



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Faculdade de Ciências da Saúde



Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

**Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do
Gabinete Médico-legal da Covilhã**

Bárbara Andreia Soares dos Reis Aguiar

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Covilhã, Junho de 2009



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Faculdade de Ciências da Saúde



Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

**Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal no
Gabinete Médico-legal da Covilhã**

Bárbara Andreia Soares dos Reis Aguiar

Orientador: Professor Doutor Duarte Nuno Vieira

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Covilhã, Junho de 2009

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Duarte Nuno Vieira.

*A todos os que me amam, que foram o meu pilar
e que sempre me apoiaram em todos os momentos da minha vida...*

Agradecimentos

Num processo tão complexo como o desenvolvimento desta dissertação, não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que possibilitaram não só o crescimento mas como também a conclusão desta minha tese para obtenção do grau de mestre em Medicina.

Ao meu orientador por ter aceite o meu convite para orientação da minha dissertação de Mestrado, pela supervisão, pela disponibilidade, estímulo e confiança demonstrada e pela sábia transmissão de conhecimentos.

Ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco pela disponibilidade, apoio, sugestões e partilha de saber.

Os meus agradecimentos à Sónia, administrativa do Gabinete médico-legal da Cova da Beira, pela amabilidade e disponibilidade prestada, assim como ao Gabinete de medicina legal da Covilhã pela disponibilização dos processos

Gostaria também de agradecer à minha família pelo apoio e incentivo constantes, especialmente aos meus pais e irmão.

Agradeço ao Sérgio, Ricardo e um muito especial ao Maciel por todo o apoio, carinho, confiança e coragem em todos os momentos mais frágeis e difíceis em que me transmitiram toda a bravura para eu continuar em frente e nunca deixar este sonho de parte.

A todos os meus amigos um muito obrigado pelo contributo directo ou indirecto que prestaram para a conclusão desta dissertação.

A todos um muito obrigado.

RESUMO

A avaliação médico-legal do dano corporal em direito penal assume um papel fulcral na fundamentação da decisão judicial, nomeadamente no que respeita à sanção penal a aplicar a quem foi responsável pela produção desses danos. No âmbito da profunda reorganização médico-legal portuguesa verificada em 2001, foi criado o Gabinete Médico-Legal da Covilhã que entre as suas competências integra a realização destes exames periciais. Tendo em vista conhecer qual o padrão de violência mais frequente e qual a realidade pericial no âmbito da Clínica Forense em direito penal na zona geográfica coberta por aquele Gabinete, procedeu-se a um estudo retrospectivo, envolvendo o período de 2006-2008, de todas as perícias neste domínio nele concretizadas. Com base nelas estudou-se o dia da semana mais prevalente, assim como a hora, o tipo de agressão em causa, agressor(a), vítima (s), onde foi assistido(a), quem solicitou o exame, local/actividade, tipo de arma e meio utilizados, natureza do dano, tempo de cura e incapacidades para o trabalho em geral e profissional, e se resultaram danos permanentes e/ou perturbações psico-sociais. Avaliou-se também a qualidade da resposta pericial proporcionada pelo Gabinete em causa à população por ele coberta,

nomeadamente através do estudo do número de vezes que o(a) agredido(a) foi examinado(a), o tempo de resposta após solicitação do exame e a correcta abordagem ou não de todos os parâmetros de dano valorizáveis em direito penal no âmbito do respectivo relatório pericial.

PALAVRAS CHAVES: dano corporal, direito penal, padrão de violências, clínica forense, peritagem médico-legal, agressão, agressor, vítima, cova da beira

ABSTRACT

The Forensic Medicine evaluation of the injury in criminal law has a key role in the reasoning of the court's decision in respect to the base penalty to be applied to whom was responsible for the production of such damage. Under the reorganization of the Portuguese Forensic Medicine in 2001, a Gabinete Médico-Legal da Covilhã was created and among its powers, it includes the realization of expert examinations. In order to know what pattern of violence was more frequent and the real expertise within the Forensic Clinic in criminal law in the geographical area covered by that office, a retrospective study was done, corresponding to a period between 2006-2008, of all the expertise in this area it implemented. A study was done regarding, the day of the week and time of day, type of aggression involved, aggressor, victim (s), type of weapon used, who requested the examination, place / activity, type of weapon and used means of injury, nature of injury, time of healing and disability for work in general and professional and if permanent harm resulted, and / or psycho-social disorders. The quality of response provided by expertise of the office was also evaluated concerning the population covered by it, particularly by studying the

Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do Gabinete Médico-legal da Covilhã

number of times the victim was examined, the response time after the examiners solicitation and the correct approach of injury recoverable in criminal law under the expert report.

KEY WORDS: personal injury, criminal law, pattern of violence, clinical forensic, reality expert, type of aggression, aggressor, victim, cova da beira.

Índice geral

Dedicatória-----	iii
Agradecimentos-----	iv
Resumo-----	v
Abstract-----	vii
Índice de Figuras-----	x
Índice de Tabelas-----	xi
Índice de Gráficos-----	xii
Lista de Siglas e de Abreviaturas-----	xiii
Introdução-----	1
Materiais e Métodos-----	5
Resultados-----	7
Discussão-----	40
Bibliografia-----	53
Anexos-----	56

Índice de figuras

Figura 1.	Pirâmide etária, Portugal, 2002 e 2007	40
Figura 2.	População residente por grupos etários, Portugal 2002-2007	41
Figura 3.	Índices de dependência de Jovens e Idosos, Portugal 2002-2007	44
Figura 4.	Campanhas publicitárias contra a violência, OMS	52

Índice de tabelas

Tabela 1: Estudo descritivo da idade das vítimas de agressão -----	7
Tabela 2: Idade média das vítimas por sexo -----	9
Tabela 3: Estudo t-test para a igualdade de médias entre o sexo e a idade-----	10
Tabela 4: Número de exames periciais concretizados ao agredido(a) -----	11
Tabela 5: Estudo descritivo do intervalo de tempo decorrido entre a agressão e o exame pericial -----	12
Tabela 6: Número de dias decorridos entre a agressão e o exame pericial -----	12
Tabela 7: Intervalo de tempo, em dias, decorrido entre a solicitação do exame pericial e a sua concretização -----	13
Tabela 8: Estudo descritivo dos dias da semana em que se verificaram as situações de agressão -----	14
Tabela 9: Número de agressões verificadas por grupos horários -----	15
Tabela 10: Distribuição das vítimas de agressão por grupos profissionais -----	16
Tabela 11: Estudo descritivo do local onde as vítimas de agressão foram inicialmente assistidas -----	17
Tabela 12: Entidades que solicitaram os exames periciais das vítimas de agressão -----	18
Tabela 13: Distribuição das agressões verificadas por Local/Actividade -----	19
Tabela 14: Estudo descritivo do tipo de agressões verificadas -----	19
Tabela 15: Estudo descritivo do tipo de Agressor -----	20
Tabela 16: Meios de agressão utilizados -----	20
Tabela 17: Intervalo de tempo, em dias, decorrido entre a produção das lesões e a "cura" -----	22
Tabela 18: Tipo de instrumentos utilizados para consumar as agressões -----	22
Tabela 19: Número de casos de que resultaram Ofensas Graves -----	24
Tabela 20: Número de casos em que se assinalava a existência de perturbação psico-social -----	24
Tabela 21: Estudo descritivo da natureza dos danos observados-----	25

Tabela 22: Estudo descritivo do tempo de cura, IPTG e IPTP -----	26
Tabela 23: Relação entre os grupos de Profissionais e o tipo de agressor -----	27
Tabela 24: Relação entre a natureza do dano e local onde a vítima foi assistida --	31
Tabela 25: Relação entre o tipo de agressor e os danos permanentes sofridos ---	33
Tabela 26: Teste Qui-Quadrado entre danos permanentes e agressor -----	34
Tabela 27: Relação entre o sexo e os danos permanentes -----	35
Tabela 28: Teste Qui-Quadrado entre o sexo e os danos permanentes -----	36
Tabela 29: Relação entre o intervalo de tempo da agressão/exame e os danos permanentes -----	36
Tabela 30: t-test da relação entre o Intervalo de tempo da agressão/exame e os danos permanentes -----	37
Tabela 31: Relação do Intervalo de tempo entre a agressão/exame e o sexo -----	38
Tabela 32: t-test entre o Intervalo de tempo da agressão/exame e o sexo -----	38

Índice de gráficos

Gráfico 1: Número de vítimas de agressão observadas no Gabinete Médico-Legal da Covilhã nos anos de 2006, 2007 e 2008-----	7
Gráfico 2: Distribuição das vítimas por grupos etários-----	8
Gráfico 3: Distribuição percentual das vítimas por sexo-----	9
Gráfico 4: Distribuição das vítimas de agressão por estado civil-----	11
Gráfico 5: Distribuição das situações de agressão pelos dias da semana-----	14
Gráfico 6: Distribuição das agressões ao longo do dia -----	15
Gráfico 7: Análise descritiva da percentagem de casos com danos permanentes	23
Gráfico 8: Relação entre grupo de profissionais e tipo de agressor-----	30
Gráfico 9: Percentagens de danos permanentes ao longo dos 3 anos em estudo	39

Lista de siglas e de abreviaturas

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences Inc

GNR – Guarda Nacional Republicana

PSP – Polícia de Segurança Pública

IPTG – Incapacidade Para Trabalho Geral

IPTP – Incapacidade Para Trabalho Profissional

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CHCB – Centro Hospitalar da Cova da Beira

CS – Cuidados de Saúde

OMS – Ordem Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO

O conceito e a problemática da violência social sempre tiveram diferentes pontos de situação e diferenciação, em função das distintas épocas e sociedades. Falar em violência, agressão, criminalidade, ou em abusos da fisionomia e psicologia do ser, é algo cada vez mais interiorizado na vivência e no dia-a-dia do homem enquanto ser social. (1)

Segundo a Ordem Mundial de Saúde (2002), a violência pode ser definida como *“o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade”*.

Por sua vez, *“uma lesão é o dano físico que resulta quando um corpo humano é subitamente ou brevemente submetidas a níveis intoleráveis de energia. Pode ser uma lesão corporal resultante de uma exposição aguda a energia em montantes que excedam o limiar de tolerância fisiológica, ou pode ser um comprometimento da função resultante de uma falta de um ou mais elementos essenciais”*. (2) Por isso a definição de saúde de um indivíduo vai no sentido desta ser *“um complexo de bem-estar físico, mental e social”*. (3)

Afigurou-se-nos pois interessante conhecer o padrão de violência na zona da Cova da Beira, analisando os múltiplos elementos que a integram – do agressor ao tipo de agressão, do dia da semana ao local, do sexo mais frequentemente envolvido às lesões mais habituais, entre outros – e conjugar esta análise com a resposta pericial oferecida aos cidadãos, nomeadamente em termos de celeridade e qualidade.

