Médico-Legais distribuídos por todo o país), compete aos peritos médico-legais que trabalham naquele Instituto, a realização dos exames periciais relacionados com agressões sexuais.

As vítimas podem ser enviadas aos serviços médico-legais através das entidades judiciais ou judiciárias, dos hospitais ou de associações de apoio às vítimas. As próprias vítimas ou os seus



representantes podem solicitar a realização de perícia médico-forense uma vez que os serviços médico-legais, por lei, têm capacidade para receber a queixa ou denúncia.

2. O primeiro contacto com a vítima

O profissional que primeiro contacta com uma vítima de crime sexual pode tomar conhecimento ou suspeitar da ocorrência deste tipo de crime através do relato directo feito pela vítima ou por terceiros ou, ainda, através da observação de sintomas ou sinais sugestivos de abuso sexual (sobretudo no caso dos menores).

Nestes casos deverá, antes de mais:

- a) tranquilizar e transmitir confiança à vítima, sem emitir no seu discurso qualquer tipo de juízos de valor;
- b) colher informação sumária sobre o caso: idade da vítima e do suspeito agressor; contexto da ocorrência (familiar, institucional, extra-familiar); tipo de agressão (física e/ou sexual); tempo decorrido desde a mesma; possibilidade de terem sido destruídos os vestígios; desejo da vítima em apresentar queixa (se a suspeita não configurar um crime público);
- c) estabelecer a urgência da situação em termos médico-legais, para colheita e preservação de vestígios biológicos; nos casos em que tal já não seja possível, dever-se-á ponderar o benefício para a vítima, sobretudo se menor, em adiar o exame médico-legal, tornando assim possível a sua preparação prévia e a da equipa que vai intervir, o que contribuirá para minorar o risco de vitimação secundária;
- d) fornecer informação sobre a preservação de eventuais vestígios biológicos, designadamente: não comer, beber ou fumar; não lavar a boca nem os dentes; não tomar banho nem lavar os órgãos genitais; não mudar de roupa e, se já tiver mudado, preservar a que usava à data da ocorrência (incluindo absorventes), se possível seca e em sacos de papel; não lavar as mãos, não limpar nem cortar as unhas; não se pentear; não urinar ou defecar e, caso o tenha de fazer, conservar esses produtos numa embalagem adequada (contentor para exame bacteriológico de urina, por exemplo); não tocar no local onde decorreu o abuso, não limpar ou arrumar esse local, não esvaziar baldes do lixo nem puxar o autoclismo.

No caso de ser admissível a colheita de vestígios, e se a ocorrência tiver lugar numa área onde o serviço médico-legal está garantido durante 24 horas, todos os dias da semana (a nível das Delegações), ou durante os horários normais de expediente (nos Gabinetes Médico-Legais),



deverão, nestes locais e nestes períodos, ser contactados os peritos médicos, tendo em vista a realização de exame e a colheita e preservação de vestígios.

Nos outros casos, a vítima deverá ser encaminhada para um Serviço de Urgência hospitalar onde os médicos desse Serviço procederão ao exame e à colheita de vestígios (se necessário, com o apoio médico-legal, via telefónica).

Em todo este processo é fundamental que o profissional seja capaz de compreender as dificuldades da vítima na revelação, na apresentação de queixa e na interpretação e aceitação dos factos.

3. O exame pericial

Os exames médico-forenses são cada vez mais solicitados face às suspeitas sobre este tipo de crimes, tendo em vista a obtenção de uma prova científica através das evidências físicas e biológicas. Confere-se, deste modo, elevada importância aos achados físicos e biológicos.

Há, no entanto, que se ser prudente com o diagnóstico de crime sexual apenas através de evidências físicas e biológicas uma vez que num elevado número de casos os exames são negativos, não significando isso que o crime não possa ter acontecido.

A negatividade destes exames (cerca de 63%, no caso dos menores) relaciona-se com a tardia revelação ou denúncia dos casos, com a destruição dos vestígios pelas vítimas ou abusadores (através de lavagens, por exemplo), ou com o facto de grande parte das práticas sexuais não deixarem vestígios (a cicatrização das lesões anogenitais é rápida e muitas vezes total; a penetração por pénis, dedos ou outros objectos, no caso das crianças mais pequenas, frequentemente não é completa; no caso de jovens e adultos a penetração não causa necessariamente lesões; a ejaculação acontece, muitas vezes, fora das cavidades ou com uso de preservativo).

O exame pericial compreende a colheita de informação, o exame físico acompanhado da colheita de vestígios biológicos, e os exames laboratoriais para estudo de DNA, podendo haver lugar à realização de exames complementares, se necessário (por exemplo, exames microbiológicos, imagiológicos, ou toxicológicos). Este exame deve, nos casos em que existe evidência do crime sexual se ter verificado (e particularmente no caso dos menores), ser sempre seguido de um acompanhamento por psicologia ou psiquiatria (para tratamento e diagnóstico – valorização e interpretação das informações, verbais e não verbais, prestadas pela vítima) e pelo médico de família (para diagnóstico de possível gravidez ou de possível doença sexualmente transmissível).



a) A colheita de informação

A colheita da informação sobre a ocorrência pode ser feita através de várias técnicas, nomeadamente, a observação, a aplicação de questionários, inventários ou escalas auto-aplicadas, o registo de condutas ou a entrevista. Estas técnicas são usadas de acordo com a idade da vítima, a sua capacidade de colaboração e as circunstâncias de cada caso concreto mas, a maior parte delas, pela sua complexidade, exige a intervenção de psicólogos.

No exame médico-forense a técnica de colheita de informação mais usada é a entrevista feita, sempre que possível, em articulação com o técnico do serviço social que, geralmente, se encarregará da passagem do caso ao profissional que lhe dará continuidade.

A entrevista tem como objectivo:

- a) caracterizar o acontecimento (gravidade, frequência, espaçamento temporal);
- b) pesquisar factores de vulnerabilidade específicos da vítima (relação com o abusador, capacidade para se auto cuidar e proteger, saúde mental, estatuto cognitivo, inserção social);
- c) valorizar, se possível, o risco de recidiva;
- d) valorizar a situação de outras possíveis vítimas (sobretudo, no caso dos menores, os irmãos e outras crianças da proximidade);
- e) caracterizar o cuidador e o contexto familiar, no caso dos menores.

O tipo de entrevista depende da idade da vítima, sugerindo-se a utilização de uma linguagem adaptada e o seu prévio planeamento, devendo-se evitar as múltiplas abordagens e interrupções pelo que, desde o seu início, deverão estar presentes todas as pessoas que irão participar no exame.

No caso das crianças pré-adolescentes é importante que, logo de início, lhes seja dado um período de brincadeira livre, para um bom desenvolvimento da empatia com o entrevistador.

Em certos casos pode ser importante recolher informação de terceiros, designadamente dos membros da família, de professores e profissionais da saúde, e de vizinhos, conhecidos ou amigos. No caso das crianças, a entrevista deverá mesmo começar pela sua pessoa de confiança, para que deste modo o médico possa, à partida, ser informado do acontecimento mas, também, dos seus gostos pessoais e tipo de personalidade, o que irá facilitar o estabelecimento de um ambiente adequado à entrevista e exame físico.

A entrevista compreende três fases que deverão ser respeitadas. Na primeira fase (introdução), os profissionais que nela participam devem apresentar-se, explicar o objectivo da mesma, assegurar a vítima de que a confidencialidade será assegurada, estimular a sua confiança e permitir um período de conversa livre para que esta fique o mais possível à vontade. A segunda fase



(exploração) pode começar com jogos ou desenhos, no caso das crianças; as questões devem alternar-se entre abertas, fechadas, de opção e hipotéticas (não insistindo nas perguntas); deve atender-se à linguagem verbal e não verbal e aos sinais de alerta, anotando-se todas as observações. Finalmente, na última fase, devem explicar-se e preparar a vítima para os passos seguintes.

A entrevista tem um papel fundamental no despiste destes casos, sobretudo quando não são encontradas evidências físicas e laboratoriais.

b) O exame físico e a colheita de vestígios

O exame físico tem como objectivo demonstrar a existência de vestígios de uma agressão sexual e valorizar as possíveis lesões físicas resultantes.

De uma forma geral, quando tenha decorrido menos de 48/72 horas e haja história de crime sexual que inclua ejaculação, deve realizar-se imediatamente a exploração física, com a colheita de amostras biológicas. Se tiver decorrido mais de 48/72 horas não se trata já de uma urgente, em termos médico-legais, e pode adiar-se a observação para um momento mais propício para a vítima (preparando-o adequadamente, por forma a evitar o risco de vitimação secundária).

Uma atitude calma e carinhosa, por parte do médico, é fundamental para tranquilizar e transmitir confiança à vítima, devendo explicar-se-lhe o tipo e motivo do exame que se vai efectuar.

O exame tem de ser completo (todo o corpo) mas breve, procurando-se não o repetir para não agravar o trauma. Em geral, e após autorização da vítima ou do seu representante, procede-se à foto-documentação de todos os achados relevantes.

A vítima deve despir-se em cima de um papel de filtro branco (papel de captação), para que eventuais vestígios existentes na roupa possam ser preservados. As roupas que apresentem rasgões ou manchas devem ser conservadas em sacos de papel (idealmente secas), bem como possíveis absorventes usados pela vítima.

O perito deverá respeitar o lógico pudor das pessoas, cobrindo o seu corpo e expondo somente a parte que vai ser examinada. O exame começa pela inspecção dos cabelos, com corte de madeixas empastadas e colheita de cabelos secos, através de penteado. Prossegue com a inspecção de toda a superfície cutânea (não esquecendo zonas como as regiões retro-auriculares e axilares e unhas), efectuando-se zaragatoas húmidas sempre que se suspeitar da existência de vestígios de saliva ou de esperma (de acordo com a observação ou informação prestada pela vítima) e zaragatoas sub-ungueais ou corte de unhas. As cavidades (oral, anal e vaginal), e a sua área circundante, são depois inspeccionadas cuidadosamente, efectuando-se também zaragatoas das áreas suspeitas (húmidas nas regiões peri, e secas nas cavidades), sem esquecer da inspecção do pêlo púbico e colheita de vestígios nessa zona.



Para o exame da região anal a posição de observação pode ser em decúbito lateral esquerdo ou geno-peitoral, procurando-se a existência de dilatação, engurgitação venosa, hematomas, fissuras, escoriações ou lacerações. No caso de sodomia pode observar-se diminuição da gordura à volta do orifício anal, bem como adelgaçamento da pele perianal. Há, no entanto, que ter em conta que o esfíncter anal é flexível e que com cuidado e lubrificação pode permitir facilmente a penetração de um pénis ou de um objecto de dimensões consideráveis, sem o lesar.

Para o exame da região genital feminina pode usar-se a posição geno-peitoral, a posição em rã ou a posição ginecológica. Os elementos físicos que podem levantar a suspeita de penetração ou tentativa de penetração vaginal são o edema dos pequenos lábios, com cor vermelho arroxeadado ou com erosões, a existência de cicatrizes ou significativa distensão da forma do hímen, a existência de lacerações, escoriações, erosões ou áreas sem epitélio e com neovascularização na sua metade posterior, bem como uma dilatação himeneal superior a 15mm de diâmetro transversal (em posição geno-peitoral). O hímen pode apresentar-se: intacto; intacto com escoriações; com laceração recente⁵; com laceração não recente (cicatrizada). O orifício do hímen pode ser avaliado quanto à forma (lisa ou serrado) e quanto ao tamanho; o diâmetro transversal máximo mede-se com régua e fotografia colposcópica, mas há que ter em conta que os tecidos genitais são elásticos e, por isso, existe uma margem de erro intrínseco nestas medidas. Além disso, a permeabilidade do hímen pode variar em função do observador, da técnica usada, da posição da examinanda e da sua cooperação e relaxamento.

