

Maria José Mouraz Lopes dos Santos

**A PERÍCIA MÉDICO-LEGAL NOS CASOS DE  
VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE.  
CONTRIBUTO PARA A QUALIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada  
à Universidade do Porto para a  
obtenção do grau de Mestre em  
Ciências Forenses, sob a orientação  
científica da Professora Doutora  
Teresa Maria Salgado de Magalhães

**Universidade do Porto  
PORTO, 2010**



**Em memória da Fátima,  
uma mulher que não sobreviveu**



“Podemos aprender a sabedoria dos outros,  
mas temos de buscar a prudência em nós mesmos”

Axel Munthe



## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração de variadíssimas pessoas que ofereceram aconselhamento bibliográfico, sugestões, fizeram críticas e sobretudo me apoiaram ao longo do período de elaboração da dissertação. Para todos, os meus sinceros agradecimentos. Não posso, contudo, deixar de salientar e expressar especial gratidão àqueles que, estando “por dentro“, estiveram sempre “por perto”.

O meu primeiro testemunho de gratidão é dirigido à Fundação Universidade do Porto pela organização exigente do Mestrado que permitiu o meu crescimento intelectual e a minha evolução enquanto profissional.

O meu muito especial reconhecimento à Professora Doutora Teresa Magalhães cujo incentivo e colaboração foram determinantes para iniciar o desafio e dele não desistir. Pela disponibilidade, pela orientação esclarecida e pelo apoio crítico o meu “bem haja”.

Ao Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., às Delegações do Norte e do Centro e ao Gabinete Médico-Legal de Viseu, que me permitiram o acesso aos ficheiros de Clínica Forense, bem como aos funcionários que me ajudaram com as pesquisas, muito obrigada.

Este trabalho não teria sido possível sem a prestimosa colaboração dos Magistrados do Ministério Público do Círculo de Viseu e dos que trabalham na dependência da Procuradoria Geral do Porto. Para os que tiveram o incómodo de responder ao inquérito apresentado e sobretudo para o Senhor Procurador da República, Doutor Vítor Pereira Pinto e Senhor Procurador Geral Distrital, Doutor Alberto Pinto Nogueira, por terem servido de intermediários, o meu reconhecimento.

Ao Doutor José Augusto Ferreira Alves, meu bom amigo, à Doutora Regina Paula Morais da Procuradoria Geral do Porto, ao Senhor António Maneca do Tribunal de Viseu, os três essenciais na recolha dos questionários, muito obrigada pela simpatia e colaboração.

À Mestre Fernanda Rodrigues, o meu reconhecimento pela disponibilidade, pela amizade e pelos conhecimentos na área da Clínica Forense.

À Professora Doutora Ana Mouraz, minha irmã, com quem partilho “peregrinações e caminhadas”, por tudo quanto sabe sobre investigação científica, redacção de dissertações, estatística e informática e por tudo o que se dispôs a aprender sobre violência doméstica. Foi ela a responsável pela estatística e pela construção da amostra. Por todos os fins de semana que a “roubei” à família, também para eles, o meu reconhecimento

Aos meus três filhos, Carolina, Mariana e Mário, pelas sábias e construtivas críticas, pelas correcções do trabalho, pela imprescindível colaboração no tratamento informático dos dados e na revisão formal. Sabe bem verificar o quanto sabem mais do que eu e como se mantêm disponíveis, apesar dos seus próprios desafios.

Ao Doutor José Mouraz, meu irmão, pelo incentivo e apoio e por me ajudar com as leis, os seus meandros, as suas justiça e injustiças.

À Margarida, minha sobrinha, que vai ser uma *designer* importante, e que foi a responsável pela capa, mil obrigadas.

Aos meus Pais pela liberdade, responsabilidade e tolerância que me ensinaram.

Ao Mário, por estar aqui.

## ACRÓNIMOS

AR – Assembleia da República  
CC – Código Civil  
CE – Conselho da Europa  
CEJ – Centro de Estudos Judiciários  
CCF – Comissão da Condição Feminina  
CIDM – Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres  
CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género  
CNMP – Conselho Nacional das Mulheres Portuguesas  
CP – Código Penal  
CPP – Código do Processo Penal  
DA – Danger Assessment  
ECD – Exame complementar de diagnóstico  
GML – Gabinete médico-legal  
GNR – Guarda Nacional Republicana  
HIV/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida  
INML – Instituto Nacional de Medicina Legal, IP  
MedLeg.Net – Ferramenta informática desenvolvida com o objectivo de uniformizar a metodologia das perícias de clínica médico-legal, implementada no INML  
MP – Ministério Público  
NUT – Nomenclatura de Unidade Territorial  
OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PCVD – Plano Contra a Violência Doméstica  
PGR – Procuradoria-Geral da República  
SARA – Spousal Assault Risk Assessment  
SMA – Secretariado para a Modernização Administrativa  
SMP – Serviços do Ministério Público  
UE/EU – União Europeia  
VD – Violência doméstica  
VRI – Violência nas relações de intimidade  
VG – Violência de género



## ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO .....	1
EXECUTIVE SUMMARY .....	5
<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>II. ESTADO DA ARTE .....</b>	<b>19</b>
1. QUESTÕES GERAIS SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA .....	21
1.1 DELIMITAÇÃO CONCEPTUAL .....	21
1.1.1 Violência doméstica, violência de género e violência nas relações de intimidade.....	21
1.1.2. Tipos de Violência nas Relações de Intimidade .....	27
1.2. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PORTUGAL E RESPECTIVO QUADRO LEGAL	28
1.3. SITUAÇÃO LEGISLATIVA E SOCIAL EM ALGUNS DOS PAÍSES DA EUROPA.....	39
1.3.1 Espanha.....	40
1.3.2 Reino Unido.....	43
1.3.3 Alemanha.....	45
1.3.4 Áustria .....	47
2. O RISCO E A AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE.....	48
2.1. AVALIAÇÃO DE RISCO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA .....	51
2.2. FACTORES DE RISCO .....	53
2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE RISCO .....	56
3. A QUALIDADE NA ACTIVIDADE PERICIAL NO ÂMBITO DA VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE.....	62
3.1. NOTA INTRODUTÓRIA SOBRE QUALIDADE NA ACTIVIDADE PERICIAL ...	62
3.2. AS QUESTÕES DA QUALIDADE A NÍVEL PERICIAL.....	65
3.2.1 Diversidade de enquadramento e de formação dos peritos .....	65
3.2.2 Os exames periciais em clínica médico-legal .....	66
3.2.3 O caso particular dos exames de Clínica Forense em Direito Penal e sua utilização em casos de violência nas relações de intimidade .....	69
<b>III. OBJECTIVOS .....</b>	<b>77</b>
<b>IV. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>81</b>
1. MATERIAL .....	83
1.1. Ficha de avaliação da qualidade dos relatórios .....	85
1.2. Questionário de opinião destinado aos Magistrados do Ministério Público.....	93
2. MÉTODOS .....	95
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>97</b>
1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS RELATÓRIOS PERICIAIS RELATIVOS A VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE .....	99
1.1 Caracterização geral dos relatórios .....	99

1.2. História do Evento.....	100
1.3. Dados documentais .....	102
1.4. Antecedentes pessoais .....	104
1.5. Contexto familiar.....	105
1.6. Descrição das Queixas .....	109
1.7. Descrição das Lesões e/ou Sequelas.....	110
1.8. Exames complementares de diagnóstico .....	111
1.9. Discussão.....	112
1.10. Conclusões preliminares.....	114
1.11. Conclusão final.....	115
1.12. Fotodocumentação .....	116
1.13. Estudo comparativo das médias obtidas nas diferentes categorias de análise dos relatórios.....	116
1.14. Estudo correlacional e redução dos itens aos componentes principais.....	118
<b>2. AVALIAÇÃO DA OPINIÃO DOS MAGISTRADOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO.....</b>	<b>122</b>
2.1. Caracterização geral dos respondentes.....	122
2.2. História do evento .....	125
2.3 Dados documentais .....	129
2.4 Antecedentes pessoais.....	130
2.5 Contexto familiar.....	132
2.6 Queixas.....	135
2.7 Lesões.....	136
2.8 Exames Complementares de Diagnóstico .....	137
2.9 Discussão.....	138
2.10 Conclusões .....	141
2.11 Fotodocumentação .....	142
2.12 Relatório Social .....	143
2.13 Análise entre variáveis .....	143
2.14 Estudo correlacional e redução dos itens aos componentes principais.....	145
<b>VI. DISCUSSÃO .....</b>	<b>147</b>
1. História do evento .....	149
2. Dados documentais .....	150
3. Antecedentes pessoais .....	151
4. Contexto familiar .....	151
5. Queixas.....	153
6. Lesões e Sequelas.....	153
7. Exames Complementares de Diagnóstico .....	154
8. Discussão.....	154
9. Conclusões .....	156
10. Fotodocumentação .....	157

11. Relatório Social.....	157
12. Estudos comparativos entre os relatórios provenientes da Delegação do Norte e do Gabinete Médico-Legal de Viseu.....	157
13. Estudos comparativos entre as reduções aos componentes principais efectuadas aos itens do Contexto familiar vistos na óptica dos Magistrados do Ministério Público e dos Peritos Médicos.....	158
<b>VII. CONCLUSÕES.....</b>	<b>161</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>169</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>179</b>
ANEXO I - FICHA DE SUPERVISÃO DOS RELATÓRIOS DE CLÍNICA MÉDICO-LEGAL .....	181
ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO DOS MAGISTRADOS DO MP .....	185
ANEXO III - FICHA DE SUPERVISÃO DOS RELATÓRIOS DE CLÍNICA MÉDICO-LEGAL .....	192

## ÍNDICE DE QUADROS

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dispersão das sugestões dos Magistrados quanto à História do evento .....	126
Figura 2. Redução dos componentes principais do “Contexto familiar” segundo as opiniões de Magistrados e Peritos Médicos .....	159

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos relatórios por Número de exame e origem.....	100
Gráfico 2. Distribuição dos relatórios analisados segundo a História do evento por local de origem .....	101
Gráfico 3. Distribuição da pontuação obtida na categoria Dados documentais por origem.....	103
Gráfico 4. Distribuição da pontuação obtida na categoria Antecedentes pessoais segundo a origem .....	104
Gráfico 5. Distribuição das frequências na categoria Contexto familiar por origem (versão 1)	106
Gráfico 6. Distribuição das frequências na categoria Contexto familiar por origem ( versão 2) .....	107
Gráfico 7. Distribuição das frequências na categoria Queixas por origem .....	110
Gráfico 8. Distribuição das frequências na categoria Lesões por origem .....	111
Gráfico 9. Distribuição das frequências na categoria Exames complementares de diagnóstico por origem .....	112
Gráfico 10. Distribuição das frequências na categoria Discussão por origem .....	113
Gráfico 11. Distribuição das frequências na categoria Conclusões preliminares por origem...	115
Gráfico 12. Distribuição da pontuação obtida na categoria Conclusões finais .....	116
Gráfico 13. Box-plot comparativo da dispersão das pontuações atribuídas às categorias constantes do guião de análise dos relatórios.....	118
Gráfico 14. Capacidade explicativa da variância dos componentes em que foram agrupados os itens do Contexto familiar.....	119
Gráfico 15. Distribuição segundo o género em relação à distribuição pelos Serviços.....	123
Gráfico 16. Distribuição das idades dos Magistrados .....	124
Gráfico 17. Distribuição pelo tempo de serviço dos Magistrados .....	124
Gráfico 18. Box-plot comparativa da dispersão de respostas à qualidade da descrição da História do evento e sua repercussão no trabalho dos Magistrados do MP .....	128
Gráfico 19. Box-plot da dispersão de respostas à qualidade da descrição dos Dados documentais .....	130
Gráfico 20. Box-plot da dispersão de respostas aos itens associados aos Antecedentes pessoais .....	131
Gráfico 21. Box-plot da dispersão de respostas aos itens associados ao Contexto familiar .....	133
Gráfico 22. Box-plot da dispersão de respostas aos itens associados à Discussão .....	139