Surgida por necessidade da justiça e da sociedade, a Medicina Legal está em permanente actualização e adaptação (científica, técnica e doutrinária), tendo de criar metodologias compreensíveis e adaptadas a uma análise e interpretação adequada das situações e sua compreensão pelos Magistrados, nomeadamente nestas situações concretas de ofensas corporais, que constituem o tipo de avaliação pericial mais frequente solicitada na intervenção médico-legal. (4) É aliás uma perícia que abrange uma percepção descritiva pormenorizada dos danos, da sua natureza e extensão, do tipo de agressão e de instrumento utilizado, de qual o meio, local e actividade, do tempo necessário para a cura ou consolidação, bem como a consideração de outros aspectos, nomeadamente de eventuais danos permanentes para o ofendido ou de uma eventual criação de perigo para a vida, relacionando-se assim a queixa da agressão com a ofensa à integridade em toda a sua forma globalizada como saúde. Tudo isto tendo como referência o Código Penal, que é neste âmbito o elemento de referência para a avaliação do dano corporal, tendo em vista a posterior apreciação jurídico-legal da conduta do agressor, no contexto dos artigos 143º e 144º daquele código, referentes à ofensa à integridade física, simples e grave, ao indivíduo. (5)

Deixemos desde já uma nota relativamente à nossa total concordância relativamente à reflexão realizada pelo professor Oliveira Sá a propósito de palavras do Professor Duarte-Santos em 1968, ao referir que a expressão que continua a constar na legislação jurídica de “ofensa corporal”, deveria ser substituída por “ofensa pessoal” (6), abrangendo assim o Homem como um ser biopsicosocial, onde a saúde poderá ser alterada em qualquer parte do seu todo, podendo assim haver sequelas a nível somático-psíquico, que podem aliás deixar danos permanentes e mais profundos, de difícil sobrepujar.

Deveremos também assinalar desde já que não foi fácil concretizar o estudo proposto. Por dificuldades diversas. Por exemplo, no âmbito da violência, não existe qualquer tipo de classificação definitiva relativamente aos tipos de agressor! Todavia, a quase totalidade das nomenclaturas envolvem habitualmente uma categoria designada por Interpessoal. Sendo esta a que decidimos abordar neste trabalho e porque pretendíamos uma melhor especificação do grupo de agressores interpessoais em estudo, resolvemos estabelecer uma subdivisão em três novos grupos, que classificámos como: familiares, parceiros e comunidade (conhecidos ou desconhecidos). Já no que se refere ao tipo de agressão em causa – classicamente dividida em física, sexual, psicológica ou por privação/negligência - escolhemos abordar apenas as duas primeiras, devido à não existência de casos (facto que desde logo nos foi transmitido pelos peritos do Gabinete Médico-Legal em causa) que possibilitassem o estudo dos outros tipos de agressão.

O presente estudo teve como base de trabalho os casos de avaliação do dano corporal em direito penal examinados e seguidos no Gabinete Médico-

Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do Gabinete Médico-legal da Covilhã

Legal da Covilhã num período de três anos, entre 2006-2008. O seu objectivo último é o de poder contribuir posteriormente, através dos seus dados de investigação, com informação que seja útil para a criação de estratégias no âmbito da prevenção e/ou da intervenção (e nomeadamente também pericial), e com isso obter igualmente uma possível redução dos custos da saúde pública.

Materiais e Métodos

Iniciou-se o estudo por um estudo bibliográfico sobre o tema, realizado entre Outubro de 2008 e Fevereiro de 2009, utilizando o motor de busca Google, a dados da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal, as Bibliotecas Central da Universidade de Coimbra e da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, assim como da Delegação do Centro do Instituto de Nacional Medicina Legal.

Realizou-se depois um estudo retrospectivo (por revisão) dos processos clínicos de alegadas vítimas de agressão examinadas, no âmbito do direito penal, no Gabinete Médico-Legal da Covilhã, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2008.

Do total de 1008 casos que se constatou terem sido observados no Gabinete em causa durante o período em apreço (341 de 2006, 327 de 2007 e 340 de 2008), procedeu-se à obtenção, através do Microsoft Office Excel 2007, de uma amostra aleatória envolvendo respectivamente 185, 180 e 184 casos para cada um dos anos em causa (amostra calculada através de um intervalo de confiança de 95%).

Como critério de inclusão para a selecção inicial apenas foram admitidos todos aqueles casos que em que havia sido possível admitir o nexo da

casualidade entre o traumatismo e o dano, tendo sido excluídos do estudo os que não apresentavam nexos de casualidade.

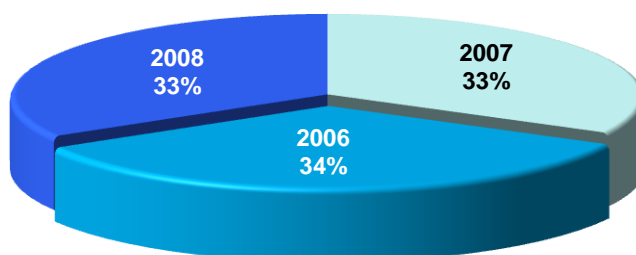
Procedeu-se à revisão dos processos médico-legais, criando uma tabela de recolha de dados (garantindo o anonimato dos examinados), através do programa Microsoft Office Excel 2007.

A análise estatística foi efectuada com recurso ao software de análise estatística SPSS (v. 16.0; Statistical Package for the Social Sciences Inc, Chicago, IL) e envolveu a utilização de estatísticas descritivas (médias, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas), testes do Qui-quadrado e testes t de Student. O teste do Qui-quadrado foi utilizado quando se testou a independência de variáveis categorizadas e o teste t de Student quando se compararam duas amostras em variáveis dependentes medidas em escalas quantitativas. O nível de significância que se utilizou como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi $(\alpha) \leq 0,05$.

RESULTADOS

O gráfico seguinte evidencia que a percentagem de casos de agressão durante cada um dos anos em estudo foi similar: 34% em 2006, 33% em 2007 e igualmente 33% em 2008.

Gráfico 1: Número de vítimas de agressão observadas no Gabinete Médico-Legal da Covilhã nos anos de 2006, 2007 e 2008



As idades das vítimas em estudo (n=549) ficaram compreendidas entre os 2 e os 88 anos de idade. A média de idades foi de 40,74 anos, com um desvio padrão de 17,176.

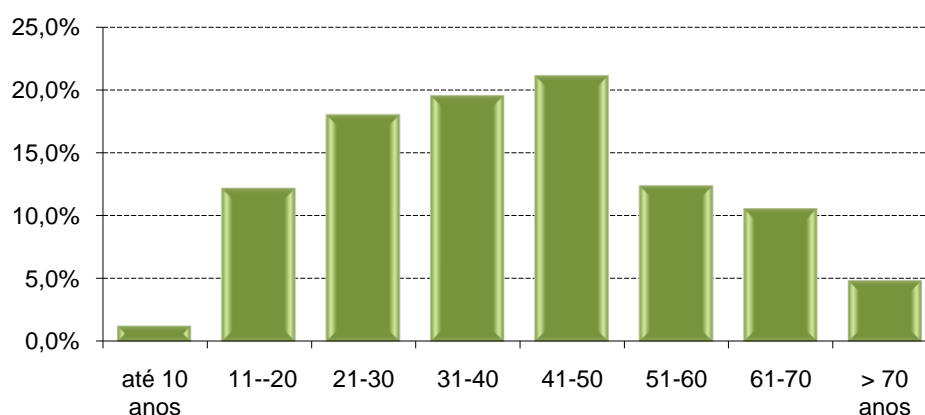
Tabela 1: Estudo descritivo da idade das vítimas de agressão.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	549	2	88	40,74	17,176

Para facilitar a análise efectuou-se um agrupamento de idades em intervalos de 10 anos, considerando as idades acima dos 70 anos como um único intervalo de estudo. Verificou-se, assim, e como se pode constatar no gráfico seguinte (gráfico 2), que a faixa etária com maior número de vítimas de agressões se situa nos grupos correspondentes aos intervalos dos 31 aos 40 anos e dos 41 aos 50 anos, representando 20% do total das amostras recolhidas.

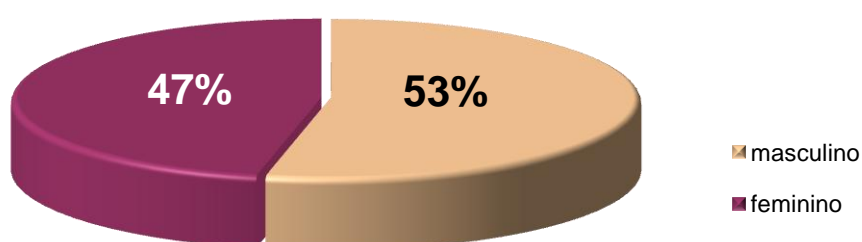
A menor percentagem de população agredida, representado 2,5% do total, correspondeu ao intervalo de idade até aos 10 anos, sendo 15% do total das amostras representado pelas idades acima dos 61 anos.

Gráfico 2: Distribuição das vítimas por grupos etários



No que se refere ao sexo mais predominante, constata-se que a maioria dos sujeitos agredidos era do género masculino (53%).

Gráfico 3: Distribuição percentual das vítimas por sexo.



A média de idades dos homens foi de 40,86 anos (desvio padrão 17,858) e a média de idades das mulheres de 40,60 anos (desvio padrão 16,394).

Tabela 2: Idade média das vítimas por sexo

Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Masculino	293	40,86	17,858	1,043
Feminino	256	40,60	16,394	1,025

Realizou-se o t-test para a igualdade de médias entre o sexo e a idade constatando-se que não existir diferença estatisticamente significativa, $t(547) = 0,173$, $p=0,862$ (tabela 3).