Em geral, a avaliação anogenital limita-se à inspecção visual da área externa, não se fazendo, nas crianças, e por rotina, a inspecção com espéculo. Dada a importância de obter fotografias das lesões, são úteis técnicas de magnificação como o colposcópio.

No caso dos menores, de entre os indicadores físicos que nos fazem suspeitar de abuso sexual a gravidez, a presença de esperma no corpo ou roupa (ou de substâncias, tais como lubrificantes) e as doenças sexualmente transmissíveis (sobretudo gonorreia e sífilis não congénita), podem ser considerados patognomónicos. A existência de infecção por clamídia, condilomas acuminatus, herpes simplex tipo II e tricomonas vaginais é apenas indicativa de provável abuso sexual.

Várias condições podem simular uma agressão sexual, como perturbações dermatológicas, variações congénitas, alterações fisiológicas próprias da maturidade, traumatismos acidentais, cirurgias génito-urinárias e infecções não sexualmente transmitidas, relativamente às quais é necessário fazer o diagnóstico diferencial.

⁵ Ocorre geralmente na parte posterior, entre as 3 e as 9 horas do esquema do mostrador do relógio, quando há tentativa de penetração por pénis, considerando-se que a zona mais frequentemente lesada é às 6 horas.



c) Os exames laboratoriais

Todo o material colhido para ser enviado ao laboratório deve respeitar as normas de acondicionamento e remessa de amostras, de forma a garantir a sua adequada preservação e a cadeia de custódia.

Para a realização de estudos laboratorial dos vestígios biológicos colhidos procede-se, em geral, à:

- a) recolha da roupa e absorventes;
- b) colheita de raspado do conteúdo subungueal (zaragatoa) e corte das unhas;
- c) colheita de cabelo e de pêlo púbico (corte e penteado);
- d) colheita de padrões de cabelo púbico ou outro (opcional no momento da exploração);
- e) colheita de manchas suspeitas na pele (zaragatoas);
- f) colheita de conteúdo das cavidades suspeitas (zaragatoas);
- g) sangue da vítima (mancha em cartões próprios).

Os estudos incluem a pesquisa microscópica de espermatozóides, a pesquisa de esperma (prova da Brentamina) e a tipagem de STRs autossómicos e do cromossoma Y. A sua presença pode confirmar o crime e permite identificar o perpetrador através de estudo de DNA (comparando o DNA encontrado na vítima ou na sua roupa com o do suspeito).

Num estudo efectuado verificou-se, relativamente aos resultados dos exames de DNA, que apenas 32% dos casos eram conclusivos (apresentavam um perfil genético diferente do da vítima); destes, o perfil genético em 44% era coincidente com o do suspeito apresentado, em 8% não era coincidente e em 48% não foi apresentado suspeito para comparação.

Um outro estudo revelou que, atendendo aos resultados dos exames médico-forenses, apenas em 14% dos casos foi possível afirmar a compatibilidade entre a informação prestada pela vítima, ou pelo seu representante, e aqueles exames; em 77% a compatibilidade apenas foi considerada possível mas não demonstrável e nos restantes casos estes eram incompatíveis.

4. Comentário final

O exame médico-forense em caso de suspeita de crime sexual visa colaborar na investigação criminal através do estudo e interpretação dos vestígios não esquecendo, no entanto, a protecção da vítima e a prevenção da vitimação secundária e da revitimização.

O êxito desta tarefa só poderá ser garantido no âmbito de um efectivo trabalho interdisciplinar e interinstitucional, em rede.



Referências bibliográficas

- Gomes da Silva A, e col: La entrevista a niños victimas de abuso sexual. Algunas sugerencias, Boletín Galego de Medicina Legal, 8:37-42, 1998.
- Magalhães T, e col: Child sexual abuse: a preliminary study, Journal of Clinical Forensic Medicine, 5:176-182, 1998.
- Magalhães T: Maus Tratos em Crianças e Jovens. Guia Prático para Profissionais, Quarteto, Coimbra,
- Girardin BW, Faugno DK, Seneski PC, e al: Color Atlas of Sexual Assault, Mosby, Missouri, 1997.



AVALIAÇÃO E REPARAÇÃO DO DANO CORPORAL

I. INTRODUÇÃO

Historicamente, a questão de saber se os *danos corporais* provocados por terceiros deveriam ser indemnizados, a quem competiria fazê-lo e quais as formas e os meios para tal, foi objecto de um longo percurso que variou em função do tipo de sociedades e dos valores nos quais os respectivos sistemas se fundavam.

A perturbação da integridade corporal de outrem constituiu sempre um *dano* supremo, para o qual a punição devia estar à altura do prejuízo social e individual criado, revestindo-se, com o evoluir dos tempos, de uma ambiguidade a nível da reparação do *dano corporal*: punir o culpado e indemnizar a vítima.

Assim, o Direito Penal e o Civil que no "direito" primitivo eram um só, foram-se separando progressivamente ao longo da história.

A vingança privada foi restringida pela *Lei de Talião* e o *sistema das composições voluntárias*, em que o ofensor tinha que pagar ao ofendido uma determinada quantia para comprar o seu direito de vingança privada, transformou-se no sistema de *composições obrigatórias*, mas só com a aparição dos Estados modernos as duas formas de responsabilidade se autonomizaram completamente.

O objectivo da reparação foi-se deslocando de um desejo de vingança que exigia, no terreno penal, a punição do culpado, até à procura da sua responsabilidade no terreno civil, que exigia a reparação económica do *dano*, actualmente centrada nas companhias de seguros ou nos fundos de garantia.

Simultaneamente, as ofensas voluntárias contra a integridade física, que surgiram sempre como a principal causa de *dano corporal*, deram lugar aos acidentes de viação que constituem, na actualidade, a causa da maior parte dos processos judiciais em Direito Civil, no que se refere aos pedidos de indemnização.

O "*homo economicus*" tomou, pois, a dianteira, tendo quase todos os povos renunciado ao "direito" à vingança, que materialmente de nada serve à vítima, usufruindo-se, como contrapartida mais favorável, do pagamento de uma indemnização.

A concepção da reparação do *dano corporal* ainda hoje reinante é a que deriva dos princípios jurídicos do Direito romano, sendo imprescindível que o perito médico conheça o regime jurídico



que a rege e que tenha a percepção do alcance e das consequências dos seus pareceres, por forma a elaborar os seus relatórios de maneira adequada e em harmonia com a ordem jurídica.

1.1. Análise histórica

A atribuição de penas fixadas em dinheiro ou em bens, para a reparação dos *danos corporais*, há mais de 4000 anos, na Mesopotâmia, parece ter sido a forma mais antiga de indemnização, embora não existisse de uma verdadeira lei. A mais antiga lei do mundo, até agora conhecida, é a *Tábua de Nipur nº3191*, datada de 2050 a.C., e surgiu no período Sumeriano daquela civilização. Esta era, na realidade, uma *tabela de incapacidades* na qual para cada lesão se estipulava uma quantia em dinheiro (por exemplo: *por partir um pé: 18 "sicles"; por partir um osso: 1 "mina"; por partir o nariz: 2/3 de "mina"*).

Durante o período Babilónico, o *Código de Hamurabi* (1750 a.C.) passou a reger todos os aspectos da vida civil. Os artigos 196º a 201º referem-se à indemnização das lesões corporais: *art.196º - olho por olho; art.197º - fractura por fractura; art.200º - dente por dente; etc..* Se a vítima era um vilão, aplicavam-se penas fixas: *1 "mina" pela perda de um olho ou pela fractura de uma perna (art.196º e 197º), 1/3 de "mina" pela perda de dentes (art.200º), etc..* No caso dos escravos o artigo 199º refere que *"se um homem cega um escravo de um homem livre ou parte a perna de um escravo, pagará a metade do seu valor"*.

Nesta época, o autor material do dano tinha de suportar a respectiva indemnização ou pena, independentemente de ter ou não agido com culpa, correspondendo isto a um sentido inapto de justiça. Tratava-se, pois, de uma forma de responsabilidade objectiva.

A *Lei de Talião* (Tal = tal que) dos hebreus, escrita na Bíblia Sagrada nos versículos 23-25 do capítulo 21 do *Êxodo* e nos versículos 19 e 20 do capítulo 24 do *Levítico*, constitui uma das origens da reparação do *dano corporal* em espécie.

Esta "lei" é muito semelhante, tanto no estilo como no conteúdo, às leis dos povos do Médio Oriente e é classicamente conhecida pela seguinte forma: *"olho por olho, dente por dente"* (*Êxodo*), referindo-se no *Levítico*, que se alguém fizer um ferimento ao seu próximo, far-se-lhe-á o mesmo que ele fez. Apesar disso, encontram-se algumas indicações no *Êxodo* (capítulo 21, versículos 18 e 19) que nos revelam que esta "lei" previa já a indemnização material, ou seja, a avaliação da perda real de ganho, recaindo a indemnização sobre bases reais, sem qualquer tarifação: *"Quando dois homens se envolverem em questões, e um deles ferir o outro com uma pedra ou com um punhal, sem causar a morte, mas obrigando-o a estar de cama, aquele que o tiver ferido não será punido, se o outro se restabelecer e puder sair apoiado no seu bordão. Contudo, indemnizá-lo-á do trabalho perdido e das despesas com o tratamento."*

Num universo cruel, onde reinava a vingança, esta "lei" constituiu um progresso em termos de "humanização", pois a imposição de um castigo igual à ofensa era um meio eficaz de prevenir,



limitar ou regulamentar os efeitos nefastos, no plano social, do desejo natural de exercer uma vingança corporal devido a um ultraje físico provocado por um terceiro.

Depois da destruição do templo de Jerusalém e do desaparecimento do povo judeu, foi feita uma codificação de usos, leis, cerimónias e dogmas, de acordo com a tradição farisaica. O *Michna* ou *Segunda lei* (redigida nos seis primeiros séculos da era Cristã), na sua *Secção Quarta* ("*Nezikim*" - *Os danos*) constituía uma espécie de Código Civil e Penal. Contemplava cinco pontos que fixavam o valor de todo o *dano corporal*: "*A reparação do dano*", "*O dinheiro da dor*", "*Os custos de tratamento*", "*O tempo perdido*" e "*O dinheiro da honra*". A *reparação do dano* correspondia perfeitamente à *incapacidade permanente* dos tempos actuais e não contradizia a lei de Moisés: como um olho não vale nunca exactamente um outro, não era possível cegar um olho por outro, mas aceitava-se "*pagar um olho pela perda de um olho*". Se, no entanto, a cura das lesões sofridas fosse total, nada era devido a este título. O rico e o pobre pareciam ser julgados pela mesma escala para a *incapacidade temporária* e para o *dano definitivo*, mas para a *reparação da honra* e do *dinheiro da dor* era tido em conta o estatuto social, sendo o rico mais beneficiado.

Na Grécia, tal como em Roma e no Oriente, a quem cegasse o olho de alguém já cego do outro, cegar-se-lhe-iam os dois. A questão a considerar aqui não era ter cegado um olho, mas ter tirado toda a possibilidade de visão a alguém. No entanto, esta forma de considerar a penalidade foi rapidamente substituída pela confiscação dos bens e, em Atenas, na época clássica, nem mesmo a morte era paga com a morte. Existia uma lei geral sobre a reparação dos *danos*, na qual se previa que o *dano* involuntário era simplesmente reparado e que o *dano* voluntário era reparado em dobro, tudo levando a crer que os *danos* resultantes de violência, tal como a desonra devida a injúrias, eram estimados em dinheiro. A figura do juiz estava prevista, como nos revela Isócrates no seu discurso: "*Uma vez que a lei não determina um montante de indemnização para os ferimentos sofridos, o queixoso deve estimar o valor da injustiça que sofreu, mas a decisão final pertence ao juiz*".