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos relatórios analisados segundo a sua Origem .....	99
Tabela 2. Distribuição dos relatórios por Número de exame .....	100
Tabela 3. Distribuição dos relatórios analisados segundo a História do evento por origem .....	101
Tabela 4. Análise comparativa dos resultados nos itens relativos e descritivos da História do evento divididos por local de origem.....	102
Tabela 5. Distribuição da pontuação obtida na categoria Dados documentais e origem .....	103
Tabela 6. Análise comparativa dos resultados nos itens relativos e descritivos dos Dados documentais divididos por origem.....	103
Tabela 7. Distribuição da pontuação obtida na categoria Antecedentes pessoais e origem.....	104
Tabela 8. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos e descritivos dos Antecedentes pessoais distribuídos pela sua origem.....	105
Tabela 9. Distribuição da pontuação obtida na categoria Contexto familiar por origem .....	105
Tabela 10. Distribuição da pontuação obtida na categoria Contexto familiar por origem (versão 2).....	106
Tabela 11. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos ao Contexto familiar por origem.....	107
Tabela 12. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos ao Contexto familiar por origem.....	108
Tabela 13. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos ao Contexto familiar por origem.....	109
Tabela 14. Distribuição das frequências na categoria Queixas por origem .....	109
Tabela 15. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos às Queixas por origem .....	110
Tabela 16. Distribuição das frequências na categoria Lesões por origem .....	111
Tabela 17. Distribuição das frequências na categoria Exames complementares de diagnóstico por origem.....	112
Tabela 18. Distribuição das frequências na categoria Discussão por origem .....	113
Tabela 19. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos à Discussão por origem.....	114
Tabela 20. Distribuição das frequências na categoria Conclusões preliminares por origem ....	114
Tabela 21. Distribuição das frequências na categoria Conclusões finais por origem .....	115
Tabela 22. Análise comparativa das pontuações médias e desvio-padrão relativo às categorias constantes do guião de análise dos relatórios.....	117
Tabela 23. Distribuição da variância pelos componentes .....	120
Tabela 24 . Distribuição da variância pelos componentes (rotação).....	121
Tabela 25. Representatividade da amostra quanto à localização dos Magistrados .....	122
Tabela 26. Distribuição da amostra segundo o género.....	123
Tabela 27. Análise média comparativa da idade e tempo de serviço segundo a distribuição dos Serviços .....	124

Tabela 28. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na História do evento ...	125
Tabela 29. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na História do evento	126
Tabela 30. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na qualidade da História do evento.....	127
Tabela 31. Medidas de tendência central relativas aos itens da qualidade da História do evento .....	128
Tabela 32. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição dos Dados documentais .....	129
Tabela 33. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na descrição dos Dados documentais .....	129
Tabela 34. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição dos Antecedentes pessoais.....	130
Tabela 35. Medidas de tendência central dos itens agrupados na descrição dos Antecedentes pessoais.....	131
Tabela 36. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição do Contexto familiar.....	132
Tabela 37. Medidas de tendência central relativas aos itens associados ao Contexto familiar .	135
Tabela 38. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição das Queixas .....	135
Tabela 39. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na descrição das Queixas .....	136
Tabela 40. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição das Lesões	136
Tabela 41. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na descrição das Lesões .....	137
Tabela 42. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição dos Exames complementares .....	137
Tabela 43. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na descrição dos Exames complementares .....	137
Tabela 44. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na Discussão .....	138
Tabela 45. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na Discussão.....	139
Tabela 46. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na qualidade da Discussão .....	140
Tabela 47. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na qualidade da Discussão .....	140
Tabela 48. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados nas Conclusões.....	141
Tabela 49. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados nas Conclusões.....	142
Tabela 50. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na Fotodocumentação ..	142
Tabela 51. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na Fotodocumentação	142
Tabela 52. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados ao Relatório Social.....	143
Tabela 53. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados ao Relatório Social....	143

Tabela 54. Análise estatística das diferenças existentes entre a apreciação da importância e a apreciação da qualidade ( <i>t-student</i> ) .....	144
Tabela 55. Análise estatística das diferenças existentes entre a apreciação da importância e a apreciação da qualidade nos itens da História do evento .....	144
Tabela 56. Análise da redução de componentes dos itens relativos ao Contexto Familiar .....	146
Tabela 57. Análise da redução de componentes dos itens relativos ao Contexto Familiar – após aplicação da rotação varimax .....	146



## ***SUMÁRIO EXECUTIVO***

### **1 . ENQUADRAMENTO**

A violência na relação de intimidade (VRI) é a que ocorre entre duas pessoas que têm ou tiveram uma relação íntima, isto é, que são cônjuges ou companheiros, actuais ou passados, ou namorados, sendo irrelevante o sexo dos protagonistas. Esta definição permite fazer a distinção entre o conceito, mais abrangente, de violência doméstica (VD), que inclui, pelo menos à luz da Lei portuguesa, todas as pessoas que partilham o *domus* e de violência de género (VG), que se refere à violência contra as mulheres, seja qual for a circunstância em que ocorra.

O facto de a VRI ser a forma mais prevalente e preocupante (reiterada, aumenta em gravidade e frequência ao longo do tempo, tem efeitos perniciosos na saúde das vítimas, podendo acabar em morte e funcionando como um aprendizado de violência para as gerações futuras), levou o Conselho da Europa a recomendar aos Estados membros que implementassem medidas que a combatessem e erradicassem, já que esta se constitui como um verdadeiro atentado aos direitos humanos, só comparável à tortura. Essas recomendações têm sido seguidas de diferentes formas nos países da Europa.

Portugal, que autonomizou o crime de violência doméstica e o tornou um crime público, tem feito um esforço, significativo, para mudar a situação dramática das mulheres, já que são elas as principais vítimas deste crime.

Os estudos científicos a nível mundial permitiram identificar múltiplos factores, “factores ou marcadores de risco”, que são características capazes de prognosticar violência futura numa relação e que podem ser vitais para a defesa das potenciais vítimas, e ainda, possibilitam a sinalização de casos-problema podendo contribuir para acelerar os processos judiciais e promover a Justiça.

No crime de VRI, o interesse jurídico a defender não é apenas a integridade física, mas mais do que isso, a liberdade e autodeterminação no contexto do lar e da intimidade, onde a igualdade de direitos é essencial. Neste contexto, é necessário que a observação da vítima em sede de Clínica Forense, se debruce sobre o todo bio-psico-socio-situacional da vítima, de forma a poder produzir um instrumento de prova, que seja não só uma prova de crime, argumento de acusação de um prevaricador, mas que sirva também como coadjuvante da protecção da vítima, como a Lei determina.

Importa conhecer, então, quais são as representações da VRI para os peritos médicos que realizam a avaliação das vítimas, bem como para os Magistrados que a utilizam nos processos judiciais. Importa saber se a forma como se realiza a avaliação em Clínica Forense, bem como o

seu produto final que é o relatório pericial, estão adequados ao que é exigido na Lei e às necessidades dos Magistrados para a produção da prova.

Tal é o desafio que nos propomos.

## 2 . OBJECTIVOS

Os objectivos a que nos propomos são então:

- a) Analisar a forma de garantir a qualidade da avaliação, em Clínica Forense, dos casos de vítimas de violência nas relações de intimidade, considerados num contexto de Direito Penal.
- b) Determinar se o conteúdo funcional da actual ficha de avaliação da vítima em Direito Penal permite um registo de qualidade da avaliação daquelas vítimas e se, tal registo, fica dependente do enquadramento institucional dos peritos médicos.
- c) Conhecer a importância que tem para os Magistrados do Ministério Público a informação que recebem dos peritos, sob a forma de relatório pericial, na produção da prova.
- d) Conhecer e comparar as representações que têm aqueles dois grupos profissionais acerca da VRI.

## 3 . ESTRUTURA METODOLÓGICA

Foram realizados dois estudos descritivos que elegeram como objectos privilegiados as representações e as práticas dos peritos médicos, por um lado, e as representações dos Magistrados do Ministério Público, por outro. Assim, estudaram-se os relatórios periciais em Clínica Forense relativos a situações de VRI e as opiniões dos Magistrados sobre aqueles documentos. É o cruzamento entre os dois estudos que permite ponderar a qualidade da recolha da informação, o seu valor para a produção da prova e a sua bondade em termos de protecção à suposta vítima. Para esse efeito escolheram-se os relatórios produzidos na Delegação do Norte do INML e do Gabinete Médico-Legal de Viseu, bem como os Magistrados do MP que utilizam o trabalho daqueles serviços.

No primeiro estudo foram avaliados 224 relatórios, 110 provenientes da Delegação do Norte e 114 do GML de Viseu (os primeiros casos do ano de 2008). Para essa avaliação elaborou-se uma grelha de análise dos relatórios destinada às situações de VRI, através da adaptação da actual ficha de auditoria dos relatórios periciais em uso no INML.

Para o segundo estudo, elaborou-se um questionário para averiguar as opiniões dos Magistrados da área de influência da Procuradoria-Geral do Porto e do Círculo de Viseu. Este

questionário replicava os capítulos da grelha de avaliação utilizada na análise dos relatórios. Foram recebidas 51 respostas (num universo possível de 337 Magistrados).

#### 4 . CONCLUSÕES DO TRABALHO EMPÍRICO

Em relação aos conteúdos dos relatórios periciais podem retirar-se as seguintes conclusões:

- a) Tanto na Delegação do Norte do INML, como no GML de Viseu, existem deficiências no tratamento dos casos de VRI, que de forma geral são tratados como situações de ofensas corporais. Essas deficiências são semelhantes nas duas estruturas institucionais.
- b) Não são avaliados elementos essenciais na avaliação de risco e não se faz uma caracterização pormenorizada da situação de VRI que seja mais consentânea com os requisitos exigidos pela definição de VRI do CE e pela necessidade de celeridade que a Lei impõe.
- c) Ignora-se a forma como a vítima vive o processo abusivo, o que impede a ponderação da necessidade de atribuir, eventualmente, estatuto de vítima ou de vítima especialmente vulnerável.
- d) Os relatórios mostraram-se redutores quando na “discussão”, apenas se referem ao “nexo de causalidade” e à “data da cura/consolidação”, elementos que servindo como ponto fulcral da prova pericial, são, no entanto, insuficientes quando a Lei obriga a que se garantam os direitos das vítimas e se assegure a sua protecção.

Em relação às opiniões dos Magistrados retiradas dos questionários, conclui-se o seguinte:

- a) Os Magistrados consideram que os relatórios de Clínica Forense, na informação que disponibilizam, são adequados às suas necessidades. Contudo, notam-lhes algumas falhas, fazendo notar que existe discrepância entre o que é a importância de algumas rubricas do relatório e a qualidade do que recebem.
- b) Os Magistrados sub-valorizam alguns dos elementos que são considerados essenciais para a avaliação do risco na literatura internacional.
- c) Os Magistrados admitem a necessidade de alterar a “discussão” nos casos de VRI, já que também lhes parece que tal rubrica é redutora em relação à indicação de eventual necessidade de protecção da vítima.
- d) Os Magistrados gostariam que lhes fosse fornecida fotodocumentação.

## 5 . CONCLUSÃO FINAL

A violência na relação de intimidade é um crime. Inclui todas as formas de abuso, físico, sexual, emocional, social, afecta a dinâmica do relacionamento do casal, a família, o trabalho, a sociedade em geral e em última instância, constituiu uma ameaça para a democracia. As vítimas têm o direito de ser avaliadas, tratadas, mas, acima de tudo, protegidas de futura violência, porque é a sua segurança e não a penalização do agressor, a preocupação principal da intervenção em violência doméstica.