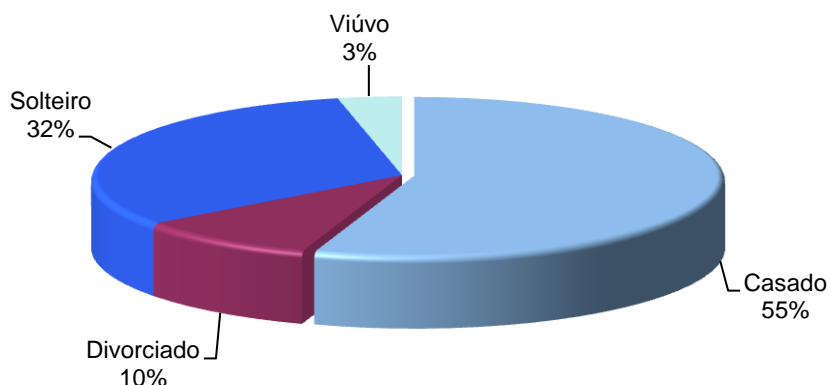
Tabela 3: Estudo t-test para a igualdade de médias entre o sexo e a idade

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	p value	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	2,903	0,089	0,173	547	0,862	0,255	1,471	-2,634	3,144
Igualdade de variâncias não assumida			0,174	545,651	0,862	0,255	1,462	-2,617	3,128

No que se refere ao estado civil, pode observar-se no gráfico 4, que a maior percentagem das vítimas de agressão são pessoas casadas, representando 55% do total. Seguem-se as pessoas solteiras, com 32%, os divorciados, em 10%.

Os viúvos corresponderam a uma menor percentagem, representando 3% do valor total de agressões.

Gráfico 4: Distribuição das vítimas de agressão por estado civil



Em virtude de algumas lesões ainda não estarem curadas ou consolidadas aquando da observação pericial, os examinados podem voltar para nova(s) avaliação(ões). Na tabela seguinte pode constatar-se que 84,3% das vítimas (n=463) vieram somente uma vez a exame pericial e que 14,8% (n=81) vieram duas vezes.

Tabela 4: Número de exames periciais concretizados ao agredido(a)

	Frequência	%
Uma vez	463	84,3
Duas vezes	81	14,8
Três vezes	4	0,7
Quatro vezes	1	0,2
Total	549	100,0

Para efeitos da avaliação da resposta do Gabinete Médico-Legal foi calculado o intervalo de tempo entre a agressão e a realização do exame pericial, assim como o intervalo de tempo entre a solicitação do exame e a sua realização.

Na tabela 5 constata-se que a média entre a agressão e o exame foi de 10,05 dias (desvio padrão é de 28,666). Isto porque o número máximo de dias foi de 191. Na tabela 6 pode todavia observar-se que a maior percentagem em termos de dias foi observada para os 2 dias (em 24,4% dos casos) e 3 dias (em 22,2%).

Tabela 5: Estudo descritivo do intervalo de tempo decorrido entre a agressão e o exame pericial.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Intervalo de tempo Agressão-Exame	549	0	191	10,05	28,666

Tabela 6: Número de dias decorridos entre a agressão e o exame pericial

Grupo de dias	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
0 dias	9	1,6	1,6	1,6
1 dias	70	12,8	12,8	14,4
2 dias	134	24,4	24,4	38,8
3 dias	122	22,2	22,2	61,0
4 dias	78	14,2	14,2	75,2
5 dias	33	6,0	6,0	81,2
6 dias	19	3,5	3,5	84,7

Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do Gabinete Médico-legal da Covilhã

7 dias	10	1,8	1,8	86,5
8 dias	7	1,3	1,3	87,8
9 dias	4	0,7	0,7	88,5
≥ 10 dias	63	11,5	11,5	100,0
Total	549	100,0	100,0	

Relativamente ao intervalo de tempo entre a solicitação do exame e a sua realização, observou-se na tabela 7, que em 48,1% dos casos (n=264) este foi de 0 dias (ou seja, o exame pericial foi realizado no próprio dia em que foi solicitado). Em 30,4% dos casos (n=167) foi de 1 dia, isto é, inferior a 24 horas. Constata-se assim que em quase 80% dos casos o exame foi feito nas primeiras 24 horas.

Tabela 7: Intervalo de tempo, em dias, decorrido entre a solicitação do exame pericial e a sua concretização.

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
0 dias	264	48,1	51,6	51,6
1 dias	167	30,4	32,6	84,2
2 dias	47	8,6	9,2	93,4
3 dias	7	1,3	1,4	94,7
4 dias	6	1,1	1,2	95,9
5 dias	1	0,2	0,2	96,1
6 dias	20	3,6	3,9	100,0
Total	512	93,3	100,0	
Valores em falta	37	6,7		
Total	549	100,0		

Mediante o gráfico 5 verifica-se que os dias da semana que se registou maior frequência de agressões corresponderam ao fim de semana, com um aumento a partir de 6^o feira, atingindo o seu valor máximo no domingo (com 20,0% dos casos; n=110). Em conjunto, quase 40% das agressões ocorreram assim ao fim-de-semana (tabela 8).

Gráfico 5: Distribuição das situações de agressão pelos dias da semana

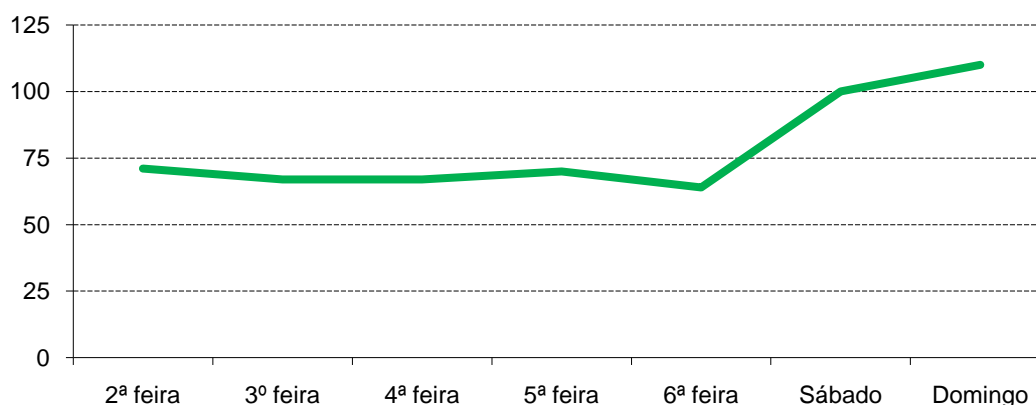


Tabela 8: Estudo descritivo dos dias da semana em que se verificaram as situações de agressão

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Domingo	110	20,0	20,0	20,0
Segunda-feira	71	12,9	12,9	33,0
Terça-feira	67	12,2	12,2	45,2
Quarta-feira	67	12,2	12,2	57,4
Quinta-feira	70	12,8	12,8	70,1
Sexta-feira	64	11,7	11,7	81,8
Sábado	100	18,2	18,2	100,0
Total	549	100,0	100,0	

O horário em que se verificaram as agressões agrupou-se em quatro períodos (00:01 às 06:00h; 06:01 às 12:00h; 12:01 às 18:00h; 18:01 às 24:00h). Os resultados apresentam-se no gráfico 6, sendo evidente que os períodos entre as 12:01 e as 24.00h são aqueles em que ocorreram maior número de agressões, perfazendo um total de 67,8% de todos os casos em estudo.

Gráfico 6: Distribuição das agressões ao longo do dia

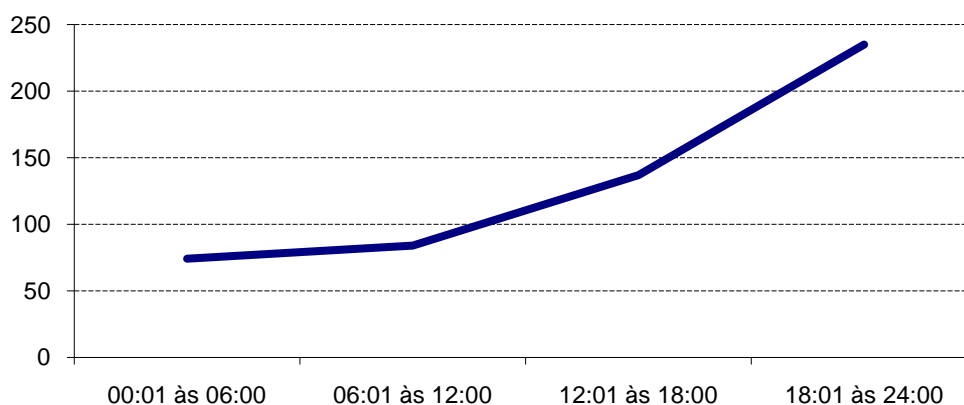


Tabela 9: Número de agressões verificadas por grupos horários

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
00:01 às 06:00	74	13,5	14,0	14,0
06:01 às 12:00	84	15,3	15,8	29,8
12:01 às 18:00	137	25,0	25,8	55,7
18:01 às 24:00	235	42,8	44,3	100,0
Total	530	96,5	100,0	
Valores em falta	19	3,5		
Total	549	100,0		

Em relação aos grupos profissionais envolvidos (7) , observou-se na tabela 10, que os “Operários e Artífices” foram o grupo envolvendo a maior percentagem de agredidos, representando 14,8% dos casos (n=81), seguindo-se os “Reformados”, em 14,4% das situações (n=79), e os aos “Estudantes”, em 12,8% (n=70). Os grupos profissionais com menor número de agredidos foram os de “Quadro Superior”, com 0,7% (n=4), e de “Técnicos e Profissionais de nível Intermédio”, com 0,9% (n=5).

Tabela 10: Distribuição das vítimas de agressão por grupos profissionais

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Quadros superiores	4	0,7	0,8	0,8
E. P. Intelectuais e Científicas	15	2,7	3,0	3,7
Técnicos e P. nível Intermédio	5	0,9	1,0	4,7
Pessoal administrativo	29	5,3	5,7	10,5
Pessoal dos serviços e vendedores	59	10,7	11,6	22,1
Agricultores e Pescadores	18	3,3	3,6	25,6
Operários e Artífices	81	14,8	16,0	41,6
Operadores de máquinas e montagem	28	5,1	5,5	47,1
Trabalhadores não qualificados	11	2,0	2,2	49,3
Estudantes	70	12,8	13,8	63,1
Reformados	79	14,4	15,6	78,7
Desempregados	58	10,6	11,4	90,1

Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do Gabinete Médico-legal da Covilhã

Domésticas	50	9,1	9,9	100,0
Total	507	92,3	100,0	
Valores em falta	42	7,7		
Total	549	100,0		

A análise do local onde houve maior atendimento das vítimas de agressão, mostrou que foi o Hospital a instituição a que recorreu o maior número de vítimas, em 54,1% das situações (n=297). Cerca de 19,2% dos agredidos não necessitaram de cuidados diferenciados e em 18% dos processos não constava qualquer registo sobre a possível assistência médica (tabela 11).

Tabela 11: Estudo descritivo do local onde as vítimas de agressão foram inicialmente assistidas

	Frequência	%
Centro Saúde	48	8,7
Hospital	297	54,1
Sem assistência	105	19,2
Total	450	82,0
Valores em falta	99	18,0
Total	549	100,0

A entidade que mais solicitou os exames ao Gabinete Médico-Legal da Covilhã foi a GNR, em 77,4% dos casos (n=425), e os que menos solicitaram tais exames periciais foram os Serviços do Ministério Público, em 2,2% das situações (n=12). Não se detectaram pedidos directamente formulados pelas vítimas, conforme se verifica na tabela 12.