O *código de Gortina*, de Creta, apresentava uma tarificação minuciosa de várias penas para diversos delitos (roubo, adultério, violência, etc.), não sendo, contudo, conhecida qualquer alusão ao *dano corporal*. Tal pode ser devido ao estado incompleto das tábuas, uma vez que os *danos* causados aos animais se encontram previstos.

Platão abordou longamente o tema das sanções a prescrever por *danos corporais* provocados a outrem. Na sua obra "*Leis*", propôs o pagamento de uma compensação com vista a transformar o rancor em amizade, mas não tinha nenhum critério definido quanto à forma de determinação da indemnização, cabendo-lhe, no entanto, o mérito de ter sido o primeiro a referir o *dano estético*.

O Estado romano fixou o valor indemnizatório, tornando obrigatória a *composição* entre o ofendido e o agente, através da *Lei das XII Tábuas*, a mais antiga codificação de leis romanas (542-541 a.C.). O texto integral perdeu-se, mas são conhecidos três artigos que interessam a esta matéria: o *art. II* refere que quem partir um membro a outro, sofre o mesmo, como pena, a menos que haja



transacção; o *art. III* prevê a pena aplicável a quem parte um osso: 150 moedas de bronze se a vítima é um escravo, 300 moedas de bronze se é um homem livre; o *art. IV* refere que a pena é de 25 moedas de bronze para aquele que ofender outro. Em todos os casos, estas penas rigidamente fixadas não constituíam uma reparação equitativa, tanto mais que as moedas de bronze se desvalorizavam.

Perante a insuficiência desta antiga legislação, um tribuno do povo, Aquilius, propôs, no século IV a.C., uma nova lei: a *Lex Aquilia*, que previa a reparação concreta dos *danos* sofridos, de acordo com a apreciação de um juiz, tendo em conta o valor real dos *danos* e a intenção do agente. No caso de dolo, a pena era fixada no dobro. No entanto, a lei não estipulava nenhuma forma de avaliar o *dano corporal*. Para o escravo, era necessário estimar o seu mais alto valor antes do *dano* e deduzir o seu valor restante. As despesas médicas para tratamento do escravo ficavam também a cargo do responsável pelo *dano*. Para um homem livre, não se avaliava o valor do homem nem de nenhuma das suas partes: "*cum liberum corpus aestimationem non recipiat*". De acordo com o mesmo texto, havia direito a indemnizar os custos médicos e o trabalho e tempo perdidos por motivo da *invalidéz*.

A lei romana deixava ao ofendido a obrigação de avaliar o *dano* sofrido, cabendo ao juiz concordar, ou não, com a soma pedida. O *dano moral*, na sua moderna acepção, não era considerado.

Os árabes pré-islâmicos praticavam a vingança privada sob a forma de *talião* (*Kisas*) e de remição das penas (*Dijah* ou *Preço do sangue*) [99]. Maomé não modificou este sistema, que considerava um garante da ordem social pelo medo que inspirava, mas tornou-o um pouco mais moderado.

Quatro tendências para a aplicação do *Kisas* organizaram-se em escolas ou *ritos*. O *rito* que actualmente representa a extremidade oriental do mundo muçulmano, era o mais importante e regulamentou o exercício do direito de vingança de forma a que as duas partes deviam comparecer perante um juiz (*cadí*) a fim de estabelecer a culpa, e era apenas sob o controlo do magistrado que o ofendido podia proceder à execução ou à mutilação do seu agressor. Ainda, segundo este *rito*, a mulher valia metade do homem e um judeu ou um cristão, o terço de um muçulmano. Para a reparação dos *danos corporais* não mortais, existiam várias possibilidades. Para certas lesões, a lei fixava um valor (*Arch*), mediante *tabelas de indemnização* que atribuíam valores tarifados de acordo com o *dano* anatómico permanente resultante. Mas como nem todos os casos podiam ser previstos, o *cadí*, auxiliado, às vezes, por um perito, avaliava o valor da vítima antes e depois do *dano*, determinando, assim, uma "desvalorização relativa" (*Hukûmal*), pagando-se então à vítima uma importância proporcional a essa desvalorização (*Dijah*).

Um dos livros sagrados da antiga Pérsia, o *Zend-Avesta*, é intitulado *Vendidad* (lei) e o seu quarto capítulo contempla as penas a aplicar às ofensas corporais. Estas infracções eram punidas com um certo número de bastonadas, não estando prevista qualquer reparação civil para a vítima.



Na Índia, o *Código Manou* (primeiro milénio a.C.) regia a matéria dos *danos corporais* nos seus *artigos 278º a 287º do Livro VIII*. As sanções eram terríveis (por partir um pé, amputava-se um pé, por exemplo). Somente as despesas médicas eram pagas em dinheiro, mas é provável que uma reparação civil possa ter existido concomitantemente.

Na China, o Direito era essencialmente materialista e penal. A pena mais usual era a bastonada, mas também existia o exílio, a execução simples e a execução após tortura. A questão dos *danos corporais* era regida pelos *artigos 302º a 324º do Livro III do Ta Tsing Lu Li* [99]. Apenas no caso de sequelas extremamente graves a vítima recebia uma indemnização civil e o montante era muito simplesmente fixado na metade dos bens do agressor. Só a partir de 1931 este sistema foi mudado, no sentido da reparação do *dano* em termos ocidentais.

A partir da invasão do Império Romano, pelos Germanos, a *tabela de indemnização* passou a ser o essencial do seu sistema legal. Este sistema de tarifas era mais facilmente manipulável pela justiça que as abstracções romanas. O recurso a um perito médico era uma prática geral e obrigatória, mesmo no caso de acidentes em escravos. O sistema baseava-se na fixação de um montante a pagar à vítima como indemnização da lesão sofrida.

Os Lombardos utilizavam um sistema que se aproximava, de certa forma, do sistema árabe e do nosso actual sistema no que se refere à tarificação e à possibilidade do valor indemnizatório ser transformado em percentagens. A morte de um homem livre pagava-se com um valor de 100 *dinheiros* de ouro, de modo que as indemnizações atribuídas em *dinheiros* podiam ser lidas directamente como percentagens. Existia uma *tabela* para os homens livres, outra para vilãos e escravos domésticos e outra para escravos agrícolas. O *dano estético* era também tido em conta. A provisão a título de ressarcimento do *dano* antes da decisão definitiva relativamente à indemnização estava também prevista.

O sistema Germânico primitivo não foi alterado nos primeiros séculos do período medieval tendo as leis dos Bárbaros estado em vigor até meados dos séculos X ou XI.

Toda a bacia mediterrânica, com excepção de Bizâncio, que continuou a tradição romana, tinha um sistema muito semelhante, se bem que nesta matéria fosse grande a confusão, uma vez que neste período existiam tantos "Direitos" como cidades e regiões.

Muitos costumes não contemplavam a matéria do *dano corporal*, tratando-o apenas no âmbito penal sem focar o aspecto da indemnização. Para outros, a indemnização civil estava explicitamente prevista, mas esta era claramente deixada ao arbítrio do juiz ou à apreciação dos "prud'hommes". Outros textos, ainda, indicavam sumariamente quais os critérios a ter em conta para a fixação da indemnização, como é o caso da Ordenança de S. Luís, que previa uma indemnização fixa de 15 *dinheiros*.

Ao longo dos séculos, a tarificação rígida do tempo dos Bárbaros foi-se diluindo. Este facto pode ter resultado do fenómeno da desvalorização monetária (sendo, assim, as *tabelas de indemnização* insuficientes) e do interesse da autoridade feudal em promover as jurisdições penais, não



tolerando, por isso, um sistema que atribuía unicamente a indemnização dos *danos* à vítima, sem prever multas a favor do Poder. Mas o principal motivo ficou a dever-se à influência da filosofia jurídica romana que foi sobrevivendo durante a época dos Bárbaros, entre os homens de origem galaico-romana. A este propósito interessa citar o Breviário de Alarico, colecção de leis visigóticas do ano 506 d.C., que considerava que "*o corpo de um homem livre não é susceptível de qualquer estimativa*". Assim, a partir do século X, o Direito romano de Justiniano penetrou no ocidente pela via escolástica, instalando-se e substituindo completamente o Direito tradicional. As tariffações tornaram-se cada vez mais raras. No entanto, apesar do Direito romano ter suprimido o sistema germânico de indemnização do *dano corporal*, não conseguiu estabelecer nenhum outro mais prático. Neste período, na Europa, a medicina legal era exclusivamente penal, tendo o Papa João XXII regulamentado as perícias médico-legais em 1327.

Na Idade Moderna, com a influência do cristianismo e o trabalho exegético dos canonistas, começaram a interpretar-se os textos romanos à luz da moral cristã, separando-se o aspecto penal do civil e estabelecendo-se o princípio clássico segundo o qual cada um deve responder pelos actos culposos que praticar e que produzam *dano* injusto a outrem. Tal concepção, também presente no pensamento jusnaturalista, formalizou-se, em 1382, no Código Civil Francês, que nessa matéria constituiu a matriz dos códigos que se lhe seguiram. Fixando-se o princípio da culpa e separando-se o aspecto penal do civil, a responsabilidade, que nos primórdios era colectiva, penal e objectiva, foi-se transformando em individual, civil e subjectiva.

Um caso particular e pouco conhecido, foi-nos revelado pelo cirurgião Æxmelin, cirurgião dos piratas, do século XVII. Tratava-se de um contrato assinado pelos piratas antes de partirem nas suas viagens, que previa a indemnização dos feridos em *escudos* ou em escravos, com uma tarifa proporcional à importância e à extensão dos ferimentos ou amputações.

Em 1532, Carlos V editou um Código Penal no qual a perícia ocupava um lugar de honra. A perícia civil é muito ulterior. Ambroise Paré, no último livro das suas "*Œuvres chirurgicales*" (numerosas edições publicadas de 1592 a 1632), apresentava muitos exemplos de perícias médico-legais, mas não citava uma única que não fosse de natureza penal. O primeiro grande exemplo de perícia civil do *dano corporal* descrita remonta a 1716, data em que em França foi promulgado o regulamento militar, em cujo *art.154º* se prescrevia a realização de autópsia aos oficiais mortos, para assim se determinar o direito à pensão por morte em acidente de trabalho.

Na Idade Contemporânea e até aos nossos dias, continuou a vigorar a *Lex Aquilia* cuja interpretação se foi tornando cada vez mais extensiva, tendo terminado esta evolução com a redacção do *art.1382º do Código de Napoleão*: "*Todo o facto do homem que cause a outrem um dano, obriga aquele por culpa de quem o facto aconteceu, a repará-lo*". Este artigo reproduzido com poucas alterações na maior parte dos códigos modernos aplica-se a todos os tipos de lesões provocadas a outrem. Foi na base de princípios jurídicos assim genéricos, nos quais não está expresso o *dano corporal*, que a doutrina e a jurisprudência criaram o sistema de reparação



vigente, comum aos países europeus, e que informa uma metodologia e uma doutrina médico-legal próprias.

A concepção tradicional entendia que só era responsável aquele e só aquele que tivesse agido com culpa. O *dano* causado por alguém que não tivesse agido com culpa ficaria assim, em muitos casos, irreparado (esta concepção, que assenta na ideia do homem como ente naturalmente livre e capaz de determinar a sua conduta, já se havia afirmado com o ideário do liberalismo do século XVIII).