Parece necessário continuar a promover uma melhor qualidade na avaliação das vítimas de violência na relação de intimidade, no que concerne aos exames de Clínica Forense. A avaliação do risco e a utilização de instrumentos de avaliação de risco que têm sido desenvolvidos numa tentativa de prevenir novos abusos, para além do nível oferecido pelos factores de risco, parece ser a forma mais adequada de atingir esse objectivo.

No que diz respeito aos relatórios de Clínica Forense, o achado que importa ressaltar é o de que os peritos médicos, continuam a tratar os casos de violência na relação de intimidade como casos vulgares de Direito Penal, dando especial atenção ao dano corporal, mas ignorando os problemas psicológicos, sociais e contextuais.

Por outro lado, os Magistrados do Ministério Público, parecem pretender mais e melhor informação, quando utilizam os relatórios periciais.

Parece existir, em ambos os lados uma gritante necessidade de formação actualizada sobre o problema da violência na relação de intimidade.

## ***EXECUTIVE SUMMARY***

### 1 . INTRODUCTION

Intimate partner violence (IPV) occurs between a couple that have or had an intimate relationship, *i.e.*, which are or were married, companions or lovers, regardless their gender. This definition enables the distinction between the wider concept of domestic violence (DV) (which includes, at least according to the Portuguese Law, everyone who shares the *domus*) and the concept of Gender Violence (GV), which refers to the violence against women, regardless the circumstances.

Due to the fact that IPV is the most prevalent and concerning kind of domestic violence (dangerous, repeated and escalated, with pernicious effects in the victims' health, eventually ending in death, and working as an example to future generations), the European Council recommended their Member States to establish measures in order to fight and eradicate this kind of violence, as it constitute a threat to Human Rights only similar to torture. These recommendations have been followed differently.

In Portugal, where the crime of DV has become an autonomous and public crime, strong efforts have been made to change the dramatic women situation, since they are the main victims of it.

Worldwide, scientific studies have allowed the identification of multiple factors, “risk factors”, that are characteristics that increase the likelihood of re-assault or are indicative of life-threatening attack in a relationship. The risk assessment allows women and domestic violence workers to develop more realistic safety plans, help the criminal justice system to identify which offenders need close supervision and contribute to speed up judicial proceedings, promoting Justice.

The legal asset IPV crime is deemed to protect is not only, physical integrity, but also freedom and self-determination in the context of home and intimacy, where equality of rights is essential. In this context, it is necessary that the clinical forensic victim's assessment looks upon the victim's whole bio-psycho-socio-contextual, in order to offer a reliable means of proof to prosecute the perpetrator, but which is, also, a tool to protect victim. It is important to know the actual way of performing the victims' assessment, in forensic terms, as well as, to know whether this examination has the required items to fulfil the Law demands.

This is our challenge.

## 2 . OBJECTIVES

Our main objectives are:

- a) To analyse the way to guarantee the quality of the assessment in Forensic Clinic, regarding cases of victims of violence in intimate relationships in a Criminal Law context.
- b) To determine whether the functional content of the current victim's assessment form, in Criminal Law, allows a quality registry of those victims assessment. Also, whether the referred registry is dependent of the medical expert's institutional framing.
- c) To determine the importance to evidentiary proceedings of the information received by Public Prosecutors from clinical experts, in the form of a report.
- d) To determine and to compare the representations around IPV of both professional groups – prosecutors and experts.

## 3 . METHODS

We have accomplished two explanatory studies that had elected as their main objects, in one hand, the medical experts' representations and practices, and in the other hand, the public prosecutors' representations. Therefore, we have studied the clinical forensic expert reports about IPV as well as the public prosecutors' considerations regarding those documents. Crossing both studies it is possible to conclude about the quality of the information gathering, about its value for evidentiary proceedings, and, finally, about its worth in terms of protection of the assumed victim. In order to accomplish the goal, we have chosen the reports completed by the North Department of Legal Medical Institute (INML), the Legal Medical Office of Viseu (GML of Viseu), and the public prosecutors that work with those services.

In the first study it has been assessed 224 reports, 110 from the North Department and 114 from the GML of Viseu (the first cases of 2008). In order to conclude the assessment it was prepared a reports' assessment form to IPV cases, through an adjustment of the expert reports' assessment form applied in INML.

For the second study, it was performed an inquiry to find out the opinion of the public prosecutors working for the General Prosecutor Office of Oporto and for the Judicial District of Viseu. This inquiry had repeated the chapters of the assessment form used in the reports' assessment. We received 51 responses (in a total of 337 public prosecutors).

#### 4 . FINDINGS

Regarding the expert reports on IPV, we may conclude the following:

- a) There are some problems with IPV cases assessment, both in the North Department of INML and in the GML of Viseu. Generally, they are treated as bodily injuries.
- b) A few important elements are not taking into account in the risk assessment, and it is not accomplished a detailed description of IPV more consentaneous with the demands of the EC's IPV definition and with the Law's demand of celerity.
- c) The way the victim deal with the abusive process is ignored, what may prevent the granting of the legal status of victim or the legal status of especially vulnerable victim.
- d) Reports happened to be insufficient as they just make a reference to the "causal connexion" and to the "date of cure/stabilization" in the "discussion". Despite being crucial for expert evidence, those elements are not sufficient to grant victim's rights and protection.

Regarding public prosecutors' opinion, we may conclude:

- a) Public prosecutors consider that clinical forensic reports are suitable in what concerns the information provided, beside However, a few problems are pointed. They have concluded that some items of the report are underrated.
- b) Several public prosecutors underrated some essential elements in risk assessment.
- c) Public prosecutors state for the necessity to amend the "discussion" in IPV cases, since that item seems to be insufficient in what concerns the signalization of protection needs.
- d) Public prosecutors would appreciate if photo documentation were provided.

#### 5 . CONCLUSIONS

Intimate partner violence is a crime. This kind of violence includes all forms of mistreatment - physical, sexual, psychological and social, it affects the dynamics of the relationship, it affects work, family, the whole society and it is a threat to democracy. The victims have the right to be evaluated, treated, but, above all, protected from further violence, because safety is the central concern of domestic violence intervention.

It appears that it is necessary to keep fighting for a better quality in the assessment of intimate partner violence cases in Forensic Clinic. The risk assessment and the use of risk assessment instruments that have been developed in order to try to increase prediction of re-assault, beyond the level offered by risk/markers, appear to be the easy way of doing it.

In what concerns the clinical forensic reports, the most important finding is the fact that experts continue treating those cases as regular criminal cases, giving special importance to the body damage, but ignoring psychological and contextual problems.

In another hand, public prosecutors call for additional data and information with better quality.

In both sides there is a shouting need for actual training on intimate partner violence.

## **I. INTRODUÇÃO**



*“...O progresso social pode medir-se pela posição que a mulher ocupa numa determinada sociedade.”* (Karl Marx)

Depois de a violência contra as mulheres ter sido reconhecida como uma verdadeira violação dos direitos humanos, constituindo um obstáculo à instauração da igualdade, da paz e da democracia (Conselho da Europa, 2002)<sup>1</sup>, têm surgido por todo o mundo civilizado milhares de estudos procurando caracterizar esse tipo de violência, compreendê-la, analisar os seus diversos aspectos, saber quem são as vítimas, quem são os agressores, tentar encontrar a forma mais adequada de lidar com o fenómeno e, sobretudo, procurar erradicá-lo.

Mas o que os estudos vêm mostrando, já desde os anos 70, é que a violência contra as mulheres se exerce sobretudo no contexto do lar (Lourenço & Carvalho, 2001). Chegou-se à conclusão que dentro da violência contra as mulheres, há uma forma ainda mais cruel e humilhante, e quiçá, mais violenta e perigosa, a violência nas relações de intimidade, ou seja, a que ocorre entre pessoas que têm ou tiveram uma relação íntima, que são casados, companheiros, namorados, ou que terminaram qualquer uma dessas relações ( Miller-Perrin & Perrin, 1997; Gelles & Strauss, 1988).

Sabe-se que este tipo de violência, que muitos autores tratam como violência doméstica (VD), é habitualmente reiterada, aumenta em gravidade e frequência ao longo do tempo, e tem efeitos perniciosos na saúde das vítimas, na sociedade em geral e, sobretudo, funciona como um sistema de aprendizagem de violência para as gerações seguintes, que dessa forma aprendem a perpetuá-la (Lisboa, Carmo, Vicente & Nóvoa, 2003).

Mas, com o abrir do véu sobre este assunto tabu nas relações de intimidade, passado que é o tempo do “entre homem e mulher não metas a colher” (Saraga, 1996), com o progressivo reconhecimento, pela comunidade científica e pelos governos, destas situações como configurando um crime, com o aparecimento de novas leis que tentam proteger estas vítimas, facilitando a revelação e a denúncia das situações, outros desafios apareceram.

Logo à partida, reconhece-se que a violência nas relações de intimidade: (1) é transversal a todos os estratos sociais (Lourenço & Carvalho, 2001); (2) implica múltiplas

---

<sup>1</sup> “Violence against women, including domestic violence, is the result of an imbalance of power in society. It is a human rights violation, a major obstacle to overcoming inequality between women and men” (CE, Cimeira de Varsóvia, Maio de 2005 - Campaign to Combat Violence Against Women, Including Domestic Violence, 2005).

formas de violência; (3) é muitas vezes subvalorizada pela sociedade e pelas próprias vítimas; (4) implica a intervenção de profissionais, sejam elementos da polícia, profissionais de saúde ou de serviço social, e os próprios magistrados, que não estão, na maioria das vezes, por falta de formação específica, preparados para trabalhar com estes casos, atrasando a sua detecção, não fazendo diagnósticos de situação correctos e, sobretudo, não sabendo “o que fazer a seguir” para proteger a vítima ou afastá-la do perigo (José Villora *et al*, 2009; Machado, Gonçalves & Matos, 2005).

Mas outros factos vieram à luz: também há violência nas relações de intimidade, nas quais a vítima é o homem. Embora os números apresentados, por exemplo em queixas na polícia, não se comparem aos apresentados por mulheres, o facto é que as queixas são cada vez mais frequentes. Mais ainda, a violência nestes casos pode também chegar ao homicídio, embora, os casos em que ocorre, pareçam ter mais a ver com autodefesa, ou defesa dos filhos (Saunders, 2002; Malley-Morrison & Hine, 2004).

Nestes últimos anos e após a assumpção da homossexualidade pela sociedade como uma orientação sexual adequada, houve um incremento das situações de união de facto de casais homossexuais. Desde então, verificou-se que, também neste tipo de relações se encontra violência entre parceiros, a qual pode ter as mesmas características da violência heterossexual (Gelles, 1997; Antunes & Machado, 2005).

É, contudo, sempre a mulher a principal vítima e é com ela que as preocupações se mantêm em termos de prevenção de violência, tratamento e protecção.

A comunidade internacional tem vindo, então, a exortar os Estados para condenarem a violência contra as mulheres e para não deixarem que se invoquem costumes, tradições ou quaisquer outras considerações, para iludir a obrigação de a combater por todos os meios ao seu alcance, apelando igualmente à atenção dos Estados para a necessidade de eliminar todas as formas de violência contra as mulheres, uma vez que a violência constitui uma violação dos direitos fundamentais<sup>2</sup>.

O Conselho da Europa deliberou na Cimeira de Varsóvia em Maio de 2005, organizar uma campanha transeuropeia de luta contra a violência sobre as mulheres, incluindo a violência doméstica. A Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, em Junho de 2006, associou-se à campanha através da iniciativa parlamentar “Parlamentos Unidos no Combate à

---

<sup>2</sup> “Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher” – Assembleia Geral das Nações Unidas, Dezembro de 1993).