Tabela 12: Entidades que solicitaram os exames periciais das vítimas de agressão.

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
GNR	425	77,4	77,7	77,7
Ministério Público da Comarca	25	4,6	4,6	82,3
PSP	85	15,5	15,5	97,8
Serviço do Ministério Público	12	2,2	2,2	100,0
Total	547	99,6	100,0	
Valores em falta	2	0,4		
Total	549	100,0		

Nos processos analisados, apenas em 4 se encontrou indicação relativamente ao local onde ocorreu a agressão. Nestes, uma foi num Café, outra numa Discoteca, na Residência num caso e outro ainda na Sacristia da Capela de um Colégio (tabela 13).

Tabela 13: Distribuição das agressões verificadas por Local/Actividade

	Frequência	%
Café	1	25,0
Discoteca	1	25,0
Residência	1	25,0
Sacristia Capela Colégio	1	25,0
Total	4	100,0

O tipo de agressão verificado na maior parte dos casos foi a “Violência Física”, em 99,3% dos casos (n=545). Em relação à “Violência Sexual”, somente 0,7% (n=4) foram registados (tabela 14).

Tabela 14: Estudo descritivo do tipo de agressões verificadas

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Violência Física	545	99,3	99,3	99,3
Violência Sexual	4	0,7	0,7	100,0
Total	549	100,0	100,0	

O tipo de agressor mais frequente, era enquadrável no grupo “Comunidade/Conhecido”: 39,7% dos casos (n=218). Seguiram-se as situações

envolvendo “Parceiro”, em 20% das situações (n=110).

Constatou-se que 15,1% dos processos (n=83) não continham qualquer género de referência à descrição do tipo de agressor (tabela 15).

Tabela 15: Estudo descritivo do tipo de Agressor

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Comunidade/Conhecido	218	39,7	46,8	46,8
Comunidade/Desconhecido	66	12,0	14,2	60,9
Familiar	72	13,1	15,5	76,4
Parceiro	110	20,0	23,6	100,0
Total	466	84,9	100,0	
Valores em falta	83	15,1		
Total	549	100,0		

Relativamente ao meio de agressão, o “Espancamento” correspondeu a 76,3% de todos os casos (n=419), o conjunto de “Espancamento+Queda” a 10,6% (n=58) e o “Espancamento+Asfixia” a 5,1% (n=28). O uso de arma de fogo foi observado em 1,8% e a agressão “Sexual” e “Sexual+Espancamento” representaram na sua totalidade 0,7% (n=4) dos casos estudados (tabela 16).

Tabela 16: Meios de agressão utilizados

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Sexual	1	0,2	0,2	0,2
Fogo ou Calor	2	0,4	0,4	0,5
Espancamento	419	76,3	76,3	76,9
Facada/Objecto Cortante	8	1,5	1,5	78,3

Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do Gabinete Médico-legal da Covilhã

Arma de Fogo	10	1,8	1,8	80,1
Asfixia	1	0,2	0,2	80,3
Espancamento +Queda	58	10,6	10,6	90,9
Espancamento+Asfixia	28	5,1	5,1	96,0
Espancamento+Facada/Objecto Cortante	9	1,6	1,6	97,6
Espancamento+Queda+ Asfixia	5	0,9	0,9	98,5
Espancamento + Fogo ou calor	2	0,4	0,4	98,9
Espancamento+ Sexual	3	0,5	0,5	99,5
Espancamento+Queda+ Asfixia	1	0,2	0,2	99,6
Espancamento + Facada/Objecto Cortante + Asfixia	1	0,2	0,2	99,8
Espancamento + Fogo ou calor + Asfixia	1	0,2	0,2	100,0
Total	549	100,0	100,0	

Os casos em que as lesões implicaram um tempo de cura superior a 10 dias, foram agrupados em virtude da sua amplitude ser demasiado extensa, diversa e de difícil visualização no panorama geral (tabela 17). Nesta conformidade, pode constatar-se pela análise da tabela 17 que a maior percentagem (24,6% e sendo n=135) corresponde aos “7 dias” para a cura, seguindo-se os “8 dias” com 22,6% (n=124) e os “5 dias”, em 21,9% (n=120).

Tabela 17: Intervalo de tempo, em dias, decorrido entre a produção das lesões e a "cura"

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
2 dias	13	2,4	2,4	2,4
3 dias	56	10,2	10,2	12,6
4 dias	28	5,1	5,1	17,7
5 dias	120	21,9	21,9	39,5
6 dias	12	2,2	2,2	41,7
7 dias	135	24,6	24,6	66,3
8 dias	124	22,6	22,6	88,9
9 dias	1	0,2	0,2	89,1
≥ 10 dias	60	10,9	10,9	100,0
Total	549	100,0	100,0	

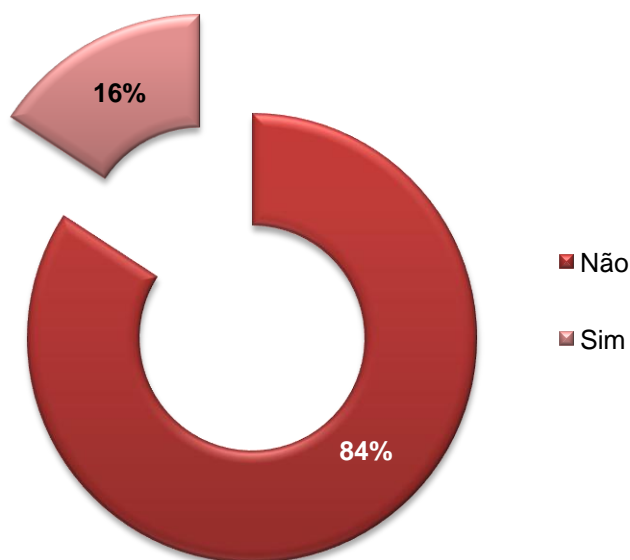
O tipo de instrumento mais utilizado nas agressões, foram os instrumentos contundentes, em 90,3% (n=496) dos casos e os menos utilizados, representando apenas 1,1% (n=6) do total, os instrumentos cortantes (tabela 18).

Tabela 18: Tipo de instrumentos utilizados para consumar as agressões

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Contundente	496	90,3	90,3	90,3
Cortante	6	1,1	1,1	91,4
Misto	47	8,6	8,6	100,0
Total	549	100,0	100,0	

Em relação à existência de danos permanentes resultantes das agressões, da grande maioria (84,2%) das situações “Não” resultaram tais danos. Somente 15,8% das agressões implicaram danos permanentes (gráfico 7).

Gráfico 7: Análise descritiva da percentagem de casos com danos permanentes



Na seguinte tabela 19 assinalam-se os casos que foram classificados, pelos peritos do Gabinete Médico-Legal da Covilhã, envolvendo ofensas graves, de notar que houve quatro casos descritos como pertencentes à alínea d) do código penal, artº 144º - provocar perigo de vida e apenas um caso foi relatado por desfiguração facial grave e permanente, correspondente à alínea a) do mesmo artigo do código penal.

Tabela 19: Número de casos de que resultaram Ofensas Graves

	Frequência	%
Ofensas graves	544	99,1
a) desfiguração grave e permanente	1	0,2
d) provocar perigo de vida	4	0,7
Total	549	100,0

Somente 0,2% (n=1) foi relatado com Perturbação Psico-Social após a agressão (tabela 20).

Tabela 20: Número de casos em que se assinalava a existência de perturbação psico-social

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Sim	1	0,2	0,2	0,2
Não	548	99,8	99,8	100,0
Total	549	100,0	100,0	

Quanto à natureza do dano observa-se na tabela 21 que a “Contusão” existiu em 84,7% (n=465) das situações, seguindo-se as “Contusão+Corte”, em 9,7% (n=53), e as lesões perfurantes, em 2,6% (n=14).

Tabela 21: Estudo descritivo da natureza dos danos observados

	Frequência	%	% Válida	% Acumulada
Queimadura	3	0,5	0,5	0,5
Corte	2	0,4	0,4	0,9
Contusão	465	84,7	84,7	85,6
Perfurante	14	2,6	2,6	88,2
Contusão+ Corte	53	9,7	9,7	97,8
Contusão+Fractura	5	0,9	0,9	98,7
Contusão +Entorse	1	0,2	0,2	98,9
Corte + Perfuração	1	0,2	0,2	99,1
Contusão + Corte + Fractura	2	0,4	0,4	99,5
Contusão+ Queimadura	3	0,5	0,5	100,0
Total	549	100,0	100,0	

Na tabela 22 foi estudado o tempo de cura, incapacidade para o trabalho em geral e incapacidade para o trabalho profissional.

O tempo de médio para a cura foi de 8,09 dias (desvio padrão de 12,231), tendo sido a incapacidade para o trabalho em geral de 1,74 dias em média (desvio padrão de 9,774), e a incapacidade para o trabalho profissional em média de 1,91 dias (11,896).

Tabela 22: Estudo descritivo do tempo de cura, IPTG e IPTP

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo de Cura	549	2	171	8,09	12,231
IPTGeral	549	0	135	1,74	9,774
IPTProfissional	549	0	171	1,91	11,896

No estudo da relação entre as variáveis “grupo de profissões” e o “tipo de agressor” tendo em conta que em ambas as variáveis possuem valores em falta, pode constatar-se na tabela 23, que onde houve maior percentagem de agressões por conhecidos em todos os casos, foi no grupo dos reformados, com 7,5% (n=33). Seguiram-se os operários e artificies, em 6,8% (n=30), ocorrendo a menor percentagem no grupo de Técnicos e Pessoal de nível intermédio, com 0,5% (n=2).

Em relação aos desconhecidos mantém-se em maior percentagem o grupo dos operários e artificies, com 2,7% (n=12), seguindo-se os estudantes com 2,5% (n=11), não havendo nenhum caso do tipo agressor desconhecido no grupo dos quadros superiores (0%). Nos técnicos e pessoal de nível intermédio houve 0,2% (n=1).

Os agressores familiares atingiram em maior número os reformados, com 3,4% (n=15), e os operários e artificies, em 2,9% (n=13). Realça-se que em dois grupos, quadro superior e técnicos e pessoal nível intermédio, não foram descritos nenhuma situações envolvendo o tipo de agressor familiar.

A violência por tipo de agressor parceiro esteve mais demarcada no grupo dos operários e artificies, com 4,8% (n=21), e nas domésticas, com 4,5% (n=20). Sublinhe-se que tanto no grupo de agricultores e pescadores, assim como no quadro superior, apenas se observou um caso (0,2%).