No fim do século XIX, devido à complexidade crescente do relaciona-mento social, ao progresso tecnológico e industrial e à difusão dos meios de transporte, criaram-se riscos acrescidos de acidentes (que num grande número de casos não configuravam comportamentos culposos), aumentando o número de conflitos e de demandas judiciais.

O princípio da *responsabilidade civil fundada na culpa*, que aparece como o ponto de partida de todo o direito de reparação, começou a mostrar-se insuficiente como fundamento da obrigação de ressarcir, desenvolvendo-se a concepção de que o *dano* devia ser indemnizado independentemente da culpa do agente, bastando o risco que a sua actividade pudesse criar.

No século XIX, são numerosos os exemplos de injustiças em matéria de acidentes de trabalho e doenças profissionais, em que os trabalhadores ficaram sem reparação alguma, enquanto os patrões enriqueciam, tendo por base uma concepção da justiça baseada na culpa. Surgiu, assim, a teoria do *risco*, que passou a considerar responsável, em certos casos, quem agiu sem culpa ou mesmo não agiu. A ideia base deixou de ser o comportamento culposo para ser o da especial perigosidade de certas actividades e do proveito que elas podem ocasionar a alguém, por forma a conferir-se especial atenção ao lesado, em detrimento do agente, activo ou passivo, causador do *dano*.

Este regime excepcional aplicou-se, inicialmente, ao domínio dos acidentes de trabalho, mas cedo se propagou aos acidentes de viação.

Enquanto dos acidentes de trabalho só padece, em princípio, o trabalhador, dos acidentes de viação todo e qualquer cidadão se constitui como um presumível sofrendor. Tamanho potencial danoso ocasionou a perspetivação de um modo diferente de actuação de molde a solucionar tão grandes prejuízos. Os riscos cada vez mais numerosos passaram da esfera individual para a colectiva, sendo a sociedade chamada a participar do ónus de se repararem os *danos* causados pelas actividades de que todos beneficiam. Desenvolveram-se por isso, regimes particulares, através da intervenção da Segurança Social e da generalização das companhias de seguros, diluindo-se desta forma a onerosidade das indemnizações. Foi o início da socialização do *risco* e de uma justiça distributiva.

Na actualidade, a figura do responsável pelo *dano* é, geralmente, substituída, em matéria de responsabilidade civil, pela companhia de seguros, sendo esta a assumir a responsabilidade. Esta prática, cada vez mais generalizada, teve como resultado a perversão da noção de



responsabilidade, impessoalizando o lesante, que assim deixa de sofrer as consequências patrimoniais, perdendo-se todo o papel sancionatório e prevencionista da indemnização.

Uma outra via de partilhar a responsabilidade (assegurados os direitos indemnizatórios dos terceiros) é a via das condições contratuais das apólices: *franquias, indemnizações com limite de capital, riscos a descoberto obrigatórios, direito de regresso* em determinados casos, *cláusulas bônus malus, tarifa regional e limitação de coberturas* em determinadas situações, entre outras.

A transferência de responsabilidade dos lesantes para uma terceira entidade (o segurador) facilitou a reparação dos *danos*. O seguro é, de facto, até agora, a forma económica e socialmente mais justa de os indemnizar. Doravante, *responsabilidade* e *seguros* são inseparáveis, sendo isto tanto mais verdadeiro quanto, do ponto de vista de protecção da vítima, o que conta primeiro é evitar a insolvência do responsável dos *danos*, sendo o seguro a melhor maneira de prevenir tais situações. Aliás, as legislações já o tornaram obrigatório para as actividades mais perigosas.

Quanto à perícia médico-legal praticada nas pessoas vivas, não lhe é feita referência por nenhum dos antigos autores médico-legais. Só no fim do século XIX se começou a desenvolver na Europa a perícia no âmbito do Direito Civil, por inspiração no Direito Laboral. Os problemas sociais não parecem aliás ter preocupado muito os médicos antes do século XX. Existiam *tabelas* que estabeleciam o equivalente em dinheiro pela lesão corporal e o preço de cada órgão ou parte do corpo mas, apenas no início do século XX se começou a encontrar, entre os diversos autores, uma tentativa de sistematizar as modalidades de avaliação do *dano*, com vista a estabelecer um consenso geral. Tal tentativa prossegue na actualidade...

Uma das características da evolução da humanidade a partir do fim do século XX é o facto desta nunca ter contado, desde a sua origem, com um tão grande número de pessoas portadoras de sequelas graves resultantes de doenças ou traumatismos.

Trata-se de um fenómeno mundial que atinge tanto os países desenvolvidos como os subdesenvolvidos, mas por diferentes razões.

Nos países mais desfavorecidos e desorganizados, é a medicina "desequilibrada" (privilegiando a medicina curativa em detrimento da prevenção, da reeducação e da readaptação), que está na origem do elevado número de pessoas enviadas para a vida quotidiana com as suas capacidades funcionais reduzidas, sem que lhes sejam dados meios suficientes para as corrigir ou compensar.

Nos países ricos e mais industrializados, é a consequência do progresso da medicina que permite um aumento da esperança de vida (tendo como consequência o envelhecimento das populações) e a sobrevivência de um número crescente de doentes ou acidentados vítimas de lesões graves, por vezes à custa de importantes sequelas. Estas pessoas representam, segundo estimativas da O.M.S., 10% da população dos países industrializados e 15% da população dos países menos desenvolvidos. Relativamente a estas taxas, no caso dos países industrializados, é bem conhecido o impacto dos traumatismos por acidentes de viação, sobretudo em termos de



mortalidade, sabendo-se que estes são a principal causa de morte nos adultos jovens. Este fenómeno assume particular gravidade no nosso país.

A partir do início dos anos 70, este tipo de mortalidade começou a diminuir na maior parte dos países desenvolvidos em virtude de uma clara melhoria da qualidade dos serviços de socorros, das técnicas de reanimação, da qualidade dos tratamentos em geral e da melhor resistência ao choque dos veículos motorizados. Em contrapartida, aumentou o número de sobreviventes com sequelas graves, aumento este que vai certamente continuar a verificar-se nas próximas décadas. Apesar disso, é surpreendente a pouca informação que existe acerca daqueles que sobrevivem a estes traumatismos, no que se refere à dimensão e gravidade das suas sequelas, qualidade de vida e bem estar psicológico. Na verdade, ainda hoje, continua a não ser avaliada a saúde positiva das pessoas, procurando-se, antes, conhecer a extensão e os efeitos da doença e traumatismos, avaliando a mortalidade e, em aspectos muito limitados, a morbilidade. Tal facto deve-se à inexistência de um instrumento internacional comum e adequado que permita, por um lado, o estabelecimento de uma única terminologia e harmonização dos conceitos e, por outro, a recolha de dados fáceis de manipular em termos estatísticos, relativamente às consequências significativas e persistentes das doenças e traumatismos. Outro facto que contribui largamente para este fenómeno é o desinteresse característico dos sistemas de saúde, manifestado pelos trabalhadores desta área, pelos gestores e por aqueles que têm capacidade de decisão, face às consequências reais, a longo termo, de uma doença ou de um traumatismo, para o indivíduo e para o meio que o rodeia (ambiente humano ou social). Esta grave disfunção, no plano humano e económico, encontra a sua explicação numa concepção de saúde, e sobretudo de medicina, que tem em conta, antes de mais, a noção de doença e não, ou não suficientemente, a de *dano corporal* em toda a sua acepção. Perante este panorama, não admira, pois, que a reparação dos *danos* decorrentes de acidentes de viação esteja na ordem do dia, quer pelas consequências para a sociedade, quer para as pessoas individualmente consideradas, que não podem viver condignamente sem o ressarcimento adequado dos *danos* sofridos.

2. As modalidades de avaliação e reparação do dano corporal de acordo com a sua etiologia

O quadro legislativo respeitante às pessoas que apresentam um *dano corporal* constitui um mosaico de textos obedecendo cada um a uma lógica diferente, quer em Portugal, quer num grande número de países europeus.

As modalidades de avaliação, orientação, apoio social e reparação variam em função da origem do *dano*, pelo que existem muitos organismos responsáveis no âmbito desta problemática. Deste modo, a coordenação ou articulação das diversas iniciativas e actividades torna-se por vezes



difícil, criando-se verdadeiras desigualdades e injustiças sociais em face de situações semelhantes de *dano corporal*. Assim, dois traumatismos idênticos são indemnizados de maneira diversa se, por exemplo, um resultar de um acidente de viação durante um passeio de lazer e o outro, de um mesmo tipo de acidente durante o período de trabalho. No primeiro caso, a vítima terá direito a ser indemnizada de forma integral pelos *danos patrimoniais* e ainda, pelos *danos morais*, mediante a atribuição de um *capital* que dificilmente poderá ser revisto. No segundo caso, não terá direito à reparação dos *danos morais*, recebendo apenas, e parcialmente, os *danos patrimoniais* mas, em contrapartida, a indemnização poderá, em certos casos, ser prestada na forma de *pensão* com possibilidade de revisão.

Algo terá que ser feito no sentido de ser criado um sistema lógico, coerente e íntegro, que seja justo e, portanto, igual para todos.

Pode dizer-se que a actual legislação portuguesa, relativa à avaliação e reparação do dano corporal ou ao apoio à *deficiência*, se reagrupa em quatro tipos de regime que têm a ver com a herança de uma tripla tradição: uma, nascida da substituição da *Lei de Talião* pelo pagamento de uma indemnização em espécie, refere-se à reparação do *dano corporal* pelo terceiro responsável; a outra é relativa à assistência aos *inválidos*, que conheceu um desenvolvimento notável na antiga Grécia, tendo subjacente a ideia de recompensa dos antigos soldados feridos nas batalhas; a última diz respeito ao dever de ajuda aos *indigentes* e tem origem nas sociedades cristãs da Idade Média.

Os regimes actuais são o da *responsabilidade civil*, caracterizado pela responsabilidade de terceiros que se colocam na obrigação de indemnizar (como é o caso dos traumatizados por acidentes de viação ou acidente de trabalho); o da *reparação das consequências do risco da guerra*; o da *segurança social*, que se destina a tornar a colectividade responsável pela assistência às pessoas carenciadas em virtude da sua *deficiência* (por exemplo, os casos de doença natural ou de velhice) e o dos *sistemas especiais de segurança social e indemnização das consequências de certos riscos sociais* (como nas situações de doenças profissionais).

Referir-se-ão, de seguida, as diferentes formas de *dano corporal* (segundo a sua origem), relativamente às modalidades de tratamento social e à sua legislação:

a) *Dano corporal por acidente de viação*:

Em geral, os organismos responsáveis pela indemnização do *dano corporal* são as companhias de seguros ou o Fundo de Garantia (*Decreto Regulamentar 58/79 de 25.9, Decreto-Lei 522/85 de 31.12*).



As companhias de seguros têm os seus próprios peritos, mas nos casos em que haja lugar a processo judicial, os exames são feitos pelos peritos médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal ou das Comarcas (*Decreto-Lei 96/01, de 26.3*).

Nos casos em que a vítima não tem direito a indemnização, a Segurança Social poderá conceder apoio financeiro, como nas situações de doença.

A indemnização é pecuniária, quase sempre em *capital* (*artigos 566º e 567º do Código Civil*), e tem em conta os *danos patrimoniais* e *extra-patrimoniais* mas, adiante, esta matéria será abordada com mais pormenor.

b) Dano corporal por acidente de trabalho:

Em geral, os organismos responsáveis pelo *dano corporal* por acidentes de trabalho são as companhias de seguros. Nos casos em que não exista seguro, poderá recorrer-se ao Fundo de Garantia (*Lei 2127/65 de 3.8, Base XLV*) ou à Segurança Social (*Lei 28/84 de 14.8*).