Anexo à Recomendação REC (2002)5: “É da responsabilidade e do interesse dos Estados, que disso devem fazer uma prioridade das suas políticas nacionais, garantir às mulheres o direito a não sofrer nenhuma violência, quaisquer que sejam a sua natureza e o seu autor. Neste âmbito, os Estados não podem invocar um costume, a religião ou a tradição para se subtraírem a esta obrigação”.

Violência Doméstica”. Os Estados Membros do Conselho da Europa contribuíram, significativamente, para o sucesso da campanha, ao implementarem-na a nível nacional. Muitos parlamentos colocaram o assunto em agenda pela primeira vez. Os principais resultados da campanha foram, antes de mais, o reconhecimento de que a violência contra as mulheres constitui uma violação dos direitos humanos e não um assunto privado ou íntimo. Em segundo lugar a campanha colocou na agenda política dos Estados Membros e ao mais alto nível, o problema da violência contra as mulheres, pela primeira vez na história da humanidade.

Os peritos do Conselho da Europa definem violência contra as mulheres como “qualquer acto, omissão ou conduta que serve para infligir sofrimentos físicos, sexuais ou mentais, directa ou indirectamente, por meio de enganos, ameaças, coacção, ou qualquer outro meio, a qualquer mulher e tendo por objectivo e como efeito, intimidá-la, puni-la ou humilhá-la ou mantê-la em papéis estereotipados ligados ao seu sexo, ou recusar-lhe a dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, mental e moral ou abalar a sua segurança pessoal, o seu amor-próprio ou a sua personalidade, ou diminuir as suas capacidades físicas ou intelectuais” (CE, 2005).

O Estado Português tem acompanhado o esforço europeu de devolução da dignidade às mulheres. Em 1999, a Resolução do Conselho de Ministros, nº 55/99 de 15 de Junho, aprovou o *I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica* que procurou definir o conceito de VD e implementar medidas educacionais e de prevenção. Em 2003, o *II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica* (Resolução do Conselho de Ministros nº 88/2003), veio reforçar a necessidade de manutenção do combate à violência exercida sobre as mulheres no espaço doméstico, que nesta altura já constituía um crime público. O *III Plano Contra a Violência Doméstica* (Resolução do Conselho de Ministros nº 51/2007), actualmente em vigor, procura a promoção de uma cultura de cidadania contra a VD, reforçando o apoio à vítima, desenvolvendo medidas de tratamento e controlo do agressor e preocupando-se com a formação de profissionais. Também a Assembleia da República, associando-se à campanha lançada no âmbito do Conselho da Europa resolveu, em 2007, “avaliar o enquadramento jurídico existente relativo a violência doméstica, com o objectivo de o actualizar, em consonância com as boas práticas de vários países e organizações não governamentais” e também, “assegurar a realização de estudos necessários para análise, compreensão e combate ao fenómeno da violência doméstica” (AR, Resolução nº 17/2007).

Na revisão do Código Penal de 2007, o legislador autonomizou o crime de violência doméstica, alargou o âmbito das condutas tipicamente relevantes, puniu mais severamente

algumas dessas condutas e aumentou o número de sanções acessórias (Albuquerque, 2008). Ao reformular o Artigo 152º do CP<sup>3</sup>, respeitante à violência doméstica, preocupou-se em alargar o leque de potenciais vítimas, incluindo relações pretéritas e relações íntimas entre pessoas do mesmo sexo e mesmo em casos em que não exista coabitação.

Em Setembro de 2009 foi promulgada a Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro, que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica e à protecção e assistência das suas vítimas, preconizando essencialmente a rapidez e a eficácia das medidas a tomar para esse efeito.

Poderia, o legislador, ter ido mais longe, não só na possibilidade de introdução de medidas mais radicais de protecção da vítima, a que a seu tempo nos referiremos, mas sobretudo na destrição dos conceitos linguísticos que permitisse distinguir e individualizar violência familiar, violência doméstica (VD), violência de género (VG) e violência nas relações de intimidade (VRI). A verdade é que, por razões de prevalência estatística mas também pela visibilidade acrescida em função dos movimentos sociais e da investigação académica, a violência exercida pelos homens contra as “suas” mulheres é correctamente tomada como paradigmática da VD – e o texto actual do art. 152º do CP, embora abrangja, evidentemente, casos não coincidentes com esta descrição prototípica, está claramente pensado e foi obviamente redigido, tendo como alvo principal as mulheres vítimas de violência por parte dos seus maridos ou companheiros, actuais ou passados (Beleza, 2008).

Sabendo então quem são as vítimas e sendo a sua avaliação um ponto alto no processo

---

<sup>3</sup> Artigo 152º do CP – 1. Quem de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais:

- a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
  - b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
  - c) A progenitor de descendente comum em 1º grau; ou
  - d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;
- é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.
2. No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.
  3. Se dos factos previstos no nº1 resultar:
    - a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos.
    - b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.
  4. Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.
  5. A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.
  6. Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou curatela por um período de um a dez anos.

da sua protecção, assistência e prevenção de mais violência, parece-nos importante reflectir sobre o processamento dessa avaliação, porque, apesar de todo o conhecimento produzido e brevemente referido, ainda não houve um esforço no sentido de ponderar a actual prestação dos médicos peritos em Medicina Legal, na articulação com o trabalho que, a jusante, será tarefa do Ministério Público (MP). Parece, assim, haver um menor entendimento da relação entre duas estruturas essenciais do sistema no tratamento e encaminhamento dos processos de VDRI. Dito de forma mais explícita, não se tem um verdadeiro conhecimento do real valor da avaliação das vítimas feita pelos peritos médicos, bem como do instrumento que utilizam para a veicular, os relatórios de Clínica Médico-Legal no domínio do Direito Penal, nem da opinião que desses relatórios têm os Magistrados do Ministério Público, que os utilizam como instrumento de trabalho na avaliação dos casos de VD. Parece poder diagnosticar-se um defeito de comunicação entre essas duas estruturas, que dificulta e até pode por em causa a prevenção do risco a que estão sujeitas as vítimas de VRI.

Este trabalho coloca como hipótese principal a condição de que existindo uma colaboração mais próxima entre o perito médico e os Magistrados do Ministério Público e uma articulação entre os instrumentos de trabalho que lhes são comuns, será mais eficaz a prevenção do risco da VRI e mais justo o acesso à Justiça.

Desta forma, propomo-nos realizar um trabalho de investigação que reflecta sobre todas essas realidades, que sirva como instrumento de avaliação de qualidade no trabalho que se vem desenvolvendo neste domínio no Instituto Nacional de Medicina Legal, IP (INML), incluindo Delegações e Gabinetes Médico-Legais (GML), mas também que proponha uma abordagem mais eficaz deste tipo especial de violência, de forma a permitir diagnósticos precoces, mobilização de equipas multi-profissionais no estudo dos casos, veiculação célere de informação a magistrados especialmente consciencializados e preparados para o seu tratamento e, finalmente, que permita proteger, efectivamente, a vítima e a sociedade.

Uma abordagem mais eficaz deste tipo especial de violência parece passar, também, pela criação de um modelo de relatório médico adequado a estes casos, que inclua entre as noções importantes de sofrimento físico e psicológico das vítimas, também uma avaliação pormenorizada da vivência do processo abusivo e, sobretudo, uma avaliação fundamentada do risco de novas ou mais graves formas de violência.

Também a celeridade na circulação de informação entre todos os profissionais que têm de lidar com estes casos parece ser um outro ponto a rever, nomeadamente para dar satisfação

às disposições legais recentemente instituídas pela Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro<sup>4</sup>.

Do ponto de vista processual, o problema a que este trabalho responde é o de construir uma grelha de avaliação dos relatórios de Clínica Médico-Legal, que seja mais pertinente e em clara adequação às expectativas do sistema legal.

Procuraremos então, em primeiro lugar, fazer uma revisão sobre os conceitos de VD e VRI. Tentaremos oferecer uma panorâmica do que tem sido a evolução do conceito de VD em Portugal e de como tal se reflecte na evolução do quadro legal sobre o assunto. Debruçar-nos-emos de forma resumida sobre as orientações do Conselho da Europa respeitantes a esta matéria e apresentaremos uma avaliação comparativa sobre o que alguns dos países da Europa pensam e fazem actualmente no domínio social, político e legal, em relação à VRI.

Num capítulo seguinte abordaremos, sumariamente, as diversas noções de risco e de factores de risco e como a sua presença em casos de VRI pode ser um factor de prognóstico para o futuro da relação e um factor de diagnóstico de situação e de orientação a levar em conta, obrigatoriamente, na tomada de medidas de protecção à vítima. Porque é essencial que esta avaliação da situação seja feita repetidamente e por todos os intervenientes, sejam polícias, médicos, funcionários de serviço social, magistrados, ou outros, verificaremos se essa avaliação de risco consta de forma regular nos relatórios elaborados no âmbito dos casos de Clínica Médico-Legal. Analisaremos, também, a importância da formação específica dos profissionais que trabalham com estes casos.

Referir-nos-emos brevemente, à proposta do INML no tratamento e avaliação dos casos de VRI na avaliação de dano em Direito Penal e na execução de relatórios para envio ao MP. Procuraremos mostrar como funciona, nestes casos, a aplicação informática MedLeg. Net do INML, verificando até que ponto ela se constitui como ajuda adequada ao perito, de forma a conseguir suprir todas as necessidades de avaliação nos casos de VRI.

Numa segunda parte do trabalho desenvolveremos, no plano empírico, dois estudos paralelos que respondem, conjuntamente, ao problema antes enunciado.

Do primeiro constará uma revisão de 224 relatórios de exames de Clínica Médico-Legal em situações de VRI, cerca de metade provenientes da Delegação do Norte do INML e os restantes do GML de Viseu. O principal objectivo será fazer a avaliação dos conteúdos desses relatórios, procurando conhecer as representações que os peritos têm de cada um dos

---

<sup>4</sup> Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro – Artigo 3º. – b) Consagrar os direitos das vítimas, assegurando a sua protecção célere e eficaz.

Artigo 14º - Atribuição do estatuto de vítima.

Artigo 28º - Celeridade processual: 1 – Os processos por crime de violência doméstica têm natureza urgente, ainda que não haja arguidos presos.

capítulos aí considerados no que se aplica à VRI, mas também fazer a comparação entre as duas realidades distintas, não só devido à diferença regional de ambas as instituições, como à diferente formação técnica e profissional dos profissionais envolvidos.

No segundo, faremos a recolha e tratamento de dados de um questionário enviado aos Magistrados do MP que trabalham nos tribunais das áreas correspondentes à área de influência da Delegação do Norte do INML e aos Magistrados do MP que pertencem ao Círculo de Viseu. Procuraremos saber as suas opiniões sobre os relatórios médico-legais que lhes chegam, bem como da sua pertinência e adequação àquilo de que necessitam na produção da prova nos casos de VRI.

No final, esperamos ter a possibilidade de poder demonstrar que uma correcta utilização pelos peritos médicos de um instrumento informático, como a aplicação MedLeg. Net, ainda que possa necessitar de algum tipo de ajustes, poderá vir a satisfazer na totalidade as pretensões dos Magistrados do MP, preenchendo as lacunas que eventualmente existam, nomeadamente no que diz respeito à avaliação do risco. Produzir-se-á assim, um instrumento que se crê possa agilizar a comunicação inter-institucional, vindo a beneficiar o andamento processual nestes casos, que passaram a ser de “natureza urgente”, como consagra o Art. 28º da Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro<sup>5</sup>.

Esperamos, ainda, articular os resultados do estudo empírico com a eventual necessidade de formação dos peritos, de forma a satisfazer o Art. 79º<sup>6</sup> da mesma Lei e as recomendações do *III Plano Contra a Violência*.

---

<sup>5</sup> Ver nota de rodapé 4.