Tabela 23: Relação entre os grupos de Profissionais e o tipo de agressor

		Tipo de Agressor				
		Comunidade/ Conhecido	Comunidade/ Desconhecido	Familiar	Parceiro	Total
Quadros superiores	Frequência	3	0	0	1	4
	% Grupo Prof	75,0%	0,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	% Agressor	1,5%	0,0%	0,0%	1,0%	0,9%
	% do Total	0,7%	0,00%	0,0%	0,2%	0,9%
E. P. Intelectuais e Científicas	Frequência	5	3	2	2	12
	% Grupo Prof	41,7%	25,0%	16,7%	16,7%	100,0%
	% Agressor	2,4%	4,7%	2,9%	1,9%	2,7%
	% do Total	1,1%	0,7%	0,5%	0,5%	2,7%
Técnicos e P. nível Intermédio	Frequência	2	1	0	2	5
	% Grupo Prof	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	100,0%
	% Agressor	1,0%	1,6%	0,0%	1,9%	1,1%
	% do Total	0,5%	0,2%	0,0%	0,5%	1,1%
Pessoal administrativo	Frequência	12	7	2	5	26
	% Grupo Prof	46,2%	26,9%	7,7%	19,2%	100,0%
	% Agressor	5,9%	10,9%	2,9%	4,8%	5,9%
	% do Total	2,7%	1,6%	0,5%	1,1%	5,9%

Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do Gabinete Médico-legal da Covilhã

Pessoal dos serviços e vendedores	Frequência	21	9	5	11	46
	% Grupo Prof	45,7%	19,6%	10,9%	23,9%	100,0%
	% Agressor	10,2%	14,1%	7,4%	10,6%	10,4%
	% do Total	4,8%	2,0%	1,1%	2,5%	10,4%
Agricultores e Pescadores	Frequência	10	2	1	1	14
	% Grupo Prof	71,4%	14,3%	7,1%	7,1%	100,0%
	% Agressor	4,9%	3,1%	1,5%	1,0%	3,2%
	% do Total	2,3%	0,5%	0,2%	0,2%	3,2%
Operários e Artífices	Frequência	30	12	13	21	76
	% Grupo Prof	39,5%	15,8%	17,1%	27,6%	100,0%
	% Agressor	14,6%	18,8%	19,1%	20,2%	17,2%
	% do Total	6,8%	2,7%	2,9%	4,8%	17,2%
Operadores de máquinas e montagem	Frequência	17	2	6	3	28
	% Grupo Prof	60,7%	7,1%	21,4%	10,7%	100,0%
	% Agressor	8,3%	3,1%	8,8%	2,9%	6,3%
	% do Total	3,9%	0,5%	1,4%	0,7%	6,3%
Trabalhadores não qualificados	Frequência	3	4	1	3	11
	% Grupo Prof	27,3%	36,4%	9,1%	27,3%	100,0%
	% Agressor	1,5%	6,3%	1,5%	2,9%	2,5%
	% do Total	0,7%	0,9%	0,2%	0,7%	2,5%
Estudantes	Frequência	28	11	11	11	61
	% Grupo Prof	45,9%	18,0%	18,0%	18,0%	100,0%
	% Agressor	13,7%	17,2%	16,2%	10,6%	13,8%
	% do Total	6,3%	2,5%	2,5%	2,5%	13,8%

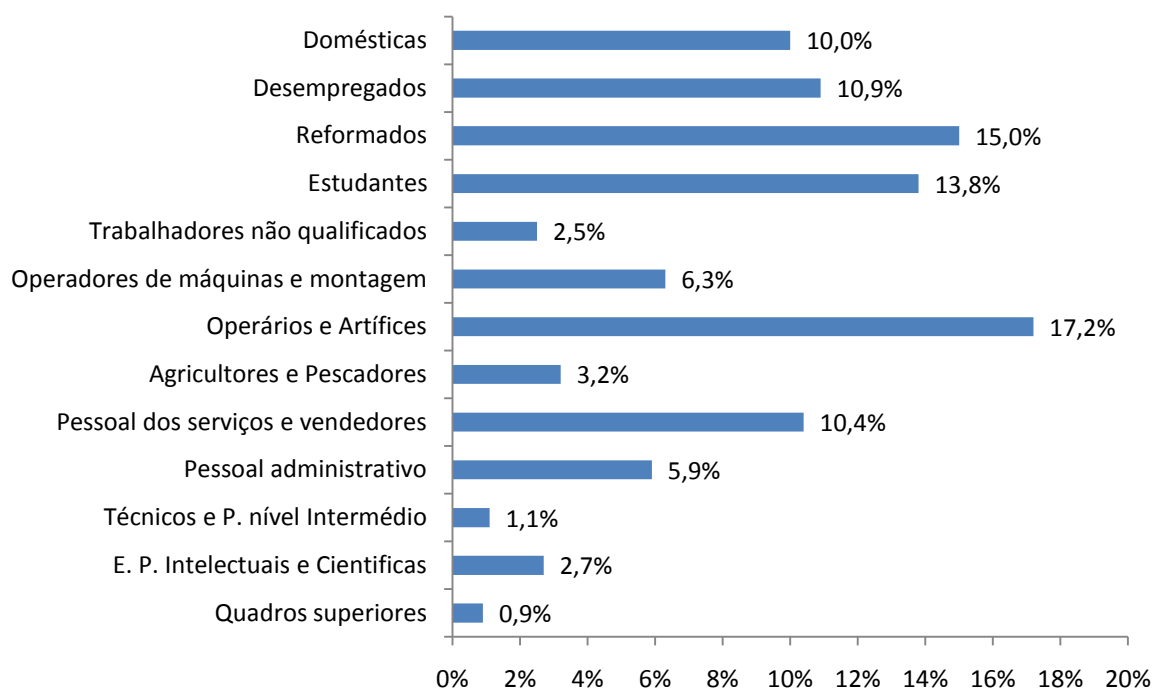
Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do Gabinete Médico-legal da Covilhã

Reformados	Frequência	33	7	15	11	66
	% Grupo Prof	50,0%	10,6%	22,7%	16,7%	100,0%
	% Agressor	16,1%	10,9%	22,1%	10,6%	15,0%
	% do Total	7,5%	1,6%	3,4%	2,5%	15,0%
Desempregados	Frequência	26	3	6	13	48
	% Grupo Prof	54,2%	6,3%	12,5%	27,1%	100,0%
	% Agressor	12,7%	4,7%	8,8%	12,5%	10,9%
	% do Total	5,9%	0,7%	1,4%	2,9%	10,9%
Domésticas	Frequência	15	3	6	20	44
	% Grupo Prof	34,1%	6,8%	13,6%	45,5%	100,0%
	% Agressor	7,3%	4,7%	8,8%	19,2%	10,0%
	% do Total	3,4%	0,7%	1,4%	4,5%	10,0%
Total	Frequência	205	64	68	104	441
	% Grupo Prof	46,5%	14,5%	15,4%	23,6%	100,0%
	% Agressor	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	46,5%	14,5%	15,4%	23,6%	100,0%

No gráfico 8 podem observar-se as várias percentagens das frequências das agressões relativas ao cruzamento do grupo de profissões e tipo de agressor. Realça-se o facto de que o grupo que sofreu maiores agressões foi o dos operários e artificiais, com 17,2%, sendo o de menor número representado pelo de quadro superior, com 0,9%.

Gráfico 8: Relação entre grupo de profissionais e tipo de agressor



Na análise do cruzamento entre a natureza do dano e onde foi assistida a vítima, pode observar-se na tabela 24, que a maioria dos casos em que houve assistência deveu-se a contusão, em 77,7% (n=268). No caso de queimaduras, corte, contusão + fractura, contusão + entorse, corte + perfuração, contusão + corte + fractura, contusão+fractura, não houve assistência inicial no Centro de Saúde, tendo recorrido directamente ao Hospital.

Na sua totalidade o Hospital prestou assistência inicial a 86,1% das vítimas e o Centro de Saúde a 13,9%.

Tabela 24: Relação entre a natureza do dano e local onde a vítima foi assistida

		Onde foi assistido		
		Centro Saúde	Hospital	Total
Queimadura	Frequência	0	3	3
	% Natureza do Dano	0,0%	100,0%	100,0%
	% Onde foi assistido	0,0%	1,0%	0,9%
	% do Total	0,0%	0,9%	0,9%
Corte	Frequência	0	2	2
	% Natureza do Dano	0,0%	100,0%	100,0%
	% Onde foi assistido	0,0%	0,7%	0,6%
	% do Total	0,0%	0,6%	0,6%
Contusão	Frequência	39	229	268
	% Natureza do Dano	14,6%	85,4%	100,0%
	% Onde foi assistido	81,3%	77,1%	77,7%
	% do Total	11,3%	66,4%	77,7%
Perfurante	Frequência	1	13	14
	% Natureza do Dano	7,1%	92,9%	100,0%
	% Onde foi assistido	2,1%	4,4%	4,1%
	% do Total	0,3%	3,8%	4,1%
Contusão + Corte	Frequência	8	41	49
	% Natureza do Dano	16,3%	83,7%	100,0%
	% Onde foi assistido	16,7%	13,8%	14,2%
	% do Total	2,3%	11,9%	14,2%
Contusão+Fractura	Frequência	0	3	3

Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do Gabinete Médico-legal da Covilhã

	% Natureza do Dano	0,0%	100,0%	100,0%
	% Onde foi assistido	0,0%	1,0%	0,9%
	% do Total	0,0%	0,9%	0,9%
Contusão +Entorse	Frequência	0	1	1
	% Natureza do Dano	0,0%	100,0%	100,0%
	% Onde foi assistido	0,0%	0,3%	0,3%
	% do Total	0,0%	0,3%	0,3%
Corte + Perfuração	Frequência	0	1	1
	% Natureza do Dano	0,0%	100,0%	100,0%
	% Onde foi assistido	0,0%	0,3%	0,3%
	% do Total	0,0%	0,3%	0,3%
Contusão +Corte + Fractura	Frequência	0	2	2
	% Natureza do Dano	0,0%	100,0%	100,0%
	% Onde foi assistido	0,0%	0,7%	0,6%
	% do Total	0,0%	0,6%	0,6%
Contusão +Queimadura	Frequência	0	2	2
	% Natureza do Dano	0,0%	100,0%	100,0%
	% Onde foi assistido	0,0%	0,7%	0,6%
	% do Total	0,0%	0,6%	0,6%
Total	Frequência	48	297	345
	% Natureza do Dano	13,9%	86,1%	100,0%
	% Onde foi assistido	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	13,9%	86,1%	100,0%

Na análise do cruzamento entre o tipo de agressor e os danos permanentes observáveis na tabela 25, verifica-se que são os conhecidos da vítima que causam mais danos permanentes com 8,8% (n=41), notando-se também que os parceiros são aqueles que provocam menos danos permanentes (1,3% (n=6) dos casos, de acordo com a avaliação realizada).