Compete aos peritos médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal ou das Comarcas (*Decreto-Lei 96/01, de 26.3*), a realização destas perícias, mas na maior parte dos casos continua a seguir-se o antigo sistema de juntas médicas das quais fazem parte três médicos, um da companhia de seguros, outro do tribunal e outro representante da vítima.

O sistema de avaliação valoriza preferencialmente a *incapacidade permanente*, para o que é usada a *Tabela Nacional de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais - TNATDP* (*Decreto-Lei 341/93 de 30.9*).

A atribuição de pensões e a sua remissão e actualização, constitui um mecanismo deveras complexo e nem sempre justo (*Decreto-Lei 360/71 de 21.8, Decreto-Lei 459/79 de 23.11, Decreto-Lei 97/80 de 5.5*). Apenas são consideradas as lesões e sequelas que impliquem uma diminuição da capacidade de ganho do trabalhador (*Lei 2127/65 de 3.8, Base XVI*). Não são contemplados os *danos morais*, sendo os sinistrados encarados, apenas, como algo capaz de produzir trabalho.

c) Dano corporal por agressão:

O agressor é responsável pela indemnização dos prejuízos causados, tal como regula a lei civil (*art.129º do Código Penal*) mas no caso em que tal não seja possível e em que os *danos patrimoniais* sejam avultados e impliquem um prejuízo considerável para a vida da vítima, pode o Estado assegurar a indemnização (*art.130º do Código Penal, Decreto-Lei 423/91 de 30.10*).



d) *Dano corporal por acidente de guerra:*

Os militares *deficientes* das Forças Armadas estão sob a tutela do Ministério da Defesa, estabelecendo o *Decreto-Lei 314/90 de 13.10* o regime de benefícios para militares com grande *deficiência*. A avaliação do *dano corporal* é feita pelos médicos dos hospitais militares, de acordo com o sistema da *incapacidade permanente* e a TNATDP (destinada, originariamente, à avaliação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais).

O *Decreto-Lei 43/76 de 20.1* reconhece o direito à reparação material e moral que assiste a estes *deficientes* e institui as medidas e os meios que concorrem para a sua plena integração na sociedade. Esta matéria é também regulada no *Despacho 8/SESS/96 de 2.4*, *Resolução 16/96/M de 8.8* e *Despacho 332/97 de 13.5*.

e) *Dano corporal por doença natural ou velhice:*

A Segurança Social tem sob sua responsabilidade os casos de *dano corporal* com origem em doença natural ou velhice (*Decreto-Lei 513-L/79 de 26.12*, *Decreto-Lei 160/80 de 27.5*, *Lei 28/84 de 14.8*, *Decreto-Lei 329/93 de 25.9*).

A avaliação da gravidade do *dano corporal* é feita por médicos da Comissão de Verificação das Incapacidades Permanentes da Segurança Social (*Decreto-Lei 144/82 de 27.4*), consistindo o método de avaliação no cálculo da *incapacidade permanente* (*Decreto Regulamentar 8/91 de 14.3*, *Decreto-Lei 236/92 de 27.10*, *Portaria 326/93 de 19.3*), para o que é, também, utilizada a TNATDP (*Decreto-Lei 202/96 de 23.10*).

Aos *deficientes* são atribuídos, como subsídios especiais, o abono complementar para os menores de 24 anos (*Decreto Regulamentar 67/87 de 31.12*, *Decreto-Lei 16/80 de 27.5*, *Decreto-Lei 29/89 de 23.1*, *Decreto-Lei 374/90 de 27.1*), o subsídio de educação especial para os menores de 24 anos (*Decreto Regulamentar 14/81 de 7.4*, *Portaria 260/93 de 8.3*), o subsídio vitalício para os maiores de 24 anos (*Decreto-Lei 170/80 de 29.5*, *Decreto Regulamentar 67/87 de 31.12*, *Decreto-Lei 29/89 de 23.1*, *Decreto-Lei 374/90 de 27.11*), o suplemento de pensão de *grande inválido* (*Portaria 144/75 de 3.3*) e o subsídio por assistência permanente por terceira pessoa (*Decreto-Lei 29/89 de 23.1*, *Decreto-Lei 374/80 de 7.11*, *Decreto Regulamentar 67/87 de 31.12*).

f) *Dano corporal por doença profissional:*

As vítimas de doença profissional estão sob a responsabilidade da Caixa Nacional de Seguros e Doenças Profissionais (*Lei 2127/65 de 3.8*, *Decreto 360/71 de 21.8*, *Decreto-Lei 227/81 de 18.7*).

O sistema de avaliação é o mesmo que para o caso dos acidentes de trabalho. São atribuídas pensões calculadas de forma complexa, em função do grau de *incapacidade permanente*



avaliado, do salário real e do salário mínimo nacional em vigor à data da alta definitiva (*Decreto-Lei 668/75 de 24.11, Decreto-Lei 97/80 de 5.5, Decreto-Lei 39/81 de 7.3*).

3. Avaliação e reparação do dano corporal no âmbito do direito civil

a) Aspectos legais

O regime de responsabilidade civil português inspirou-se na *Lex Aquilia* dos romanos.

A responsabilidade civil extracontratual está regulamentada no Código Civil de 1966. Trata-se de um *direito escrito*, que repousa essencialmente na ideia da *culpa*⁶, tendo no entanto, no que respeita aos acidentes de viação e outros, dado lugar à *responsabilidade objectiva ou pelo risco*.

Para existir obrigação de indemnizar é condição *sine qua non* que tenha sobrevivido algum *dano* ou prejuízo a alguém, seja de ordem material ou moral, emergente ou cessante. Só tem direito à indemnização o titular do direito violado ou do interesse imediatamente lesado pelo evento do facto ilícito (*art.562º do CC*), ficando de fora qualquer terceiro que só reflexa ou imediatamente seja prejudicado. Têm ainda direito a reparação todos aqueles que prestaram socorro e tratamentos ao ofendido (*art.495º do CC*). O princípio é o da *reparação integral*, mas as suas consequências são limitadas pelas regras aplicáveis aos *danos não patrimoniais*. O Direito português distingue entre os *danos patrimoniais* (consequências de um *dano real* sobre a situação patrimonial da vítima) e os *danos não patrimoniais* (aqueles que são insusceptíveis de avaliação pecuniária, porque atingem bens imateriais, tais como a saúde, o bem estar, a liberdade, a beleza, a perfeição física, a honra ou o bom nome, que não integram o património do lesado, apenas podendo ser compensados com a obrigação pecuniária imposta ao agente, sendo esta mais uma satisfação do que uma indemnização não patrimonial).

De acordo com o *art. 562º do CC*, "*Quem estiver obrigado a reparar um dano deve reconstituir a situação que existiria, se não se tivesse verificado o evento que obriga à reparação*".

A acção de reparação está sujeita a regras particulares de prescrição. O seu prazo para a responsabilidade extracontractual é geralmente de três anos, a contar do momento no qual o lesado tem conhecimento do seu direito à reparação (*art.498º do CC*). No caso em que o facto gerador do *dano* abra lugar a responsabilidade penal, o tempo de prescrição é o da infracção cometida, tempo este cuja duração depende da infracção (*art.498º do CC*).

Consideram-se três espécies de *dano*: o *dano real*, o *patrimonial* e o *moral*. O *dano real* corresponde à lesão efectivamente sofrida pela vítima. O *dano patrimonial* abrange os prejuízos

⁶ Importa realçar que a culpa em Direito Civil é diferente da culpa em Direito Penal. Enquanto para o primeiro esta é apreciada em abstracto, correspondendo a um erro que está na causa da obrigação de ressarcir as suas consequências, para o segundo é apreciada de forma concreta e corresponde a algo censurável, que é necessário punir.



que, sendo susceptíveis de avaliação pecuniária, podem ser reparados ou indemnizados senão directamente (mediante restauração natural ou reconstituição específica da situação anterior à lesão), pelo menos, indirectamente (por meio de equivalente ou indemnização pecuniária). Estes prejuízos incluem não só o prejuízo causado (*dano emergente*), como os benefícios que o lesado deixou de obter em consequência do facto ilícito, mas a que ainda não tinha direito à data da lesão (*lucro cessante*) e ainda os *danos futuros*, desde que sejam previsíveis; se não o forem, a fixação da indemnização correspondente será remetida para decisão ulterior (*art.564º do CC*). A indemnização relativa aos dois primeiros *danos* é feita sob justificação e a relativa ao último é calculada de forma “abstracta” por referência à percentagem de *incapacidade permanente* avaliada por um médico, a maior parte das vezes, a partir da TNATDP. O *dano não patrimonial* (*art.496º do CC*) compreende o *dano estético*, o *quantum doloris* e o *prejuízo de afirmação pessoal*, que são objecto de uma indemnização em função da descrição feita pelos médicos e tendo em conta os precedentes jurisprudenciais, tendendo, desta forma, os tribunais, a uma certa uniformidade no montante das indemnizações; são apenas reparados quando a sua gravidade assim o sugira.

A indemnização é fixada em dinheiro sempre que a reconstituição natural não seja possível, não repare integralmente os *danos* ou seja excessivamente onerosa para o devedor. Se não puder ser averiguado o valor exacto dos *danos*, o tribunal julgará equitativamente dentro dos limites que tiver por provados (*art.566º do CC*).

Devendo a indemnização ser fixada em execução de sentença, pode o tribunal condenar desde logo o devedor no pagamento de uma indemnização, dentro do quantitativo que considere já provado (*art.565º do CC*). A indemnização é geralmente atribuída sob a forma de *capital*, mas também o pode ser sob a forma de *renda*, vitalícia ou temporária, atendendo à natureza continuada dos *danos* e a requerimento do lesado. No caso da atribuição em *renda*, o montante desta pode ser modificado desde que as circunstâncias na base das quais o montante tenha sido fixado sejam alteradas, nomeadamente pela inflação (*art.567º do CC*). A indemnização pode ser reduzida tendo em conta o grau de culpa do responsável, a situação económica deste ou a situação económica da vítima, ou outra qualquer circunstância que o justifique, desde que os *danos* não sejam resultado de um acto ou de uma omissão intencional (*art.494º do CC*). Quando um facto culposo do lesado tiver concorrido para a produção ou agravamento dos *danos*, cabe ao tribunal determinar, com base na gravidade das culpas de ambas as partes e nas consequências que delas resultarem, se a indemnização deve ser totalmente concedida, reduzida ou mesmo excluída. Se a responsabilidade se basear numa simples presunção de culpa, a culpa do lesado, na falta de disposição em contrário exclui o dever de indemnizar (*art.570º do CC*).

No domínio da responsabilidade *objectiva*, independente da culpa do responsável, os *danos* provocados nas vítimas apenas são reparados até um limite máximo fixado pela lei. Estes limites



superiores são sensivelmente mais elevados quando se trata de *danos* causados por meios de transporte colectivos (*art. 508º do CC*).

O Direito português não é favorável ao cúmulo das reparações mas se a vítima beneficia de um seguro de *danos pessoais*, as somas atribuídas pela companhia de seguros e que têm a sua origem numa relação contratual entre o segurador e o segurado, podem ser acumuladas com a indemnização do autor do *dano*.

b) A noção de handicap

Nos anos 60, começou a desenvolver-se uma corrente, a "Handicapologia", cujo objectivo era restaurar a noção de pessoa doente, ferida ou idosa, tendo em conta a dimensão antropológica da saúde, e definir o conjunto das acções médicas e sociais capazes de reduzir o número e a gravidade das situações de *handicap*. Esta corrente foi iniciada por S. Nagi que, em 1965, na Universidade de Ohio, nos Estados Unidos da América, estabeleceu um conceito que permitiu compreender a noção de estado crónico a partir da noção de estado agudo, substituindo o termo *crónico* por "disabled person". Nagi propunha um esquema ligando as alterações do estado biológico às suas consequências sociais; mas, nessa altura, os seus trabalhos não suscitaram o interesse da comunidade médica.