<sup>6</sup> Lei 112/2009 de 16 de Setembro – Artigo 79º - Formação: 2 – Aos profissionais da área da saúde cuja actuação se revele relevante na matéria deve ser ministrada formação sobre violência doméstica, que incluiu a preparação para a detecção precoce dos casos de violência e, sempre que existam indícios reveladores da prática do crime, a sensibilização para a sua denúncia.

4 – Os órgãos da polícia criminal e os técnicos de medicina legal recebem componente formativa específica na área da violência doméstica com vista à prevenção de formas de vitimação secundária, nomeadamente no âmbito da recolha de meios de prova.



## **II. ESTADO DA ARTE**



## **1. QUESTÕES GERAIS SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

### **1.1 DELIMITAÇÃO CONCEPTUAL**

#### **1.1.1 Violência doméstica, violência de género e violência nas relações de intimidade**

Ao iniciar um trabalho de investigação sobre o tema da Violência nas Relações de Intimidade (VRI), parece oportuno começar por definir tal conceito e situá-lo no tema mais amplo da Violência Doméstica (VD), ao mesmo tempo que o comparamos com a Violência de Género (VG). Estes conceitos estão muitas vezes interligados, mas subentende-se das designações que são, em concreto, tipos diferentes de violência.

Não é difícil de entender que VD se refira a toda a violência que se comete no seio da relação familiar em sentido amplo. Compreende qualquer acção ou omissão destinada a prejudicar e pode ser perpetrada por um ou vários elementos da família, contra outros. Atinge sobretudo crianças, mulheres, idosos, pessoas doentes ou com handicaps, parecendo ser todavia, as mulheres, as principais vítimas em todos os grupos sociais.

Como diz T. Beleza, “a expressão «violência doméstica», entrou no léxico jurídico vinda da sociologia anglófona, depois de se ter generalizado na linguagem comum (política, jornalística, académica). É possível que a expressão «violência familiar», fosse uma tradução mais vernácula, mas a língua define-se pelo seu uso, muitas vezes contra os cânones” (2008:281).

Esta forma de violência pode ter por sujeito activo (quem comete a agressão) tanto um homem como uma mulher e como sujeito passivo (vítima), qualquer um dos membros da família ou equiparados. Isto é, descendentes, ascendentes, irmãos, sejam verdadeiros, por adopção ou afinidade, filhos do cônjuge ou do companheiro ou pessoa que por qualquer outra relação se encontre integrada no núcleo familiar. Poderia incluir-se aqui a violência entre cônjuges ou companheiros se, logo à partida, não fosse evidente que nestas relações existe uma especificidade própria, dependente de questões sociais, culturais e políticas, e que tem muito a ver com a detenção do poder. Parece portanto adequado que este tipo de violência, embora possa ser integrado no conceito global de VD tenha um estatuto especial que, pela sua gravidade e frequência, permita um tratamento particular, seja a nível social seja a nível jurídico-penal.

Já a VG, foi um termo criado, no princípio do século XX, para referir, especificamente, a violência contra as mulheres. Foi considerada uma violação dos direitos humanos, cuja natureza priva as vítimas da sua capacidade e do seu direito de gozar das liberdades fundamentais (Conselho da Europa, 2006).

Género, derivando do vocábulo inglês *gender*, deve traduzir-se por “sexo” e evoluiu para uma construção intelectual que serviu para identificar a desigualdade entre ambos os sexos, fundamentada não nas diferenças biológicas de cada um mas nas relações desiguais e hierarquizadas, as quais encontram a sua origem histórica, numa estrutura familiar patriarcal<sup>7</sup>. O conceito faz subentender que existe um sexo “forte”, que detém o poder e que é o agressor, habitualmente o homem e um sexo “fraco”, a vítima, habitualmente a mulher.

Uma das causas para este tipo de violência tem origem na religião e na cultura de muitos povos, onde a mulher continua a ser vista como inferior em relação ao homem<sup>8</sup>, ao qual todas as formas de violência sobre as mulheres são desculpadas<sup>9</sup>. Isto associa-se à ideia de “posse”, muito enraizada ainda nas sociedades, mesmo nas que se consideram progressistas.

Tudo o que referimos implica que pode existir VG sempre que mulheres e homens se encontrem numa relação, seja ela qual for. A VG pode definir-se como *uma discriminação em função do sexo ou do género, que constitui um prejuízo de qualquer natureza decorrente de normas jurídicas, práticas sociais ou comportamentos individuais que é sofrida por uma pessoa em função do sexo ou do género* (Neto, 2009:1). Pode existir no local de trabalho, por exemplo, existe na sociedade em geral e, sem dúvida, está omnipresente no contexto doméstico, ou seja contra as mulheres que são cônjuges, companheiras, namoradas e que é, geralmente, exercida por homens, sendo que são eles quem detém o poder<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, ONU (1993), define violência de género: “*todo o acto de violência baseado na pertença ao sexo feminino que tenha ou possa ter como resultado um dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, inclusive as ameaças de tais actos, a coacção ou privação arbitrária da liberdade, quer sejam praticadas na vida pública quer na vida privada*”.

<sup>8</sup> Na Bíblia, no Livro do Génesis, atribuíam-se a Deus as palavras: “*Não é conveniente que o homem esteja só. Vou dar-lhe uma auxiliar semelhante a ele*”. Assim nasce Eva, criada por Deus a partir de Adão, mas diferente dele, com muito menos valor e a quem, assim que houve oportunidade se atribuiu o “pecado original”. Então, além de inferior, “ela simboliza a sedução, o prazer e o pecado e é considerada culpada pelas desgraças da humanidade” (Nelson & Longfellow, 1996).

<sup>9</sup> Mas também o Corão, livro sagrado do islamismo, faz questão de considerar a mulher um ser inferior, cuja vontade pode bem ser posta, não em segundo, mas em último lugar. Isto, se é que pode manifestar alguma vontade mesmo. Diz que o homem é superior e a mulher lhe deve obediência, como ele deve obedecer a Allah. O homem pode casar com várias mulheres e até com crianças desde que tenham nove anos ou já tenham tido a sua primeira menstruação. Para testemunhar na justiça são precisas duas mulheres e apenas um homem. A poligamia é um direito exclusivo dos homens. O homem pode repudiar a mulher por ser estéril, não cozinhar bem, ter mau humor. A mulher não pode repudiar o homem. As mulheres adúlteras merecem a morte.

<sup>10</sup> *A mulher e a galinha  
pouco devem passear  
a galinha come bichos*

Por outro lado, esta designação não permite incluir os casos de violência entre casais homossexuais.

Parece assim adequado introduzir o conceito de violência nas relações de intimidade (VRI), ligando as ideias de VD e VG, não esquecendo que os géneros são dois mas os tipos de relação de intimidade podem ser mais e, sobretudo, sublinhando a especificidade da relação de conjugalidade.

Já P. Albuquerque, no seu *Comentário do Código Penal* (2008:405), a propósito do Art. 152º, refere que “as vítimas de crime de violência doméstica são, desde logo, o cônjuge e a pessoa (de outro ou do mesmo sexo) com quem o agente mantenha uma relação igual à dos cônjuges, ainda que sem coabitação. A Lei nº 59/2007 de 4 de Setembro prescinde da existência de laços familiares entre a vítima e o agente ao tempo do facto, ao abranger o ex-cônjuge ou pessoa com quem o agente tenha mantido relação análoga à dos cônjuges. Deste modo são incluídas as relações familiares pretéritas.”

A VRI é então uma forma de violência doméstica porque pode acontecer no lar, mas é ao mesmo tempo violência de género, porque, habitualmente, se manifesta contra as mulheres. Só que as mulheres contra quem se exerce são mulheres especiais, são as esposas, as mães dos filhos, as companheiras, as mulheres com quem se pretendeu construir um futuro, se partilharam sonhos e enfim, alguém que, em algum tempo, se amou.

Apesar de no conceito de VRI caber também a violência contra os homens que são maridos, companheiros de facto ou namorados, parece provado<sup>11</sup> que, na maior parte dos casos, ela acontece como uma forma de autodefesa que as mulheres utilizam para, de alguma maneira, se protegerem e evitarem situações mais graves, incluindo o risco de vida para elas ou para os filhos, ou quando o desespero as levou à situação extrema de achar que a única saída é responder à violência com violência (Dobash & Dobash, 2004).

Quanto às relações homossexuais, também nelas se podem encontrar casos de VRI. Segundo Island & Letallier (1990), pode mesmo ser considerada um dos três principais riscos à

---

*a mulher dá que falar*” (Cancioneiro popular)

Assim como a galinha é de capoeira, assim a mulher é da casa. Ambas devem estar fechadas na casa ou na proximidade dela. A mulher que “dá que falar” põe em causa a autoridade do marido, ao fugir-lhe do seu espaço, o espaço onde este é dono e senhor. O espaço da mulher casada é delimitado pelo espaço do homem: para ele as tarefas longe de casa, ele tem como função ligar a sua casa (de que a mulher faz parte) às outras casas, é ele que detém a autoridade, ele é o representante, o responsável da sua casa diante da comunidade. Por isso diz o provérbio “mal vai a casa onde a roca manda mais que a espada” ou “ela manda na casa e nela mando eu” (Joaquim, T., 1983: 26).

<sup>11</sup> Simetria e Assimetria da VD na sua vertente conjugal – “The findings suggest that the intimate partner violence is primarily an asymmetrical problem of men’s violence to women, and women’s violence does not equate to men’s in terms of frequency, severity, consequences and the victim’s sense of safety and well-being”, R. Dobash & R.E. Dobash (2004:324-349).

saúde dos homossexuais, ficando atrás, apenas, da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e do abuso de álcool e drogas. Num estudo recente realizado em Portugal, na Universidade do Minho, chegou-se mesmo à conclusão de que a prevalência da violência neste grupo era superior à violência dos casais heterossexuais. O facto de se manter invisível terá a ver com os diversos “mitos” ligados à homossexualidade e, sobretudo, à homofobia. Como diz C. Machado, uma das autoras do projecto, “a sociedade tende a encarar as relações homossexuais como igualitárias, imunes à violência íntima e a acreditar na suposta facilidade (emocional e financeira) que a vítima teria em abandonar a relação, como se as relações fossem meramente sexuais”<sup>12</sup>.

O facto é que também neste tipo de relação de intimidade um dos protagonistas assume o poder e tenta controlar a relação.

Realçar o conceito de VRI e distingui-lo dos outros é particularmente importante para entender a génese do problema, as razões que levam as pessoas, sejam homens ou mulheres a ter comportamentos violentos com os seus próprios parceiros, bem como saber quem são as vítimas e porque são elas vítimas.

No caso da VRI, a etiologia da violência parece ligar-se à detenção do poder e à necessidade de um dos parceiros assumir esse poder em relação ao outro e, não tanto, à questão do género. Só assim se pode explicar que haja agressores masculinos e vítimas femininas, agressores femininos e vítimas masculinas e, como se tem vindo a reconhecer, violência independente do género nas relações homossexuais.

O que parece mesmo é que quando se inicia uma relação de intimidade, alguém pretende ser o “dono e senhor” do outro. Alguém está na relação para comandar, para controlar e quer que o outro assuma o dever de servir e obedecer. Quando essas diferenças ilógicas e descabidas são postas em causa e essa desigualdade é questionada, a força, a raiva e a violência surgem, para garantir que a mulher “aprenda qual o seu lugar”.

Este facto reconhece-se nas situações de “ex”, seja de ex-cônjuge, ex-companheiro ou ex-namorado, onde se têm criado casos dramáticos de violência, não raro acabando em morte quando um dos protagonistas, não aceitando o fim do relacionamento, às vezes unilateral, quer continuar a impor a sua vontade.

Também é importante fazer esta distinção para facilitar o acesso da vítima à justiça e fazer a sua identificação enquanto detentora daquela qualidade. Esta foi a razão principal das

---

<sup>12</sup> In Jornal Público, 12/07/09.

actuais mudanças legislativas nesta matéria da VD<sup>13</sup>, às quais, a seu tempo, nos referiremos.