Tabela 25: Relação entre o tipo de agressor e os danos permanentes sofridos

Tipo de Agressor		Danos Permanentes		Total
		Não	Sim	Não
Comunidade/Conhecido	Frequência	177	41	218
	% Agressor	81,2%	18,8%	100,0%
	% Danos permanentes	45,7%	51,9%	46,8%
	% do Total	38,0%	8,8%	46,8%
	Resíduos ajustados	-1,0	1,0	
Comunidade/Desconhecido	Frequência	49	17	66
	% Agressor	74,2%	25,8%	100,0%
	% Danos permanentes	12,7%	21,5%	14,2%
	% do Total	10,5%	3,6%	14,2%
	Resíduos ajustados	-2,1	2,1	
Familiar	Frequência	57	15	72
	% Agressor	79,2%	20,8%	100,0%
	% Danos permanentes	14,7%	19,0%	15,5%
	% do Total	12,2%	3,2%	15,5%
	Resíduos ajustados	-1,0	1,0	

Contribuição para o estudo da violência na região da Cova da Beira.

Análise da realidade pericial no âmbito do Direito Penal do Gabinete Médico-legal da Covilhã

Parceiro	Frequência	104	6	110
	% Agressor	94,5%	5,5%	100,0%
	% Danos permanentes	26,9%	7,6%	23,6%
	% do Total	22,3%	1,3%	23,6%
	Resíduos ajustados	3,7	-3,7	
Total	Frequência	387	79	466
	% Agressor	83,0%	17,0%	100,0%
	% Danos permanentes	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	83,0%	17,0%	100,0%

Foi efectuado o teste do qui-quadrado, para testar a significância entre os danos permanentes e o agressor, sendo significativas as frequências da tabela de contingência, pois $\chi^2 (3) = 15,267$, $p=0,002$ (tabela 26).

Tabela 26: Teste Qui-Quadrado entre danos permanentes e agressor

	Value	Grau de liberdade	p-value
Pearson Chi-Square	15,267	3	0,002
Likelihood Ratio	17,849	3	0,000
Linear-by-Linear Association	6,953	1	0,008
N dos casos válidos	466		

Verifica-se na tabela 27, que nas vítimas do sexo feminino existiram menos danos permanentes (“Não” em 93,4%; n=239) em comparação com o sexo masculino (76,1%; n=223).

Tabela 27: Relação entre o sexo e os danos permanentes

		Danos permanentes		Total	
		Não	Sim	Não	
Sexo	Masculino	Frequência	223	70	293
		% Sexo	76,1%	23,9%	100,0%
		% danos permanentes	48,3%	80,5%	53,4%
		% do Total	40,6%	12,8%	53,4%
		Resíduos ajustados	-5,5	5,5	
Feminino		Frequência	239	17	256
		% Sexo	93,4%	6,6%	100,0%
		%danos permanentes	51,7%	19,5%	46,6%
		% do Total	43,5%	3,1%	46,6%
		Resíduos ajustados	5,5	-5,5	
Total		Frequência	462	87	549
		% Sexo	84,2%	15,8%	100,0%
		%danos permanentes	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	84,2%	15,8%	100,0%

Aceita-se que existe uma relação significativa entre o tipo de danos (permanentes ou não) e o género, pois $\chi^2 (1) = 30,486$, $p=0,000$, tabela 28. A proporção de casos com danos permanentes é significativamente mais elevada nos homens (23,9%) do que nas mulheres (6,6%).

Tabela 28: Teste Qui-Quadrado entre o sexo e os danos permanentes

	Value	Grau de Liberdade	p-value
Pearson Chi-Square	30,486	1	0,000
Continuity Correction(a)	29,207	1	0,000
Likelihood Ratio	32,717	1	0,000
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	30,431	1	0,000
Número válido de casos	549		

A duração média do número de dias entre a agressão e a realização do exame (tabela 29) é significativamente maior nos sujeitos que apresentam danos permanentes (5,32 dias versus 3,52 dias).

Tabela 29: Relação entre o intervalo de tempo da agressão/exame e os danos permanentes

	Danos permanentes	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Intervalo de tempo agressão-exame	Não	462	3,52	2,464	0,115
	Sim	87	5,32	3,496	0,375

Encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa (tabela 30) no número médio de dias do intervalo de tempo entre a agressão e a realização do exame quando comparamos os sujeitos em função do tipo de danos (permanentes ou não), $t(547)=-5,827$, $p=0,000$.

Tabela 30: t-test da relação entre o Intervalo de tempo da agressão/exame e os danos permanentes

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	p value	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	48,206	0,000	-5,827	547	0,000	-1,807	0,310	-2,416	-1,198
Igualdade de variâncias não assumida			-4,610	102,679	0,000	-1,807	0,392	-2,584	-1,029

A duração média do número de dias entre a agressão e a realização do exame (tabela 31) é significativamente maior nos homens (4,03 versus 3,54 dias).

Tabela 31: Relação do Intervalo de tempo entre a agressão/exame e o sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Intervalo de tempo agressão-exame	Masculino	293	4,03	2,843	0,166
	Feminino	256	3,54	2,579	0,161

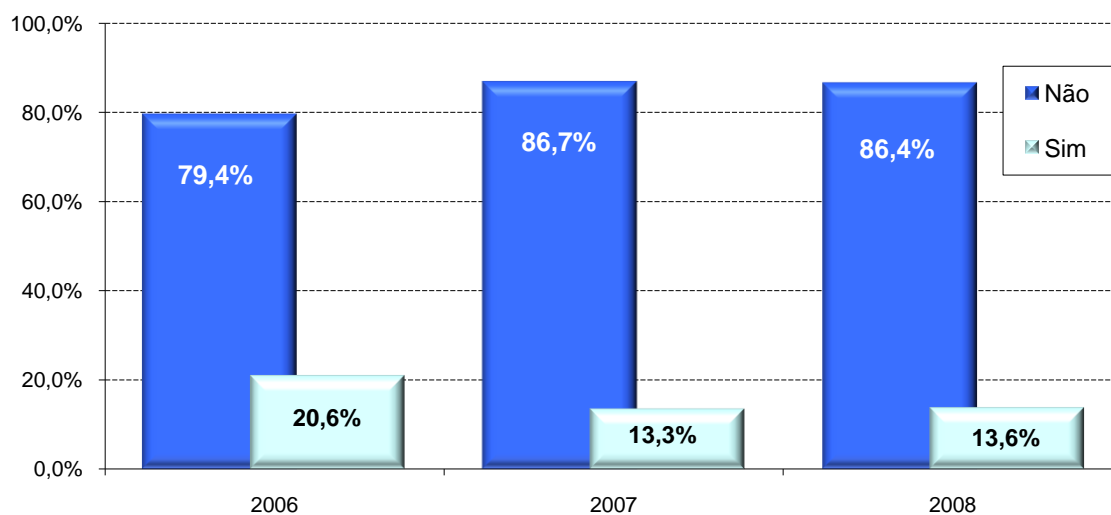
Foi observada uma diferença estatisticamente significativa no número médios de dias do intervalo de tempo entre a agressão e a realização do exame quando comparamos os sujeitos em função do género, $t(547)=-2,142$, $p=0,033$ (tabela 32).

Tabela 32: t-test entre o Intervalo de tempo da agressão/exame e o sexo

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	p value	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	5,870	0,016	2,142	547	0,033	0,499	0,233	0,041	0,957
Igualdade de variâncias não assumida			2,156	546,221	0,032	0,499	0,231	0,044	0,954

No gráfico seguinte (gráfico 9) estão indicadas as percentagens de danos permanentes ao longo dos 3 anos objecto de análise (2006, 2007 e 2008). Pode verificar-se que de 2006 a 2007 houve um decréscimo nos danos corporais de 20,6% para 13,3%, observando-se de 2007 para 2008 um aumento muito ligeiro, de 13,3% para 13,6%.

Gráfico 9: Percentagens de danos permanentes ao longo dos 3 anos em estudo



DISCUSSÃO

Expostos os resultados procedamos agora a uma breve análise e discussão dos mesmos, limitadas a alguns dos aspectos gerais que considerámos mais relevantes, face aos condicionalismos decorrentes das limitações de páginas. Deve todavia sublinhar-se que os dados obtidos consentiriam múltiplas outras análises e abordagens, a que seguramente procederemos em posteriores oportunidades.

Comecemos por um aspecto particularmente importante - o da idade das vítimas - elemento fundamental para o delinear de estratégias de intervenção. Ora de acordo no estudo realizado constatou-se que a idade média dos indivíduos agredidos foi de cerca de 41 anos. Tratou-se de resultado em consonância com o esperado, pois embora no passado a média de idade das vítimas de violência fosse um pouco inferior, a verdade é que os indicadores demográficos nacionais representados na *figura 1*, evidenciam um abrandamento do crescimento populacional e envelhecimento da população.

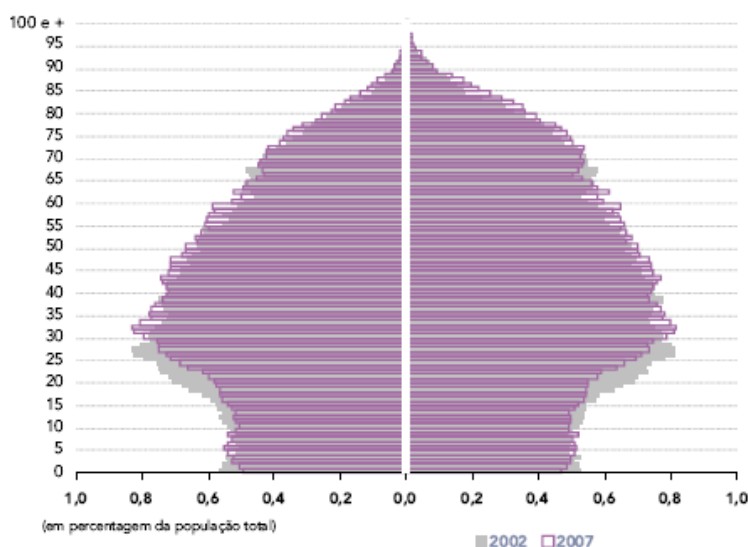


Figura 1: Pirâmide etária, Portugal, 2002 e 2007

Atendendo a que a média de idades da população agredida é de 40,74 anos de idade e sabendo que a população activa está compreendida entre os 15 e os 64 anos (*figura 2*), pode também concluir-se que o maior número de agredidos corresponde precisamente aos indivíduos em idade activa. Pode justificar-se assim também o elevado número de agressões que ocorreram em horário pós-laboral assim como aos fins-de-semana, acrescendo o facto de estes serem os períodos de saída e/ou de maior tempo de estadia em casa e que mais se prestam à ocorrência de conflitos intra e extra-familiares.