Este esquema permitia compreender a noção de *handicap* e de *dano corporal*, tendo em vista a reeducação e reintegração social, mas outros mais completos iriam surgir.

Com o tempo, começou a tornar-se evidente a necessidade de avaliar as consequências orgânicas, funcionais e sociais das doenças e traumatismos para uma dada pessoa, o que implicava a disponibilidade de um quadro conceptual explicativo do mecanismo de produção dessas consequências e um esforço de clarificação dos conceitos que lhe são subjacentes. As primeiras tentativas de classificação internacional dos fenómenos mórbidos limitavam-se às estatísticas das causas de morte, tendo Farr, em 1856, e Florence Nightingale, em 1860, chamado a atenção para a necessidade de alargar esse estudo aos doentes que sofressem de *invalidez*. Desde então, muitos investigadores e clínicos internacionais contribuíram, sobretudo a partir do início dos anos 70, para a criação de uma classificação internacional que melhor definisse e medisse as consequências das doenças e dos traumatismos, não somente em termos de lesões corporais mas, também, em termos de perda de capacidades humanas e consequências sociais (*handicaps*), e que permitisse, simultaneamente, estabelecer um nexo com as suas causas (acidente, doença, envelhecimento, infância e gravidez). Este esforço para medir as consequências das doenças evoluiu no sentido da realização de uma classificação sob a égide da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), iniciada por um médico fisiatra, A. Grossiord, e continuada depois por um epidemiologista, P. Wood.

No estudo das consequências das doenças e traumatismos sucederam-se três períodos:



- a) o da utilização de instrumentos de análise semiológica orientados no sentido do diagnóstico lesional (imagiologia, provas funcionais respiratórias, electromiografia, etc.);
- b) o dos protocolos e dos testes, a maioria deles também relativos à medida da gravidade das lesões resultantes, mas destinados, sobretudo, à prática da medicina física e de reabilitação e aplicáveis a um tipo particular de patologia ou de localização anatómica;
- c) o do *handicap*, iniciado nos anos 80, período que marca a tomada de consciência da importância do impacto social das doenças e dos traumatismos.

A introdução da noção de *situação* aplicada à "*Handicapologia*" veio centrar o debate sobre a importância do meio na produção do *handicap*, permitindo, assim, abordar esta problemática de forma global, sem referência às tipologias de inspiração médica que separam o físico, mental e sensorial.

A formulação inicialmente escolhida por Pierre Minaire, "*handicap de situação*", prestava-se a confusão e podia dar a entender que existiam vários tipos de *handicaps*, como por exemplo, "funcionais" ou "fisiológicos" ou mesmo "físicos", "neurológicos", "cardíacos", etc., o que dava lugar a imprecisões na terminologia. Surgiram, então, propostas para definição do conceito de *handicap*, entre as quais se referem as três mais conhecidas e que permitem compreender e analisar as consequências das doenças e traumatismos, de forma mais pormenorizada que os índices atrás mencionados. São elas as propostas de Wood (OMS), de Hamonet e de Fougeyrollas. Estes modelos vieram redefinir a noção de saúde, pondo em causa a sua actual organização.

A classificação de Hamonet, iniciada a partir de 1980, constitui a contribuição mais original nesta área de investigação. O seu objectivo era chegar à criação de um instrumento ao mesmo tempo global e polivalente, adaptável a todas as situações de *handicap*. Foi, para isso, proposta uma nova definição de *handicap* e uma separação mais rigorosa entre os três níveis do processo que está na sua origem: o da afectação do órgão (*lesão*), o das *aptidões funcionais* e o das *situações de handicap* num dado contexto da vida social.

c) A perícia médico-legal

A avaliação do dano corporal no âmbito do Direito Civil visa orientar, cientificamente, a reparação do dano corporal, de forma a que esta seja justa e adequada às reais necessidades das vítimas, ou seja, tem como objectivo avaliar o dano corporal de forma global e personalizada de modo a que a reparação possa contribuir para a reinserção familiar, social e profissional da vítima. Tal está de acordo com os princípios contemplados nos diversos ordenamentos jurídicos dos países da União Europeia: todos gozamos plenamente dos mesmos direitos; no caso de dano corporal, a

situação deve ser reposta o mais próximo possível daquela que existiria se o evento não tivesse tido lugar (veja-se o art.º 562º do Código Civil Português e o Princípio da Protecção da Saúde, contemplado em todas as Constituições Europeias).

Nos exames de avaliação do dano corporal em Direito Civil têm-se sempre em conta dois tipos de danos a reparar: patrimoniais e extra-patrimoniais. Estes danos analisam-se de acordo com dois períodos fundamentais: o período de incapacidade temporária e o período de incapacidade permanente.

Dada a complexidade deste tipo de exame, apresentamos de seguida alguns conceitos fundamentais para a sua realização:



- Danos patrimoniais:** são aqueles que são susceptíveis de avaliação e reparação pecuniária; compreendem as despesas e perdas de ganho, temporárias e permanentes, em relação certa e directa com o evento. Podem ser classificados em danos de quantificação certa (danos temporários) e danos de quantificação equitativa (danos permanentes);
- Danos extra-patrimoniais:** são aqueles que não são susceptíveis de avaliação pecuniária, dada a sua subjectividade, englobando as consequências do traumatismo de natureza física (certas dores e a redução do potencial funcional), psíquica e estética, analisadas num sentido genérico e independentemente do prejuízo económico.



- b) **Tabela médica de incapacidades:** tabela que quantifica o dano na integridade física e/ou psíquica, em termos percentuais, tendo como objectivo uniformizar o cálculo da incapacidade permanente geral. É de grande utilidade nos casos de sequelas exclusivamente orgânicas e em grande parte das anátomo-funcionais. Nos casos de sequelas múltiplas deverá recorrer-se à regra das capacidades restantes para cálculo da incapacidade permanente. A tabela aconselhada é a Tabela do Concours Medical. Nas situações de dano corporal grave (incapacidade permanente a partir de 70%), deve prevalecer a descrição e valorização das sequelas relativamente aos aspectos da vida diária, não se adaptando aqui o uso de tabelas. Em qualquer caso, as tabelas devem ser usadas pelo perito com carácter meramente indicativo e não vinculativo, devendo este ajustar o valor determinado através da tabela à realidade do caso concreto, fundamentando o seu parecer final.
- c) **Período de incapacidade temporária:** período de decorre entre a data do evento e a data da consolidação médico-legal das lesões.
- d) **Período de incapacidade permanente:** período que se segue à data da consolidação médico-legal das lesões.
- e) **Incapacidade temporária geral total (ITGT):** período durante o qual a vítima esteve impedida de realizar com certa autonomia os actos da vida corrente, familiar e social. Corresponde, em geral, aos períodos de internamento e repouso absoluto no leito.
- f) **Incapacidade temporária geral parcial (ITGP):** corresponde ao período durante o qual a vítima, ainda que com limitações, pode já retomar com certa autonomia a realização dos gestos habituais da vida corrente, familiar e social. Dada a falta de objectividade na valorização de vários períodos de incapacidade temporária, bem como na determinação das taxas dessa incapacidade, deverá considerar-se apenas um período, em dias, sem referência a taxas de incapacidade temporária.
- g) **Incapacidade temporária profissional total (ITPT):** corresponde ao período durante o qual a vítima esteve totalmente impedida de realizar a sua actividade profissional habitual. No caso dos estudantes deverão descrever-se os períodos de incapacidade relativamente à actividade de formação.
- h) **Incapacidade temporária profissional parcial (ITPP):** período em que foi possível à vítima, começar a desenvolver a sua actividade profissional habitual, ainda que com certas limitações. Dada a falta de objectividade na valorização de vários períodos de incapacidade temporária, bem como na determinação das taxas dessa incapacidade, deverá considerar-se apenas um período, em dias, sem referência a taxas de incapacidade temporária. Num grande número de casos a ITPP não coincide com a ITG.



- i) **Quantum doloris (QD):** Dano extra-patrimonial que corresponde ao sofrimento físico e psíquico vivido pela vítima durante o período de incapacidade temporária. A sua valorização é feita através de uma escala com sete graus de gravidade crescente.
- j) **Incapacidade permanente geral (IPG):** Estado deficitário de natureza permanente, a título anátomo-funcional, com rebate nas actividades da vida diária, incluindo as afectivas e sociais. É avaliada relativamente à capacidade integral (100%) podendo, eventualmente, significar um compromisso integral da capacidade (ex.: estado vegetativo). É determinada tendo em conta a globalidade das sequelas do caso concreto (corpo, funções e situações de vida) e a consulta de tabelas de incapacidade, tendo como base fundamental a experiência médico-legal relativamente a estes casos. Para evitar um falso rigor aritmético, deve recorrer-se a valores de taxas arredondadas, como: 5%, 10%, 15%, etc., evitando valores como 12,45%, etc. No caso de dores residuais, sem limitação funcional, poderá atribuir-se uma IPG fazendo referência específica ao facto de não existir repercussão funcional ou situacional (dano extrapatrimonial).
- k) **Dano futuro (DF):** agravamento seguro e previsível das sequelas, traduzindo-se por um aumento na incapacidade permanente geral (ex.: artrose pós-traumática que agravará a rigidez articular e a sintomatologia dolorosa àquele nível, podendo vir a implicar a realização de uma futura intervenção cirúrgica).
- l) **Rebate profissional:** corresponde ao rebate da incapacidade permanente geral no exercício da actividade profissional da vítima à data do evento e/ou à data da perícia. Podem verificar-se as seguintes situações relativamente ao estado sequelar: a) compatível com o exercício da actividade profissional; b) compatível com o exercício da actividade profissional mas implicando esforços suplementares no exercício da actividade profissional; c) impeditivo do exercício da actividade profissional, sendo no entanto compatível com outras profissões na área da sua preparação técnico-profissional; d) impeditivo do exercício da actividade profissional, bem assim de qualquer outra dentro da área da sua preparação técnico-profissional.
- m) **Coeficiente de dano (CD):** score resultante da média dos scores das escalas do *Inventário de Avaliação do Dano Corporal* relativas ao corpo, às funções e às situações de vida; fornece-nos uma medida global e personalizada do dano, permitindo ajustar o valor da incapacidade permanente geral, tornando-a mais próxima da realidade da pessoa em avaliação, pelo que é de grande utilidade nas situações de grave dano corporal. Este coeficiente de dano traduz-se em 5 graus de gravidade.
- n) **Dependência de ajudas medicamentosas:** necessidade permanente de recurso a medicação regular (ex: analgésicos, antiespasmódicos ou antiepilépticos) sem a qual a vítima não conseguirá ultrapassar as suas dificuldades em termos funcionais e nas situações da vida diária;