Um outro ponto que nos leva a acreditar que é francamente obrigatório identificar todos os casos de VRI e tratá-los de uma forma particular, é que enquanto nos casos de violência em geral as pessoas, apresentem queixa ou não, dificilmente voltam a ser vítimas, pelo menos do mesmo agressor, nestes casos de VRI, as vítimas têm um historial de agressões desde o início da relação e uma tendência a consentirem e até desculparem os maus tratos, mesmo quando crescem em gravidade ou frequência, quando afectam outros membros da família ou a põem em causa. Enquanto, dificilmente, se perdoa uma agressão de um vizinho ou de um desconhecido, tolera-se o abuso pelo companheiro(a), retira-se-lhe importância, perdoa-se e até se esconde o mau trato, tolera-se o agravamento das agressões ou, pior ainda, assume-se a culpa pelo mesmo. É esta, aliás, uma das características deste tipo de violência, o carácter repetitivo e em crescendo das agressões que, por vezes, terminam em morte, o que também a diferencia de outros tipos de violência.

Para além disso, sabe-se que as agressões não param quando aquela vítima parte. A maioria dos agressores abusou ou vai abusar de múltiplos parceiros<sup>14</sup>. Assim sendo, proteger a vítima é importante, mas não é suficiente.

Dizem os especialistas que se trata de um tipo de agressão comparável à tortura, porque os maus-tratos se destinam a lesar a saúde psicológica da mulher, tanto como o seu corpo e muitas vezes, acompanham-se de humilhação e violência física. Tal como com a tortura, os episódios ocorrem de forma imprevisível, tendo pouca relação com o comportamento da mulher. Acrescenta-se, ainda, o carácter oculto das agressões, também como na tortura, bem como a dificuldade da vítima em fazer-se ouvir ou obter ajuda e justiça (Asensio, 2008).

Outro argumento a favor da urgência da detecção da VRI é que ela é uma fonte importante de doença. Sabe-se hoje, que o abuso no relacionamento interpessoal íntimo tem efeitos perniciosos muito marcados na qualidade de vida e na saúde física e emocional das pessoas. À medida que se dá a escalada da violência física e emocional, também se dá, progressivamente, o afundamento psicológico do abusado. Perde-se a auto-estima, crescem profundos sentimentos de medo e insegurança, os quais levam à destruição total da própria pessoa, que muitas vezes acha que o suicídio é a única forma de fugir ao drama.

---

<sup>13</sup> Ver Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro.

<sup>14</sup> “When ending the relationship does not end the violence – Violence Against Women”, Fleury, Sullivan & Bybre (2000).

As famílias sofrem também com a situação, perdendo estabilidade e deixando de ser o local de segurança, nomeadamente para o saudável crescimento de futuras gerações.

Por arrastamento sofre a sociedade no seu todo, porque a produtividade do trabalho fica afectada, porque aumentam as despesas com a saúde e a justiça e porque a perpetuação da violência, que traz mais violência, vem necessariamente agravar a criminalidade em geral, o mau estar e a insegurança social<sup>15</sup>.

Por outro lado, devido à existência de profundas mudanças sócio-culturais, também as relações de intimidade se diversificaram e hoje encontra-se violência aberta e extremamente grave mesmo nas relações de namoro (Berry, 2000).

As razões para este facto parecem ter sido a falta de educação para a cidadania e para a igualdade, que não acompanhou o desenvolvimento progressista das relações de intimidade, nomeadamente no namoro, o que faz com que, apesar de estarmos no século XXI, se continue a assistir ao aumento da prevalência e da incidência de casos de violência neste contexto. Por esta razão parece importante que este tipo de relação seja, também, considerada VRI.

Tem ainda a ver com educação, uma outra preocupação que nos surge ao falar de VRI. Sabendo que todos os comportamentos são “copiáveis” e que a violência é muitas vezes um comportamento “aprendido”, é fácil de entender que as crianças, vivendo num ambiente doméstico violento, assumam que essa é a forma de lidar com os futuros companheiros, e interiorizem, assim, a prática da violência<sup>16</sup>. É a transmissão trans-geracional da violência e, só por este facto, já é imprescindível que se dê novo e particular tratamento à VRI<sup>17</sup>.

Mas então como definiríamos VRI?

Este conceito deve ser entendido como o abuso que ocorre entre duas pessoas que têm ou tiveram uma relação íntima. Essas pessoas serão cônjuges ou companheiros, actuais ou passados e namorados. O sexo dos intervenientes é irrelevante, embora devido às características patriarcais das sociedades em geral, seja muito mais prevalente e preocupante a violência contra as mulheres. Deve, ainda, ser irrelevante a orientação sexual das pessoas envolvidas, isto é, seja o tipo de relação de carácter hetero ou homossexual.

É importante referir que a VRI se pode manifestar uma única vez ou pertencer a um contínuo de maus-tratos<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> “esta forma de violência vulnera la paz, la seguridad y la democracia en Europa”, Noya Ferreiro (2008:206).

<sup>16</sup> “A history of abuse is a major risk for abusing the next generation”, D. Loseck & R. Gelles (1993:339).

<sup>17</sup> Em 2000, um estudo realizado pelo UK Zero Tolerance Charitable Trust, revelou que em 1300 crianças em idade escolar, um em cada três rapazes achava que a violência contra as mulheres era aceitável (Hitting Home Factlife, 2003).

<sup>18</sup> Isto mesmo é reconhecido no Art.152º: *1. Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais:...*

Também é importante considerar que se está perante um caso de VRI, sempre que haja qualquer tipo de abuso: físico, sexual, emocional ou outro.

### 1.1.2. Tipos de Violência nas Relações de Intimidade

O abuso no relacionamento interpessoal íntimo tem efeitos perniciosos muito marcados na qualidade de vida e na saúde física e emocional das vítimas.

A violência física é, em geral, o menor dos males na VRI. É frequente as mulheres dizerem “era preferível que ele me batesse”, ou “as pancadas não doem tanto como as más palavras” ou “se fosse pela bofetada nem cá tinha vindo”.

Então quais os tipos de abuso de que se pode ser vítima e que um profissional de saúde e um perito médico devem levar em conta quando fazem um exame a uma vítima de VRI?

Dentro dos diferentes tipos de violência podem considerar-se os seguintes:

- a) Violência física: uso de força intencional e na maioria dos casos excessiva que pode causar morte, lesões traumáticas, incapacidade ou prejuízos. Inclui, mas não está limitada a, arranhões, empurrões, bofetadas, abandonos, apertões, esganadura, mordidas, puxão de cabelo, murros, arremesso de objectos, uso de objectos contundentes empunhados, queimaduras, uso de arma branca ou de fogo, ou uso de objectos para restringir a mobilidade, ou ainda, uso do tamanho ou da força contra outra pessoa.
- b) Violência sexual: obrigar o parceiro a tomar parte em actos de cariz sexual que ele não deseja e não consente.
- c) Violência emocional ou psicológica (Pence, 1985):

Ameaças: sejam de ordem física, sexual ou psicológica, declaradas ou veladas, incluem o uso de palavras ofensivas, gestos, uso de armas ou outros meios para intimidar ou comunicar a vontade de provocar dano à vítima, aos seus filhos ou familiares, ou aos seus bens e ainda, ameaçar divulgar situações da vida privada da vítima<sup>19</sup>. Muitas vezes são ameaças de suicídio ou de morte à vítima;

Abuso emocional: tratar a mulher de forma condescendente ou depreciativa, levando-a a perder a sua auto-estima, culpando-a pela violência que tem de sofrer, negando que a submete a actos violentos, utilizando as crianças contra ela, dizendo que lhas tira, fazendo-a sentir-se culpada em relação aos filhos, ou usá-los como mensageiros de ameaças;

---

<sup>19</sup> Uma das novas formas de violência entre casais homossexuais é exactamente ameaçar o companheiro de exposição pública da homossexualidade, o “outing”, que o agressor usa para intimidar a vítima (Machado, 2008).

Isolamento: limitando a liberdade de movimentos da vítima, proibindo-a de contactar familiares e amigos, ou apresentando comportamentos de ciúme;

Prejuízo económico: não permitir à mulher que trabalhe, não lhe dando autorização para ter independência económica, retirando-lhe o dinheiro que possui, negando-lhe informação sobre o rendimento da família, controlando-lhe minuciosamente as despesas ou negando-lhe meios de subsistência;

Intimidação: deitar os alimentos no chão, partir ou rasgar coisas, magoar deliberadamente os animais de estimação na frente da mulher, manter armas em casa;

Perseguição<sup>20</sup>: refere-se a telefonemas ou envio de mensagens ameaçadoras ou repetidas para o telefone, correio normal ou electrónico, rondar a casa da vítima ou o seu local de trabalho, aparecer em locais onde a vítima está, fazendo-lhe lembrar que a sua vida diária, as suas atitudes ou comportamentos estão sob vigilância e controlo permanente.

Muitas vezes a VRI começa com abuso emocional (até a entoação da voz pode ser agressiva). Este comportamento progride em geral para a agressão física ou sexual. Muitos tipos de violência podem ocorrer em simultâneo e contribuir para o aparecimento de perturbações graves na saúde física e psíquica das mulheres<sup>21</sup>.

Por vezes, as agressões acabam em morte.

## **1.2. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PORTUGAL E RESPECTIVO QUADRO LEGAL**

A célebre trilogia “Deus, Pátria e Família”, que resumia os valores do Estado Novo para a sociedade portuguesa, condicionou a vida das mulheres em Portugal até à Revolução de 25 de Abril de 1974.

Salazar considerava as mulheres como o pilar da família, primeiras responsáveis pelo bem estar na vida familiar, criação dos filhos, organização da economia doméstica, mas perfeitamente dispensáveis na vida pública e política. O trabalho da mulher fora de casa era

---

<sup>20</sup> Corresponde, em língua inglesa, a “stalking”, termo que ainda não tem tradução literal para português.

<sup>21</sup> Hoje reconhece-se a existência de patologia psiquiátrica grave em mulheres que foram vítimas de abuso ao longo do tempo e que se assemelha à síndrome de stress pós-traumático. Estas mulheres, que se apresentam com baixa auto-estima, sem élan vital, sofrem de ansiedade/depressão, crises de pânico, fobias múltiplas, incapacidade para gerir afectos, incapacidade de concentração, perturbação da memória, dificuldade em lidar com os problemas da vida diária, com o emprego e algumas tentam o suicídio. Um trabalho de investigação recente dá conta de que a VRI, física e sexual combinada, está associada a um aumento de prevalência da infecção por HIV em mulheres na Índia, tendo-se chegado à conclusão de que a prevenção dessas situações pode resultar num aumento do esforço para reduzir a disseminação do HIV/SIDA (Silverman et al. 2008).

considerado negativo, por desagregar o lar e separar os membros da família. Mesmo em profissões onde era tradicional o papel feminino, como eram as enfermeiras e as professoras primárias, eram inúmeros os requisitos a preencher pelas mulheres que pretendiam exercê-las, as quais ficavam ainda mais limitadas nas suas vidas e nas suas liberdades. Como exemplo, precisavam de autorização superior para casar e não podiam fazê-lo com qualquer um, sendo obrigatório que o futuro marido provasse que possuía rendimentos superiores aos auferidos pela noiva, isto é, até o marido tinha de ter aprovação estatal.

No recato do lar, o papel da mulher era o de governar a casa e ser governada pelo marido. Era total a subserviência (em alguns locais as mulheres referiam-se aos homens como “o meu senhor”) e não raro a falta de obediência era severamente punida. A existência de violência nos lares era conhecida, mas o entendimento era que “entre marido e mulher não metas a colher”.