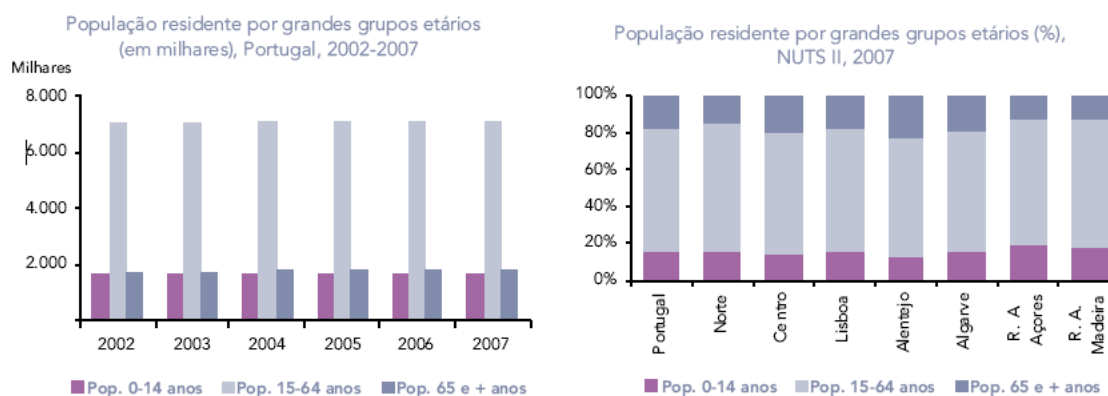


Figura 2: População residente por grandes grupos etários; Portugal, 2002-2007

Perspectivando-se inicialmente que o horário de diversão nocturna seria o mais propício à ocorrência de agressões - devido nomeadamente à forte ingestão de bebidas alcoólicas, possíveis consumos de substâncias psicoactivas e transtornos do sono, levando o sujeito a uma não consciência plena dos seus actos com alterações de personalidade, irritabilidade, alucinações e diminuição da tolerância ou fraco julgamento face aos factores externos - verificou-se todavia que a realidade não correspondia a tais expectativas. Com efeito, o período compreendido entre as 00:01 e as 6:00

horas foi aquele em que ocorreu o menor número de agressões. Tal permite aliás considerar que a região da Cova da Beira ainda possibilita aos seus habitantes confiança e segurança face aos factores possíveis de ocorrência de violência nocturna.

Outro elemento importante a merecer análise mais detalhada no âmbito deste estudo é o da caracterização dos agressores. Os casos de agressão por conhecidos constituíram o maior número percentual no estudo realizado.

Os agressores cometem actos de violência originados por factores profissionais que poderão ter origem no baixo nível de escolaridade, estados emocionais reportados por discordâncias no seio familiar ou social, por possíveis maus tratos não apenas na sua infância mas como no seu percurso enquanto sujeito e elemento de uma sociedade, exclusão de diversas ordens, por factores culturais e económicos que podem remeter o indivíduo a problemas psíquicos, a um elevado factor de stress, revolta social ou até mesmo pessoal. O agressor pode ser um indivíduo que não tenha qualquer problema pessoal, mas pode também ter algum género de perturbação, mental ou mesmo física, comportamentos e atitudes desviantes do padrão de comportamento social normal, ou até problemas relacionados com alcoolismo toxicodependência ou outro género de dependência, que o remetem a um não controle e plena consciência dos seus actos, acabando por agredir sujeitos sem poder de defesa, como por exemplo vítimas com alguma vulnerabilidade, designadamente idosos, portadores de deficiência física ou psíquica ou crianças. Lamentavelmente, não se encontram nos processos do Gabinete

Médico-Legal em causa quaisquer elementos relativamente ao agressor que permitam uma sua caracterização mais detalhada.

Relativamente a um outro aspecto essencial – o dos danos resultantes da violência - seria de esperar que as agressões provocadas por parceiros causassem um maior número de danos permanentes. Não se verificou, no entanto, esta particularidade no âmbito da análise realizada, e embora a agressão entre parceiros no estudo da Cova da Beira tenha um elevado número de ocorrências, não é tão violenta como se poderia esperar inicialmente.

É interessante realçar que as vítimas do sexo masculino têm uma incidência elevada de danos permanentes face ao sexo oposto. Nas vítimas do sexo masculino a maioria dos agressores eram mesmo sexo, decorrendo os danos de maior relevância da força que usaram e exerceram sobre a vítima. No sexo feminino, tendo em consideração que a força aplicada sobre a vítima possa não ser habitualmente tão significativa, designadamente pela sua maior fragilidade socialmente perspectivada, os danos que são provocados são assim de menor gravidade.

Consideramos ser também de realçar que neste estudo se comprovou serem os idosos o grupo de maior risco no que respeita à violência e maus tratos familiares. Situação preocupante se pensarmos que nos últimos anos o índice de dependência de idosos tem vindo a aumentar e o quanto os abusos sobre idosos continua a ser um aspecto sobre o qual pouco se fala e intervem em termos sociais e legais, muito particularmente quando em confronto com os abusos em menores e mulheres.

Pode-se verificar através da *figura 3* que o Alentejo é a região de Portugal com maior nível de dependência dos idosos face à família, seguida do Centro do país. É sabido que no interior-centro existem mais problemas sociais, nomeadamente famílias com mais problemas socio-económicos e habitacionais, circunstância que leva à exaustão por relações disfuncionais no seio familiar, a atitudes intolerantes, indiferentes. Tudo aspectos mais propícios a que eventos de agressão no seio familiar ocorram. A região da Cova da Beira enquadra-se neste panorama.

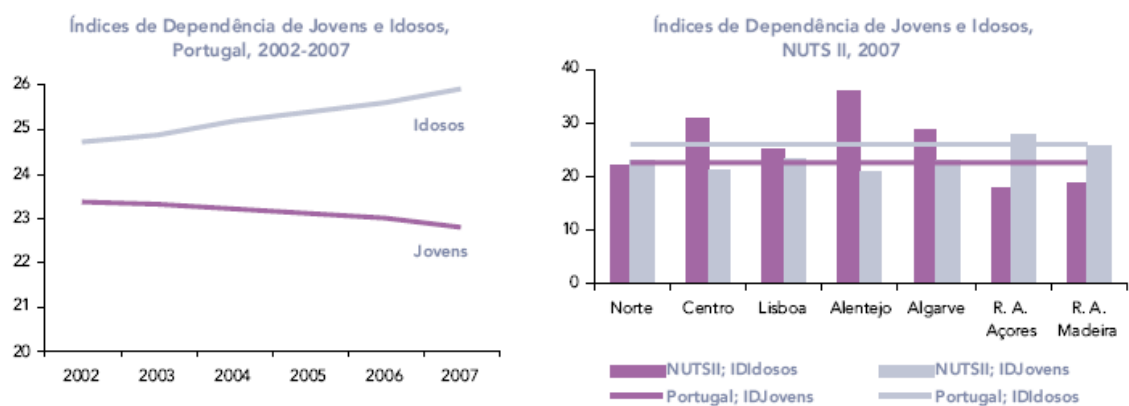


Figura 3: Índice de Dependência de Jovens e Idosos, Portugal, 2002-2007

No que respeita às ofensas graves descritas nos processos médico-legais, estas apresentam-se em pequeno número, comprovando-se mais uma vez que apesar do elevado valor de agressões ocorridas, a violência mais significativa, geradora de danos permanentes e/ou suscitando um perigo de vida, não é significativa. Estes valores podem derivar do facto de no interior do país a criminalidade de grande escala ocorrer em menor percentagem devendo-se à não existência de guetos ou quase inexistência de bairros sociais

de extrema pobreza e nível de desenvolvimento pessoal e social presente nas cidades metropolitanas. Pode também considerar-se que o facto do volume populacional presente na região da Cova da Beira não apresentar grande concentração demográfica, sendo esta bastante envelhecida, leva a uma não condensação ou massificação de factores e disputas sociais que possam vir a ser factor de ocorrência de casos de agressão entre os diversos elementos que compõem este meio.

Mesmo com uma percentagem de 1,8% é de extrema relevância o estudo da situação de agressão por armas de fogo devido ao facto de este tipo de armas poderem facilmente converter uma simples agressão num homicídio. Pressupõe-se que esta percentagem seja devido a alguma facilidade de obtenção de armas de fogo em Portugal e em particular nesta região pela forte tradição de caçadores, tendo mesmo a Federação de Caça e Pesca da Beira Interior a sua sede na Boidobra, vila pertencente ao concelho da Covilhã. Numa tentativa de combater a falta de informação sobre a quantidade ilegal de armas existentes em cada domicílio foi publicada a Lei nº5/2006, de 23 de Fevereiro, onde foi “*dada a possibilidade a todos os detentores de armas de fogo, não manifestadas ou registadas*” (5) de poderem proceder à sua legalização. Mesmo assim é necessário um reforço de estratégias que impeçam a facilidade no acesso e aquisição de armas, assim como uma análise psicológica/psiquiátrica mais séria e fundamentada antes de cada licença para o uso e porte de arma.

É também particularmente interessante saber quais os locais onde estas vítimas primeiro se dirigiram na sequência da agressão, tendo nomeadamente

em vista analisar os custos envolvidos e, em termos preventivos, estarem estes particularmente preparados para as acolherem e orientarem.

Foram descritos 297 casos onde a vítima se dirigiu aos cuidados médicos do hospital. Segundo o plano de contabilidade analítica dos hospitais constatado na ACSS, verifica-se uma média dos custos unitários totais do atendimento em urgências no CHCB, face aos anos de 2006 e 2007, de 78,75€, obtendo-se um custo para o Estado de 23 388,75€. Estes custos, de peso elevado no âmbito da saúde pública, são assim evitáveis, se se atenuar ou findar este tipo de ocorrências. Tal dinheiro poderia antes ser aplicado em outras áreas ou meios, como por exemplo em gastos na cura de determinadas doenças, equipamentos hospitalares e em outros pontos de elevada importância para o melhoramento da saúde e bem-estar dos doentes. Sendo os CHCB e os CS os serviços de primeira linha na observação das vítimas de violência devem estar preparados para lhes darem também, para além do apoio médico, o apoio social necessário.