- o) **Dependência de tratamentos médicos regulares:** necessidade de recurso regular a tratamentos médicos para evitar o retrocesso ou agravamento das sequelas (ex.: fisioterapia);
- p) **Dependência de ajudas técnicas:** necessidade permanente de recurso a tecnologia para prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar o dano corporal (do ponto de vista anatómico, funcional e situacional), com vista à obtenção de autonomia e independência nas actividades da vida diária;
- q) **Dependência de adaptação do domicílio ou do local de trabalho:** necessidade de recurso à tecnologia a nível arquitectónico ou de mobiliário e equipamentos, no sentido de permitir a realização de determinadas actividades diárias a pessoas que, de outra maneira, o não conseguiriam fazer, com o risco de perda da sua autonomia e independência.
- r) **Dependência de terceira pessoa:** necessidade de recurso à ajuda humana como complemento ou substituição na realização de uma determinada função ou situação de vida diária. Deve caracterizar-se relativamente a: tipo de ajuda (técnica ou não), tipo de actividades que visa (vigilância de parâmetros vitais, administração de terapêutica, higiene, vestuário, alimentação, etc.), grau de ajuda (vigilância, incitação, complemento ou substituição total) e duração (número de horas por dia).
- s) **Dano estético (DE):** constitui um dano extra-patrimonial que corresponde à repercussão de uma sequele estática (ex.: cicatriz) ou dinâmica (ex.: claudicação da marcha) numa pessoa, resultando numa deterioração da sua imagem em relação a si própria e aos outros. Deve ser tido em conta o seu grau de notoriedade/visibilidade e o desgosto revelado pela vítima (considerada a sua idade, sexo e estatuto sócio-profissional). A sua valorização é feita através de uma escala com sete graus de gravidade crescente.
- t) **Prejuízo sexual (PS):** Impossibilidade total ou parcial em que se encontra um indivíduo (em consequência das sequelas físicas e/ou psíquicas) para manter o mesmo tipo de actividade sexual que tinha anteriormente à vivência do evento traumático. A sua avaliação corresponde à descrição médica do dano, tendo em conta as lesões iniciais, as complicações resultantes e os estudos complementares efectuados; no caso em que não se comprove dano de etiologia orgânica, o perito pronunciar-se-á sobre a plausibilidade das queixas, tendo como base os elementos anteriores e a vivência do traumatismo. Este dano é distinto do dano na capacidade reprodutora que, a existir, será valorizado em termos de IPG.
- u) **Prejuízo de afirmação pessoal (PAP):** Impossibilidade estrita e específica para a vítima de se dedicar a certas actividades culturais, desportivas ou de lazer, em áreas onde tinha adquirido uma certa notoriedade e que fazia frequentemente. A sua valorização pode ser feita através de uma escala com cinco graus de gravidade crescente.



d) Avaliação tridimensional. O caso dos handicaps graves

A necessidade de aceitação do conceito de *estabilização médico-legal das sequelas* coloca-se, de forma especial, relativamente aos casos de traumatismos graves, em que é preciso um período de reeducação e muitas vezes de tratamentos cirúrgicos, mais ou menos longo, até se verificar a efectiva reintegração do sinistrado. Barrot advoga que as sequelas não devem ser consideradas definitivas, antes de dois ou três anos depois de um traumatismo grave. Truelle, em matéria de traumatismos cranianos, vai mais longe, considerando três etapas na avaliação do *dano corporal* :

- a) uma primeira, à saída do hospital ou do centro de reeducação, não somente para prever a ordem de grandeza das somas necessárias no futuro mas, também, para desbloquear verbas e fornecer provisões que permitam à família que vai receber o sinistrado, fazer face às novas necessidades que a situação imponha;
- b) uma segunda, no terceiro ano que se segue ao traumatismo, para avaliar o défice fisiológico;
- c) e, finalmente, uma terceira, não antes do quinto ano após o acidente, para avaliação do *dano* na sua globalidade.

Quanto a estes traumatismos cranianos, foi estabelecido um consenso que situa o momento ideal de perícia, no mínimo, dois anos após um traumatismo grave. Neste caso, esta pode ter uma papel terapêutico, constituindo uma reavaliação do estado pós-traumático .

No caso das situações de handicap grave ($IPG \geq 70\%$), preconiza-se também a utilização do Inventário de Avaliação do Dano Corporal em vez de Tabelas de Incapacidade Permanente. Nestes casos é de particular importância a descrição do dano em todos os seus níveis (corpo, capacidades, situações de vida e subjectividade) e a valorização do grau de independência e autonomia da vítima; assim, no relatório, deverão constar sempre a descrição da necessidade de ajudas técnicas e/ou medicamentosas, de ajuda de terceira pessoa, de adaptação do domicílio e local de trabalho e, ainda, a necessidade de reconversão profissional e de tratamentos ou internamentos regulares.

Nestas situações a reparação deverá ser em renda, ao invés da tradicional modalidade em capital, dada a dificuldade de prever, no momento do exame pericial, todas as necessidades futuras da pessoa em avaliação.

Apresenta-se de seguida o Inventário de Avaliação do Dano Corporal e as escalas nele utilizadas.



INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL

		ANTES DO ACIDENTE					DEPOIS DO ACIDENTE				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1-CORPO											
Crânio e pescoço	1						2				
Face	3						4				
Coluna e medula	5						6				
Tórax e abdómen (conteúdo pélvico e períneo incluídos)	7						8				
Membros (pelve óssea incluída)	9						10				
2-CAPACIDADES		(Score1 =)					(Score2 =)				
POSTURA	Permanecer na posição de pé	11					12				
	Permanecer na posição sentada	13					14				
	Virar-se em posição deitada	15					16				
	Passar da posição deitada à posição sentada	17					18				
	Passar da posição sentada à posição de pé	19					20				
TRANSFERÊNCIAS	Andar ou deslocar-se em plano horizontal	21					22				
	Correr	23					24				
	Levantar-se do chão	25					26				
	Preensão com a mão direita	27					28				
	Preensão com a mão esquerda	29					30				
MANIPULAÇÃO	Posicionar a mão direita no espaço	31					32				
	Posicionar a mão esquerda no espaço	33					34				
	Oral	35					36				
COMUNICAÇÃO	Escrita	37					38				
	Gestual	39					40				
COGNIÇÃO	Memória	41					42				
	Aprendizagem	43					44				
	Orientação	45					46				
AFECTIVIDADE	Afectividade	47					48				
	Controlar a emissão de urina	49					50				
ESFÍNCTERES	Controlar a emissão de fezes	51					52				
SEXUALIDADE	Ter relações sexuais completas	53					54				
PROCRIAÇÃO	Procriar	55					56				
3-SITUAÇÕES		(Score3 =)					(Score4 =)				
ACTOS DA VIDA CORRENTE	Comer e beber	57					58				
	Ir à casa de banho	59					60				
	Fazer a sua higiene pessoal	61					62				
	Vestir-se e despir-se	63					64				
	Deitar-se e levantar-se da cama	65					66				
	Deslocar-se dentro de sua casa	67					68				
	Fazer as actividades caseiras	69					70				
	Apanhar um objecto do chão	71					72				
	Escrever	73					74				
	Telefonar	75					76				
	Gerir os seus bens	77					78				
	Tomar a sua medicação	79					80				
	Sair e entrar em casa	81					82				
	Subir ou descer uma escada ou uma rampa	83					84				
	VIDA AFECTIVA E SOCIAL	Fazer compras e as actividades exteriores habituais	85					86			
Utilizar um meio de transporte comum		87					88				
Utilizar um meio de transporte pessoal		89					90				
Relações afectivas com a família		91					92				
Relações afectivas com os amigos e vizinhos		93					94				
VIDA PROFISSIONAL OU DE FORMAÇÃO	Praticar actividades de lazer passivas	95					96				
	Praticar actividades de lazer activas	97					98				
	Exercer uma actividade profissional ou de formação	99					100				
	Deslocar-se para o trabalho ou para a escola	101					102				
	Deslocar-se no local de trabalho ou na escola	103					104				
VIDA PROFISSIONAL OU DE FORMAÇÃO	Ir à casa de banho no local de trabalho ou na escola	105					106				
	Alimentar-se no local de trabalho ou na escola	107					108				
	Estabelecer boas relações no trabalho ou na escola	109					110				
		(Score5 =)					(Score6 =)				

Score final (Coeficiente de Dano) = $\frac{S2 + S4 + S6}{3}$ =



**ESCALAS DE GRAVIDADE DO
INVENTÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL**

Corpo	Capacidades	Situações
0. Sem sequelas	0. Sem dificuldades	0. Sem dificuldades
1. Sequelas mínimas	1. Dificuldades mínimas (lentidão, desconforto)	1. Dificuldades mínimas (lentidão, desconforto)
2. Sequelas de importância média	2. Dificuldades médias (ajuda técnica ou medicamentosa)	2. Dificuldades médias (ajuda técnica ou medicamentosa ou adaptação do meio)
3. Sequelas importantes	3. Dificuldades importantes (ajuda humana)	3. Dificuldades importantes (ajuda humana ou reconversão profissional)
4. Sequelas muito importantes	4. Impossibilidade ou ajuda humana total (de substituição)	4. Impossibilidade ou ajuda humana total (de substituição)

SCORE FINAL

Corpo: valor do item maior

Capacidades		Situações	
		Com vida profissional ou de formação	Sem vida profissional ou de formação
0	0-5	0-5	0-12
1	6-13	6-16	13-25
2	14-35	17-43	26-38
3	36-64	44-75	39-51
4	65-92	76-108	52-64

ESCALA DE GRAVIDADE DO COEFICIENTE DE DANO

- 0** - Sem sequelas ou sequelas sem relevância médico-legal;
- 1** - Dano corporal ligeiro, sem necessidade de recurso a ajudas técnicas ou humanas (sem dependência); pode haver dificuldades ou desconforto;
- 2** - Dano corporal de gravidade média, havendo necessidade de recurso a ajudas técnicas ou medicamentosas, mas não a ajuda humana;
- 3** - Dano corporal importante, havendo necessidade de recurso a ajudas humanas;
- 4** - Dano corporal muito importante, com dependência total de terceira pessoa (sem autonomia nem independência).



4. Avaliação e reparação do dano corporal no âmbito do direito do trabalho

Tendo como objectivo orientar a reparação do dano, não está neste caso em discussão a globalidade dos danos, analisados de forma personalizada, como acontece em sede de direito Civil. Trata-se aqui de avaliar e reparar apenas os danos corporais patrimoniais, e estes só na medida em que se repercutem em termos profissionais.

Neste tipo de exame o perito não tem a mesma liberdade que em direito Civil, estando limitado às regras de avaliação legalmente previstas, entre as quais se inclui o recurso obrigatório à Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

Importa, assim, conhecer em pormenor as normas que presidem à realização destas perícias, pelo que apresentaremos aqui alguns conceitos básicos:

Acidente de trabalho - aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte. Considera-se também acidente de trabalho o ocorrido:

- a) no trajecto de ida e de regresso para e do local de trabalho;
- b) na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveito económico para a entidade empregadora;
- c) no local de trabalho, quando no exercício do direito de reunião ou de actividade de representante dos trabalhadores;
- d) no local de trabalho, quando em frequência de curso de formação profissional ou, fora do local de trabalho, quando exista autorização expressa da entidade empregadora para tal frequência;
- e) em actividade de procura de emprego durante o crédito de horas para tal concedido por lei aos trabalhadores com processo de cessação de contrato de trabalho em curso;
- f) fora do local ou do tempo de trabalho, quando verificado na execução de serviços determinados pela entidade empregadora ou por esta consentidos.

Local de trabalho - todo o lugar em que o trabalhador se encontra ou deva dirigir-se em virtude do seu trabalho e em que esteja, directa ou indirectamente, sujeito ao controlo do empregador.

Tempo de trabalho - além do período normal de laboração, o que preceder o seu início, em actos de preparação ou com ele relacionados, e o que se lhe seguir, em actos também com ele relacionados, e ainda as interrupções normais ou forçadas de trabalho.