A atitude social e política reflectia-se também no Direito, legislado ou dito nos casos concretos nos tribunais. Desde o “poder de correcção doméstica” pelos maridos sobre as mulheres e os filhos, a aceitação legal da violência como parte do poder marital sobre as mulheres, até à quase impunidade do homicídio da mulher pelo marido se encontrada em flagrante adultério, ou a situação de que o crime de violação pressupunha legalmente a inexistência de casamento, todas aquelas normas tinham apoio em escritos doutrinários e em decisões jurisprudenciais, manifestamente desiguais e indignas (Beleza, 2008). Muitas destas normas só vieram a ser erradicadas pelo Código Penal de 1982, ou pelas suas revisões posteriores.

A Constituição de 1933, estabeleceu pela primeira vez a igualdade dos cidadãos mas, à semelhança da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, sublinhou e salvaguardou, quanto à mulher, “as diferenças resultantes da sua natureza e do bem estar da sua família” (Belo, Alão e Cabral, 1987). Ou seja, não as considerou “desprovidas de razão”, como os franceses, mas de “natureza estranha”, impossível de se considerar cidadã. Pela lei eleitoral do ano seguinte, apenas as mulheres com diploma universitário podiam votar, ou então as viúvas, as separadas ou as com marido ausente, como tal consideradas chefes de família. Então, como se podia pedir aos homens que tratassem bem as suas esposas, sendo elas “criaturas de natureza estranha”? Ao contrário, a maioria aceitava que houvesse, por vezes, necessidade de “domar” essa natureza.

Embora tenham existido desde o início da primeira República movimentos femininos<sup>22</sup>, eram muitas e muito fortes as forças contra as mulheres. Desde logo a dupla imbatível Igreja – Estado, que tinha todo o interesse em manter as mulheres subjugadas, aterrorizadas, castigadas ou então entregues ao “fogo eterno”; depois as sequelas da pseudo-neutralidade portuguesa na 2º Guerra Mundial, escondendo todas as transformações sociais e políticas ocorridas no mundo civilizado, mas não as livrando da fome, da miséria e da tuberculose; por fim, a guerra colonial que fez com que todas as atenções se desviassem para os jovens soldados, para os esforços da guerra, para os lutos e, apesar das suas lágrimas e da sua dor, promovessem o agravamento da situação das mulheres, cujos problemas, tradicionalmente e mesmo na própria forma de elas os encararem, sempre ficam para último.

São os anos sessenta e setenta, as novas tecnologias de comunicação, como a televisão e, porventura, a emigração em massa para a França e a Alemanha, a progressiva consciencialização de que a guerra de África era um erro e a “fuga da tropa” de muitos jovens para países da Europa, que veio trazer uma nova consciência política e social a Portugal. Apesar desse progresso, apesar de haver mais dinheiro, de melhorar a qualidade de vida, as mulheres continuaram a ser maltratadas e passadas para segundo plano, às vezes para segunda família, quando os maridos, por força da emigração, arranjavam outras famílias nos países de acolhimento.

A Revolução de Abril de 1974, veio abrir novos horizontes de liberdade e iniciou-se o processo de transformação do país, passando pelo aparecimento de novas perspectivas para as mulheres. De imediato foram abolidas todas as restrições baseadas no sexo quanto à capacidade eleitoral dos cidadãos (CIDM, 2004)<sup>23</sup>. A Constituição Portuguesa de 1976 estabeleceu a igualdade entre homens e mulheres. Mas faltava a consciencialização da sociedade para a condição feminina. Faltava, logo à partida, a consciencialização das próprias mulheres, muito arreigadas a usos e costumes bem como a aceitação, pelos homens, do conceito de igualdade, já que se é perfeitamente aceitável que as mulheres tenham direito de votar, não é tão imediato o consentir em dividir as simples tarefas domésticas. Sobravam, por outro lado, cinquenta anos de falta de educação e de cidadania a um povo inteiro.

---

<sup>22</sup> Queremos aqui fazer uma especial menção ao Conselho Nacional das Mulheres Portuguesas (CNMP), fundado em 1914, por Adelaide Cabete, que se encontrava federado no Conselho Internacional das Mulheres (International Council of Women). O CNMP durou até 1947 e foi a organização de maior impacto e que mais fez pela emancipação da mulher em Portugal. O seu principal objectivo era promover um melhoramento integral da situação das mulheres e das crianças na sociedade, reunindo pessoas numa base política e ideológica neutra, de forma a não afrontar as ideias do Estado Novo. Realizou vários congressos feministas. Em 1947, organizou uma exposição de mulheres escritoras de todo o mundo e, em consequência, foi extinto.

<sup>23</sup> Esta organização foi englobada em 2007 na Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), que além de integrar a Comissão para a Igualdade e os Direitos das Mulheres, integra também a Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica (criada em 3 de Maio pelo DL nº 164/2007).

A verdade é que a Revolução de Abril poderia ter sido melhor aproveitada pela classe política para consagrar a igualdade para além da liberdade dos cidadãos. Mas também é verdade que era pouca a experiência governativa, era praticamente total o desconhecimento das mulheres portuguesas quanto aos seus direitos, a classe intelectual estava mais interessada no nascimento político e administrativo do país e no estabelecimento das suas relações com o resto do mundo. Sobretudo, era tão grande a vontade de reconstruir um país livre (como se a liberdade não passasse também por igualdade), era tão importante o acesso a outros bens essenciais (paz, pão, trabalho, educação, saúde... como diz a cantiga), que voltaram a adiar a profunda reestruturação de pensamento colectivo sobre a realidade da vida das mulheres em Portugal, que há tanto tempo se impunha. E as mulheres continuaram a “apanhar”, agora porque “abusaste da liberdade que te dei”.

Em 1980, Portugal foi um dos primeiros países do mundo a ratificar a Convenção das Nações Unidas para a *Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres*, adoptada pela Assembleia Geral em 1979.

A criminalização autónoma dos maus-tratos entre cônjuges surge pela primeira vez no nosso ordenamento com o Código Penal de 1982 (no então Art. 153º). Contudo o facto de ser um crime semi-público, que dependia da queixa da vítima e previa a possibilidade de desistência ou perdão, bem como a caducidade do direito de queixa num prazo muito curto, levaram a uma relativa inutilidade do preceito (Beleza, 2008).

Em 1997 foi criada a Comissão da Condição Feminina (CCF). Este organismo estatal passou os dez anos seguintes a estudar a situação da mulher em Portugal, colocando na agenda política interna problemas como o direito da família, os direitos do trabalho, a questão da igualdade no trabalho, no emprego e nas remunerações, os problemas de nacionalidade, da emigração e, criando projectos de informação e educação para a cidadania, implementando o planeamento familiar e tentando forçar mudanças legislativas (Silva, 2002).

Foi preciso esperar mais dez anos, para que a questão da igualdade deixasse de ser vista e tratada como uma questão de justiça social e passasse a ser encarada como uma questão de democracia e direitos humanos. Para isso contou a revisão constitucional de 1997, através do disposto no Art. 9º<sup>24</sup>. Também a revisão penal do ano de 2000, voltou a transformar em crime público os maus-tratos a cônjuges.

Em 1995, a pedido da CCF, realizou-se o primeiro inquérito nacional sobre violência doméstica (Lourenço, Lisboa e Pais, 1997), que veio mostrar a grave situação das mulheres

---

<sup>24</sup> Art. 9º da Constituição da República Portuguesa: h) Promover a Igualdade entre homens e mulheres.

vítimas desse tipo de violência, a sua falta de recursos de defesa e a grande assimetria de comportamentos sociais e usufruto de direitos.

Em 1999 foi aprovado o *I Plano Nacional contra a Violência Doméstica* (PNVD), cujo maior mérito foi dar visibilidade ao fenómeno. Foi seguido em 2003 pelo II PNVD que assumiu as mulheres como principais vítimas de VD<sup>25</sup>. Este Plano era já, mais elaborado e também mais extenso e a sua dinamização ficou a cargo da Comissão para a Igualdade e para os direitos das Mulheres (CIDM). O III PNVD foi aprovado em 2007 e vem promover a cultura para a igualdade e a cidadania e ao mesmo tempo continuar e consolidar as políticas de prevenção e defesa contra a violência doméstica<sup>26</sup>. A estes planos juntaram-se os *Planos para a Igualdade*, que vão já na sua edição número três e, mais recentemente, o *Plano de Combate ao Tráfico de Seres Humanos* (2007), demonstrando a importância que cada vez mais o País concede a esta temática.

Todos estes planos subscrevem uma convicção generalizada da necessidade de uma discriminação positiva no combate à VD contra as mulheres, que tem sido aconselhada por todos os organismos internacionais que se preocupam com esta realidade, e também seguida por todos os países desenvolvidos.

Ainda no campo da legislação, a revisão do Código Penal de 2007<sup>27</sup> veio trazer também mudanças significativas. Logo à partida a nova redacção do Art. 152º, que passou a ter um subtítulo: *Violência Doméstica*. Ou seja, criou-se um outro tipo de crime, cujas vítimas são, desde logo, o cônjuge ou a pessoa (de outro ou mesmo sexo) com quem o agente mantenha, ou tenha mantido, uma relação análoga à dos cônjuges, mesmo que sem coabitação e ainda, o progenitor de descendente comum de 1º grau (que obviamente não tem uma relação idêntica à dos cônjuges). Ou seja, tanto as relações presentes como as pretéritas estão incluídas. Esta modificação da Lei, permitiu incluir os casos de “ex” (ex-cônjuge, ex-companheiro), que não aceitando o fim dos relacionamentos, muitas vezes protagonizam situações dramáticas. Estas situações estavam francamente carecidas de tutela jurídica.

P. Fernandes, na sua apreciação do actual Código Penal e no que concerne à VD, salienta que “se entende como relação análoga à dos cônjuges, aquela que subentende um relacionamento estável, em fluxo simétrico com a relação conjugal, que excluirá do âmbito de

---

<sup>25</sup> “...que a violência sobre as mulheres radica na persistente desigualdade de condições entre as mulheres e os homens, e que muito embora nela sejam também englobadas outras formas de violência sobre as mulheres (assédio, tráfico, etc.), é a violência doméstica que causa o maior número de mortes de mulheres entre os 16 e os 44 anos.” – in “II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica” (2003-2006).

<sup>26</sup> “Em nenhum país do mundo as mulheres são tratadas de forma igual aos homens. A violência surge, pois, como um exercício de poder arbitrário do mais forte sobre o mais fraco.” – in “III Plano Nacional contra a Violência Doméstica” (2007-2010).

<sup>27</sup> Lei nº 59/2007 de 4 de setembro.

previsão da norma, as ligações de natureza afectiva, ou mesmo sexual, meramente fortuitas ou ocasionais”, ou seja, “a estabilidade relacional de afectos e sentimentos e o projecto de vida, que caracterizam *grosso modo* a conjugalidade, hão-de revelar-se, mesmo que em menor grau, no laço afectivo e emocional mantido entre agressor e vítima” (Fernandes, 2008:311). Embora o autor não mencione explicitamente, cabem também nesta descrição, as relações de namoro.

Ainda na apreciação dos vínculos de “quase conjugalidade”, o mesmo autor refere que “inclui-se agora expressamente a *pessoa do mesmo sexo*, o que está em consonância com a nova redacção do nº 3 do artigo 13º da Constituição da República, que veda a discriminação em função da orientação sexual” (id,ibidem:311). Esta visão do legislador denota uma correcta adequação à pluralidade e diversidade das actuais relações familiares e afectivas.

Também a forma como o crime é perpetrado, seja de modo reiterado ou não, foi outra das modificações importantes, assumindo-se que uma conduta isolada já constitui um crime<sup>28</sup>, e isto é muito importante, nomeadamente nas agressões entre namorados.