A maior parte dos exames periciais dos sujeitos agredidos, foram solicitados pela GNR o que leva a pressupor que a população ainda não tomou o devido conhecimento da possibilidade de se dirigir directamente a um gabinete médico-legal de modo a apresentar a devida queixa ser logo submetida a exame pericial, tal como previsto na Lei nº 45/2004, de 19 de Agosto. (5)

É de referir a constatação que é no sexo masculino que se observa uma maior demora entre a agressão e a realização do exame médico-legal, podendo este factor estar relacionado com a possível intimidação/vergonha

que estas vítimas possam apresentar face a uma queixa de agressão por possibilidade de se considerar/reconhecer como um elemento frágil, não sendo capaz de aplicar uma defesa própria. E sobretudo num meio social onde o homem tende a ser considerado/valorizado em função da sua capacidade de defesa, de protecção e de demonstração do poder de força que contém.

Esta não capacidade de realização de queixa perante os maus tratos à vítima, poderá também ser o factor da reduzida existência de casos de violência sexual, por possíveis motivos de vergonha e exclusão social que muitas vezes pode mesmo ser encoberta pelo seio familiar devido ao facto de se tratar de uma região cujas povoações ou áreas habitacionais são representadas como de baixa densidade o que leva a uma aproximação e familiaridade entre os diversos membros da comunidade.

O estudo realizado possibilitou verificar a existência de uma relação entre os danos permanentes e o intervalo de tempo da agressão assim como a realização da perícia, devendo-se provavelmente ao tempo a que o agredido esteve internado no hospital e só tendo apresentado queixa após a sua saída.

Um outro aspecto, finalmente, justificar uma abordagem particular, é o da capacidade de resposta do Gabinete Médico-Legal da Covilhã face aos requisitos e objectivos pretendidos com a sua implementação na região da Cova da Beira.

Através da análise dos dados obtidos verificámos que o intervalo de tempo entre a solicitação do exame e a sua realização compreendeu na maioria dos casos (80%) um período inferior a 24 horas. Assinala-se desde já que a resposta pericial proporcionada pelo Gabinete em estudo perante a

população agredida por ele abrangida é globalmente bastante positiva. Tal decorre desde logo de aspectos como o tempo de resposta após solicitação do exame ou o número de vezes que o(a) agredido(a) foi examinado(a).

Para uma uniformização na recolha de dados a nível internacional e ponderando também a necessidade de um correcto preenchimento dos diversos parâmetros de dano valorizáveis em direito penal no âmbito do respectivo relatório pericial, deve salientar-se o apreciável cumprimento no que respeita ao correcto preenchimento dos mesmos pelo Gabinete Médico-Legal da Covilhã. No entanto, são de salientar alguns pontos, particularmente em termos de insuficiente informação, erro no preenchimento de determinados parâmetros ou confusões no que se pretende com determinada área de preenchimento, que podem prejudicar este tipo de estudos e análises e que deverão ser corrigidos.

Sublinhe-se que os modelos de relatório em uso no Instituto Nacional de Medicina Legal (em Anexo), permitem detectar mais facilmente as falhas na recolha de alguns parâmetros e a não correcta descrição no exame pericial então realizado. Estas falhas referem-se essencialmente, no que diz respeito à informação, ao local e actividade no momento da agressão, ao local onde a vítima foi assistida, à hora de ocorrência da agressão, à profissão do sujeito agredido e a referência relativa à caracterização do agressor (nomeadamente se da comunidade/conhecido, comunidade/desconhecido, familiar ou parceiro). No que se refere à descrição das lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento e conclusões, designadamente se resultarão consequências permanentes (pois é de considerar que por mais insignificantes que sejam os

danos permanentes é sempre necessário salientar a sua existência), verificou-se num apreciável número de casos alguma não concordância (alguma incongruência), estando descritos por vezes sequelas no início e sendo posteriormente não referidas consequências permanentes. O mesmo se passa na descrição das lesões onde, por vezes e a título de exemplo, se descrevem lesões de natureza corto-contundente e na conclusão se referem somente lesões contundentes.

Para que estes tipos de situações não ocorram, consideramos que seria pertinente proceder a uma alteração no modelo de relatório em uso no Instituto Nacional de Medicina Legal, assinalando claramente a divisão entre lesões e sequelas, existindo uma área de descrição para cada uma destas referências em análise.

Nos casos estudados somente é descrito um caso com perturbação psico-social. Suscita-nos perplexidade a inexistência de mais casos, nomeadamente e pelo menos daqueles onde tais perturbações tendem certamente a existir, como sejam as vítimas de violência sexual e as que foram alvo de ofensas graves. Há que avaliar se o problema é dos peritos do Gabinete, que não se preocupam ou não estão sensibilizados para a existência deste tipo de perturbação, ou então se é devido a falha por não existir a possibilidade de recurso a psicólogos ou psiquiatras que avaliem tais casos, sempre que necessário, na altura que se verifica a realização do exame pericial. Se tal se verificasse, o processo ficaria certamente enriquecido com o esclarecimento de haver ou não danos permanentes psicológicos, podendo também concretizar-se imediatamente um acompanhamento a nível

psicológico, psiquiátrico ou pedopsiquiatra. Acrescendo a eventual necessidade da intervenção de um assistente social, dependendo das circunstâncias e especificidade de cada caso, aparentemente também não assegurada. Tal multidisciplinaridade seria de extrema relevância para o enriquecimento e melhoramento da abordagem e tratamento da vítima em causa, até porque é sabido que os danos permanentes a nível somático-psíquico podem ser bem mais traumatizantes e marcantes do que outros tipos de danos, implicando até nalguns casos havendo stress pós-traumático, e levando depois a um cadeia de patologias potencialmente geradoras de mais violência. (18,19)

A circunstância de poderem decorrer benefícios económicos directos para o Gabinete (para os serviços médico-legais) e peritos, nos casos em que a avaliação à vítima envolve mais que uma observação, deve suscitar uma cuidadosa análise e supervisão dos casos em que este foi visto mais que uma vez e, sobretudo, mais do que duas vezes. Assinale-se, todavia, que maioritariamente as vítimas são observadas apenas 1 ou 2 vezes e que a situação neste aspecto particular, parece não justificar preocupação.

Não se nos afigura serem justificáveis considerações adicionais sobre o extraordinário valor social desta problemática da violência e do seu reflexo sobre o bem-estar do cidadão. A concluir diríamos que uma diminuição da percentagem de casos de agressão na região da Cova da Beira, terá necessariamente de envolver um conjunto de medidas entre as quais salientaríamos as seguintes:

- Intervenção regional inserida num contexto de intervenção nacional dirigida a uma diminuição das imagens, linguagem ou acções transmitidos pelos diversos meios de comunicação, assim como pelos jogos, desenhos animados, literaturas e internet, que estimulam os sujeitos – e em particular as crianças e adolescentes - a uma adulteração face à realidade;
- Implementação regional de campanhas publicitárias contra a violência (veja-se, atítulo de exemplo, a campanha da OMS - *figura 4*); (8)
- Existência regional de uma maior protecção das vítimas, assim como apoio na sua reintegração social;
- Constante actualização da informação a todos os profissionais de saúde e instituições (lares, escolas, centro de dia, infantários, etc.) para uma detecção correcta e o mais precoce possível de todos os casos de violência praticados;
- Comunicação entre os diversos profissionais de saúde, autoridades e instituições, nomeadamente através da elaboração de um documento de informação a ser preenchido quando da suspeita ou certeza de agressão, com posterior entrega ao Gabinete.
- Aumento de vigilância por parte das autoridades sobretudo nos períodos do dia e da semana mais propiciadores destas ocorrências ;
- Existência de uma maior filtragem na venda e posse de armas, assim como as licenças para uso e porte de arma;
- Aplicação de um modelo da perícia o mais uniforme possível e que preveja e exija o preenchimento de todos os elementos necessários para o estudo e acompanhamento desta realidade.

- Criação de um arquivo de imagens para que se possa sempre que necessário criar uma correlação entre casos;
- Desenvolvimento de intervenções informativas na comunidade através de seminários, conferências ou palestras;
- Desenvolvimento de estudos que possam vir a originar fontes bibliográficas fundamentais para a orientação das diversas estratégias de prevenção que evitem ambientes disfuncionais e potenciadores de violência.



Figura 4: Campanhas publicitárias contra a violência, OMS

BIBLIOGRAFIA

1. Magalhães T. Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal). Coimbra: (Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto para a candidatura ao grau de Doutor), Almedina; 1998.
2. Holder Y PM, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O. Injury surveillance Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Pinto da Costa J. Ofensas corporais. Boletim de medicina legal e toxicologia forense. 1983;IV(1-10):9-43.
4. Magalhães T, Pinto da Costa D, Corte-Real F, Vieira D. Avaliação do dano corporal em direito penal. Breves reflexões médico-legais. Revista de Direito Penal. 2003;Ano II(1):63-82.

5. Gonçalves M. Código Penal Portugues. 18ª ed. Coimbra: Almedina; 2007.
6. Sá F. As ofensas corporais no código penal: uma perspetiva médico-legal. Revista Portuguesa de Ciência Criminal. 1991;3:409-43.
7. Classificação Nacional das Profissões. Ministério do Trabalho, Secretaria de Estado do Emprego. Lisboa; 1980.
8. Shields N SD, Racioppi F, Yordi Aguirre I, Baumgarten I. National responses to preventing violence and unintentional injuries: WHO European survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
9. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiologia Básica. Lisboa; 2003.
10. Instituto nacional de estatística: Censos 2001. Destaque do INE. 2001:17.
11. Instituto nacional de estatística: Anuários estatísticos regionais. Destaque do INE. 2008:1-9.
12. Carvalho AC. Instituto nacional de estatística: Estatísticas Demográficas 2007. Lisboa; 2008.

13. Franco JM, Herlander A, Martins A. Dicionário de conceitos e princípios jurídicos : na doutrina e na jurisprudência 3ª ed. coimbra: Livraria Almedina; 1993.
14. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para Ciências Sociais: a complementariedade do SPSS. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2005.
15. Petrie A, Sabin C. Compêndio de estatística médica. Lisboa: Instituto Piaget; 2000.
16. Saúde ACdSd. Informação de Gestão: Contabilidade Analítica e contas globais do SNS. 2009 [updated 2009; cited 01-06-09]; Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/SNS/InformaçãodeGestão/tabid/124/language/pt-PT/Default.aspx>.
17. Vieira DN, Quintero JA, Corte-Real F, Magalhães T, Fernández CB, Calvo EL, et al. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito civil: . Coimbra: Coimbra Editora; 2008.
18. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatria. 2ª ed. USA: Ancora SA; 1996.
19. Harold KI, Sadock BJ. Manual de Psiquiatria Clínica. 2ª ed. Porto: Porto Alegre; 1998.

ANEXOS

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]).