Se a **lesão corporal, perturbação ou doença** for reconhecida a seguir a um acidente presume-se consequência deste. Se não for reconhecida a seguir a um acidente, compete ao sinistrado ou aos beneficiários legais provar que foi consequência dele. Não dá direito a reparação o acidente:

- a) que for dolosamente provocado pelo sinistrado ou provier de seu acto ou omissão, que importe violação, sem causa justificativa, das condições de segurança estabelecidas pela entidade empregadora ou previstas na lei;
- b) que provier exclusivamente de negligência grosseira do sinistrado;
- c) que resultar da privação permanente ou acidental do uso da razão do sinistrado, nos termos da lei civil, salvo se tal privação derivar da própria prestação do trabalho, for independente da vontade do sinistrado ou se a entidade empregadora ou o seu representante, conhecendo o estado do sinistrado, consentir na prestação;
- d) que provier de caso de força maior.

Quando a lesão ou doença consecutiva ao acidente for agravada por lesão ou doença anterior, ou quando esta for agravada pelo acidente, a incapacidade avaliar-se-á como se tudo dele resultasse, a não ser que pela lesão ou doença anterior o sinistrado já esteja a receber pensão ou tenha recebido um capital. No caso de o sinistrado estar afectado de incapacidade permanente anterior ao acidente, a reparação será apenas a correspondente à diferença entre a incapacidade anterior e a que for calculada como se tudo fosse imputado ao acidente. Quando do acidente resulte a inutilização ou danificação dos aparelhos de prótese ou ortopedia de que o sinistrado já era portador, o mesmo terá direito à sua reparação ou substituição. Confere também direito à reparação a lesão ou doença que se manifeste durante o tratamento de lesão ou doença resultante de um acidente de trabalho e que seja consequência de tal tratamento.

O direito à **reparação** compreende as seguintes prestações:

- a) em **espécie**: prestações de natureza médica, cirúrgica, farmacêutica, hospitalar e quaisquer outras, seja qual for a sua forma, desde que necessárias e adequadas ao restabelecimento do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado e à sua recuperação para a vida activa;
- b) em **dinheiro**: indemnização por incapacidade temporária absoluta ou parcial para o trabalho; indemnização em capital ou pensão vitalícia correspondente à redução na capacidade de trabalho ou de ganho, em caso de incapacidade permanente; pensões aos familiares do sinistrado; subsídio por situações de elevada incapacidade permanente; subsídio para readaptação de habitação, e subsídio por morte e despesas de funeral.



Se do acidente resultar redução na capacidade de trabalho ou ganho do sinistrado, este terá direito às seguintes prestações:

- a) na **incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho**: pensão anual e vitalícia igual a 80% da retribuição, acrescida de 10% por cada familiar a cargo, conceito a definir em regulamentação ulterior, até ao limite da retribuição e subsídio por situações de elevada incapacidade permanente;
- b) na **incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual**: pensão anual e vitalícia compreendida entre 50% e 70% da retribuição, conforme a maior ou menor capacidade funcional residual para o exercício de outra profissão compatível e subsídio por situações de elevada incapacidade permanente;
- c) na **incapacidade permanente parcial igual ou superior a 30%**: pensão anual e vitalícia correspondente a 70% da redução sofrida na capacidade geral de ganho e subsídio por situações de elevada incapacidade permanente, em caso de incapacidade permanente parcial igual ou superior a 70%;
- d) na **incapacidade permanente parcial inferior a 30%**: capital de remição de uma pensão anual e vitalícia correspondente a 70% da redução sofrida na capacidade geral de ganho, calculado nos termos que vierem a ser regulamentados;
- e) na **incapacidade temporária absoluta**: indemnização diária igual a 70% da retribuição;
- f) na **incapacidade temporária parcial**: indemnização diária igual a 70% da redução sofrida na capacidade geral de ganho.

As indemnizações são devidas enquanto o sinistrado estiver em regime de tratamento ambulatorio ou de reabilitação profissional; mas serão reduzidas a 45% durante o período de internamento hospitalar ou durante o tempo em que correrem por conta da entidade empregadora ou seguradora as despesas com assistência clínica e alimentos do mesmo sinistrado, se este for solteiro, não viver em união de facto ou não tiver filhos ou outras pessoas a seu cargo. A retribuição correspondente ao dia do acidente será paga pela entidade empregadora. As indemnizações por incapacidade temporária começam a vencer-se no dia seguinte ao do acidente e as pensões por incapacidade permanente no dia seguinte ao da alta. Será estabelecida uma pensão provisória por incapacidade permanente entre o dia seguinte ao da alta e o momento de fixação da pensão definitiva, nos termos a regulamentar.

Quando se verifique **modificação da capacidade de ganho** do sinistrado proveniente de agravamento, recidiva, recaída ou melhoria da lesão ou doença que deu origem à reparação, ou de intervenção clínica ou aplicação de prótese ou ortótese, ou ainda de formação ou reconversão profissional, as prestações poderão ser revistas e aumentadas, reduzidas ou extintas, de



harmonia com a alteração verificada. A revisão só poderá ser requerida dentro dos 10 anos posteriores à data da fixação da pensão, uma vez em cada semestre, nos dois primeiros anos, e uma vez por ano, nos anos imediatos.

Nos casos de **doenças profissionais** de carácter evolutivo pode requerer-se a revisão em qualquer tempo; mas, nos dois primeiros anos, só poderá ser requerida uma vez no fim de cada ano. Há direito à reparação emergente de doenças profissionais quando, cumulativamente, se verifiquem as seguintes condições:

- a) estar o trabalhador afectado da correspondente doença profissional;
- b) ter estado o trabalhador exposto ao respectivo risco pela natureza da indústria, actividade ou condições, ambiente e técnicas do trabalho habitual.

A avaliação, graduação e reparação das doenças profissionais é da exclusiva responsabilidade do Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais.

Tendo em vista a reparação do dano corporal resultante a sua avaliação médico-legal compreende os seguintes danos: **incapacidade temporária profissional** (absoluta e parcial) e **incapacidade permanente profissional**. Para determinação desta última recorre-se à **Tabela Nacional de Incapacidades** (TNI). Esta tem por objectivo fornecer as bases de avaliação do prejuízo funcional sofrido em consequência de acidente de trabalho e doença profissional, com perda da capacidade de ganho. As sequelas (disfunções, independentemente da causa ou lesão inicial) de que resultem incapacidades permanentes são designadas, na TNI, em números, subnúmeros e alíneas, agrupados em capítulos. A cada situação de prejuízo funcional corresponde um coeficiente expresso em percentagem, que traduz a proporção da perda da capacidade de trabalho resultante da disfunção, como sequela final da lesão inicial, sendo a disfunção total, com incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho, expressa pela unidade.

Os coeficientes ou intervalos de variação correspondem a percentagens de desvalorização, que constituem o elemento de base para o cálculo da incapacidade total. Na determinação do valor final da incapacidade devem ser observadas as seguintes normas, para além e sem prejuízo das que são específicas de cada capítulo ou número:

- a) Sempre que se verifique perda ou diminuição de função inerente ou imprescindível ao desempenho do posto de trabalho que ocupava com carácter permanente, os coeficientes de incapacidade previstos são bonificados com uma multiplicação pelo factor 1,5, se a vítima não for reconvertível em relação ao posto de trabalho ou tiver 50 anos ou mais;



- b) A incapacidade será igualmente corrigida com a multiplicação pelo factor 1,5 quando a lesão implicar alteração visível do aspecto físico (como no caso das dismorfias ou equivalentes), se a estética for inerente ou indispensável ao desempenho do posto de trabalho e se a vítima não for reconvertível em relação ao posto de trabalho ou tiver 50 anos ou mais (não acumulável com a alínea anterior);
- c) Quando a função for substituída, no todo ou em parte, por prótese, a incapacidade poderá ser reduzida, consoante o grau de recuperação da função e da capacidade de ganho do sinistrado, não podendo, porém, tal redução ser superior a 15%;
- d) No caso de lesões múltiplas, o coeficiente global de incapacidade será obtido pela soma dos coeficientes parciais, segundo o **princípio da capacidade restante**, calculando-se o primeiro coeficiente por referência à capacidade do indivíduo anterior ao acidente ou doença profissional e os demais à capacidade restante, fazendo-se a dedução sucessiva do coeficiente ou coeficientes já tomados em conta no mesmo cálculo.

As incapacidades que derivem de disfunções ou sequelas não descritas na Tabela são avaliadas pelo coeficiente relativo a disfunção análoga ou equivalente.

Os peritos podem aumentar ou diminuir o valor da incapacidade global, expondo claramente e fundamentando as razões que a tal o conduzem e indicando o sentido e a medida do desvio em relação ao coeficiente em princípio aplicável à situação concreta em avaliação. Tal terá em atenção os seguintes elementos:

- a) estado geral da vítima (capacidades físicas e mentais);
- b) natureza das funções exercidas, aptidão e capacidade profissional;
- c) idade (envelhecimento precoce);
- d) efectivas possibilidades de reabilitação profissional do sinistrado, face às suas aptidões e às capacidades restantes.

As incapacidades temporárias parciais correspondentes ao primeiro exame médico são fixadas pelo menos no dobro do coeficiente previsível numa futura situação de incapacidade permanente, sem ultrapassar o coeficiente 1, e são reduzidas, gradualmente, salvo o caso de recaída ou agravamento imprevisto, confirmado por diagnóstico fundamentado até à alta definitiva com estabilização da situação clínica.

Sempre que seja considerado adequado ou conveniente, pode o tribunal solicitar parecer às entidades competentes, designadamente ao Instituto do Emprego e Formação Profissional, sobre as efectivas possibilidades de reabilitação do sinistrado. Sempre que possível e necessário para um diagnóstico diferencial seguro, devem ser utilizados os meios técnicos mais actualizados e



adequados a uma avaliação rigorosa do défice funcional ou das sequelas com vista à fixação da incapacidade.

As queixas subjectivas que acompanhem défices funcionais, tais como dor e impotência funcional, para serem valorizáveis, devem ser objectivadas (ex: pela contratura muscular, pela diminuição da força, pela hipotrofia, pela pesquisa de reflexos e outros exames adequados como o EMG).

A fim de permitir o maior rigor na avaliação das incapacidades resultantes de acidente de trabalho e doença profissional, a garantia dos direitos das vítimas e a apreciação jurisdicional, o processo constituído para esse efeito deve conter obrigatoriamente os seguintes elementos:

- a) Inquérito profissional, nomeadamente para efeito de história profissional;
- b) Estudo do posto de trabalho, com caracterização dos riscos profissionais e sua quantificação, sempre que tecnicamente possível;
- c) História clínica, com passado nosológico e estado actual;
- d) Exames complementares de diagnóstico necessários.

Referências bibliográficas

- Código do Processo de Trabalho
- Lei nº 100/97, de 13 Setembro
- Dec-Lei nº 341/93, de 30 Setembro
- Código Civil
- Código do Processo Civil
- Oliveira Sá: Clínica Médico-legal da reparação do dano corporal em Direito Civil, APADAC, Coimbra, 1992.
- Magalhães T: Estudo Tridimensional do dano corporal: Lesão, Função e Situação. Sua aplicação médico-legal, Almedina, Coimbra, 1998.
- Hamonet CI, Magalhães T: Système d'Identification et de mesure des Handicaps, ESKA, Paris, 2000.
- Magalhães T: O trauma e o dano na pessoa. Para uma avaliação global e personalizada do dano corporal, Boletim de Medicina Legal e Toxicologia Forense, XIII(1):13-26, 1999.
- Magalhães T: O dano sexual: avaliação e reparação no âmbito do Direito Civil, Acta Urológica Portuguesa, 17(2):39-44, 2000.
- Barème Indicatif des Deficits Fonctionnels Séquellaires en Droit Commun, Le Concours Médical, Paris, 2001.
- Pineda BP, Blázquez MG : Manual de valoración y Baremación del daño corporal, Comares Editorial, Granada, 1991.