Relativamente à factualidade típica do crime de VD, continua a exigir-se que seja infligido a outra pessoa um abuso físico ou psíquico, podendo estes consistir nas mais variadas acções ou omissões. Assim, define-se abuso (muitas vezes designado como maus-tratos) como “qualquer conduta ou omissão que inflija sofrimentos físicos ou psíquicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo directo ou indirecto (por meio de ameaças, enganos, coacção ou qualquer outro meio), a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico, ou que, não habitando, seja cônjuge ou companheiro, ex-cônjuge ou ex-companheiro, bem como ascendentes e descendentes” (id,ibidem:304) e ainda outras condutas, que integrando a prática de tipos legais de crime, podem ser incluídas naquela designação, no contexto da VD e que são: a ofensa à integridade física, ameaça, sequestro, coacção, injúria, difamação, devassa da vida privada, violação de correspondência, gravações e fotografias ilícitas, dano, coacção sexual, violação, abuso sexual de menores, homicídio na forma tentada ou consumada.

O facto do nº 1 do Art. 152º incluir a alínea d) “*A pessoa particularmente indefesa, em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que coabite com o agressor*”, embora seja compreensível dentro do conceito de “doméstico” (porquanto ocorre no *domus*) parece, no entanto, deslocada, quando o que se pretende é punir a violência que ocorre na relação de intimidade, ou, como refere T. Beleza, a que é exercida pelos homens sobre as “suas mulheres”, que é a violência tomada como paradigmática da violência

---

<sup>28</sup> “Os maus-tratos podem ser reiterados ou não, tendo a Lei nº 59/2007 decidido a querela jurisprudencial sobre a subsunção ao conceito de maus-tratos de uma conduta isolada (acórdão do STJ de 17/10/1996, in CJ, Acs. Do STJ, IV, 3, 170) (Albuquerque, 2008:405).

doméstica<sup>29</sup>. P. Fernandes considera, no entanto, que “a inclusão daquelas pessoas neste artigo é de aplaudir, pelas razões relativas à carência acrescida de tutela, aqui aplicáveis por maioria de razão” (id,ibidem:312)<sup>30</sup>. Contudo, o Art. 152º-A (*Maus tratos*), poderia resolver esse problema de tutela.

Outra das importantes alterações do art. 152º é a constante do nº 2 “*No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no da vítima é punido com pena de prisão até...*”. O propósito do legislador terá sido o de censurar mais gravemente os casos de VD com vítimas menores ou ocorridos diante delas, por se considerar que os menores são vítimas indirectas dos maus-tratos contra terceiros quando eles têm lugar diante dos menores (Albuquerque, 2008). O legislador terá reconhecido que os menores de idade não só ficam expostos a vitimização, como semelhante atitude é responsável pela transmissão transgeracional da violência. Ainda em relação a este número do artigo, segundo aquele autor, foi objectivo do legislador, uma vez mais, censurar gravemente a VD velada, em que a acção do agressor é favorecida pelo confinamento da vítima ao espaço doméstico e, na maioria dos casos, na ausência de testemunhas (Albuquerque, 2008). Estes factos devem obrigar a uma intervenção pró-activa, seja da polícia, dos magistrados e mesmo do pessoal de saúde.

Este artigo veio introduzir outras alterações igualmente importantes, nomeadamente penas acessórias, como a de proibição de contacto do agressor com a vítima, proibição de uso e porte de arma ou a obrigação de frequência de programas específicos de prevenção de violência doméstica. O agressor pode, ainda, ser obrigado a afastar-se do domicílio ou do local de trabalho da vítima.

Também aqui o legislador poderia ter ido mais longe e ter preconizado a obrigatoriedade do agressor de abandonar o domicílio, como medida preventiva em situação de risco grave, como é, aliás, comum em muitos outros países da Europa.

---

<sup>29</sup> “O actual art. 152º do Código Penal adoptou a epígrafe “violência doméstica” embora nem todas as situações abrangidas pelo artigo digam respeito a pessoas entre as quais existe uma relação familiar em sentido técnico-jurídico. Mas também é verdade que nem tudo o que está tipificado nesse preceito envolve relações domésticas, isto é, em que exista coabitação, vida na mesma casa (domus).

A verdade é que por razões de prevalência estatística, mas também por visibilidade acrescida em função dos movimentos sociais e da investigação académica, a violência exercida por homens contra as suas mulheres, é correctamente tomada como paradigma da VD e o texto actual do 152º, embora abrangia, evidentemente, casos não coincidentes com esta descrição prototípica, está claramente pensado e foi obviamente redigido, tendo como alvo privilegiado as mulheres vítimas de violência por parte dos seus maridos ou companheiros, actuais ou passados” (Beleza, 2008:282).

<sup>30</sup> Refere-se aquele autor ao *III Plano Contra a Violência Doméstica*, que reconhece que “apesar da violência doméstica atingir igualmente crianças, idosos, pessoas dependentes e pessoas com deficiência, a realidade comprova que as mulheres continuam a ser o grupo onde se verifica a maior parte das situações de violência doméstica, que neste contexto se assume como uma questão de violência de género” (III PCVD, 2007/2010:6,7).

Algumas críticas nos surgem, no entanto, quase de imediato e têm que ver, não só com a falta de verdadeiras medidas preventivas de nova e mais grave violência, nomeadamente no afastamento compulsivo e imediato do agressor, mas também com a inexistência ou insuficiência de coisas tão simples como “meios electrónicos de vigilância à distância em tempo real”<sup>31</sup> que possibilitem o controlo do arguido, ou a insuficiência de programas de reabilitação para arguidos de VD.

Deve ser realçado que “no crime de violência doméstica, a notificação do arguido, tem o dom de despoletar um agravamento da conduta delituosa e de potenciar comportamentos de extrema agressividade na tentativa de controlo sobre a vítima e testemunhas” (Fernandes, 2008:329). Ora, parece que, nestas situações, os direitos do arguido (pela lei, sempre presumível inocente) foram sobrevalorizados em relação aos da vítima que “corre perigo” apenas por ser vítima de VD, a qual fica, assim, ainda mais exposta e desamparada<sup>32</sup>. É que, apesar de o Artº 30º da lei nº112/2009, vir facilitar a detenção do arguido, tanto no caso de flagrante delito, como fora de flagrante delito, ainda continua a ser mais fácil promover o afastamento da vítima e o seu acolhimento numa casa de abrigo, quando a demora do seu afastamento, pode pôr em risco a sua vida, mesmo sendo fortes os indícios, concretos os perigos e a prisão preventiva admissível. Reconhecendo, embora, que tornar desconhecido o paradeiro da vítima é, muitas vezes a medida mais adequada, continua a parecer injusto que tenha ela de ser, ainda, mais penalizada!

Uma das medidas propostas para tratamento do processo de VD poderá ser a chamada “suspensão provisória do processo”. Esta medida consiste na suspensão do processo desde que o arguido aceite frequentar um programa de reinserção e reabilitação e desde que tal seja

---

<sup>31</sup> A partir de Novembro de 2009 o Governo disponibilizou 50 pulseiras electrónicas para serem usadas em projecto piloto em quinze comarcas do norte e centro do País, em casos de VD. A nova ferramenta vai ser aplicada no âmbito de um programa experimental (2009-2010) e consiste na atribuição de pulseira electrónica ao agressor e de dois equipamentos à vítima: um pequeno *pager* que deve trazer sempre consigo e uma unidade de monitorização instalada na sua residência. Este dispositivo, se detecta a aproximação da pulseira electrónica, emite um sinal para o *pager* e alerta a DGRS, que avisa de imediato a GNR ou a PSP. (Elza Pais, Secretária de Estado da Igualdade em entrevista à Antena 1 (25/11/09- 13:18).

<sup>32</sup> Não obstante, tem havido um esforço legislativo no sentido de reforçar a protecção da vítima de crime de VD. Veja-se, a propósito, o novo regime de detenção *fora de flagrante delito*, previsto na recente lei que consagra o regime jurídico aplicável à prevenção da VD, à protecção e à assistência às suas vítimas (Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro). Este diploma prevê um regime específico de detenção em flagrante delito para os crimes de VD que é mais abrangente que o do regime geral definido no CPP. Para além do fundamento previsto no nº 1 do art. 257º do CPP (“quando houver fundadas razões para considerar que o visado se não apresentaria espontaneamente perante a autoridade judiciária no prazo que lhe fosse fixado”), a detenção fora de flagrante delito pode ser efectuada por mandado do Juiz ou do Ministério Público, se houver perigo de continuação da actividade criminosa, ou se tal se mostrar imprescindível à protecção da vítima. Os casos em que as autoridades da polícia criminal podem ordenar a detenção fora de flagrante delito, por iniciativa própria, são também alargados. Assim, para além das situações previstas no CPP, em caso de crime de VD, as autoridades policiais podem efectuar a detenção fora de flagrante delito sempre que houver perigo de continuação de actividade criminosa ou se tal se mostrar imprescindível à protecção da vítima e não for possível, dada a situação de urgência e de perigo na demora, esperar pela intervenção da autoridade judiciária.

requerido pela vítima. P. Fernandes considera este “um instrumento evoluído e otimizado para aplicação no âmbito da VD” (2008:325). Ficam-nos contudo muitas dúvidas. Logo à partida, constata-se a quase inexistência de centros de tratamento, seja para aplicar programas específicos de educação e prevenção da violência, seja para tratar dependências (álcool, estupefacientes ou jogo), tão persistentemente ligadas às condutas maltratantes. Depois, segue-se a falta de estudos de avaliação desse tipo de tratamentos em termos de comportamentos futuros e de redução efectiva da VD. Mas ainda nos preocupa mais que um dos requisitos para que esta medida se possa tomar é que ela seja “a requerimento livre e esclarecido da vítima”. Deve presumir-se que a mulher, que foi barbaramente tratada, tem liberdade real de decisão sobre a responsabilidade criminal do agressor? Será que ela tem liberdade efectiva de decisão, até apenas de apresentar queixa? É legítimo duvidar dessa presunção. A mulher não conhece as leis, não conhece as molduras penais, não conhece os meandros, tudo o que sabe é que não quer continuar a ser vítima. Mas, se o marido “mudar”, passar a ser uma pessoa justa e cordial, ela está disposta a tudo perdoar e esquecer, em nome do amor, dos filhos, do passado comum. Enfim, ela não quer “processos” em justiça, ir a tribunal, sair de casa, colocar em risco a família e o emprego. Ela só quer que as “coisas” voltem a ser pacíficas. Não quer que o companheiro seja condenado, não quer que nenhum mal lhe aconteça, não quer que ele seja preso. Só quer que ele passe a ser “uma boa pessoa”. E então, será que esta mulher tem liberdade efectiva de decisão? Parece-nos que não. O legislador acabou de admitir que a seriedade da violência no contexto da relação de intimidade e a dificuldade em a impedir, implicou a necessidade de não só a transformar em crime, como torná-la um crime público. Então, como é que se pode deixar nas mãos da mulher a decisão sobre a penalização do agressor e o futuro da relação? A ser assim, as vítimas devem exigir aos Magistrados que lhes garantam que transformaram o seu agressor numa “boa pessoa”.

Por fim, as medidas penais introduzidas não prevêm qualquer articulação com o regime jurídico civil, de família, menor ou trabalho e também não prevêm qualquer coordenação com as demais políticas públicas de apoio social, trabalho, saúde, educação e cultura (Fernandes, 2008).

Recentemente publicada, a Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro veio estabelecer o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à protecção e à assistência das suas vítimas. A sua mais importante medida é a atribuição do estatuto de vítima, cuja obtenção

depende apenas da apresentação de queixa e que pode ser atribuído pelas autoridades judiciárias ou pelos órgãos de polícia criminal<sup>33</sup>.

Considera-se, no âmbito da VD, “*vítima*” a pessoa singular que sofreu um dano, nomeadamente um atentado à sua integridade física ou mental, um dano moral, ou uma perda material, directamente causada por acção ou omissão, no âmbito do crime de violência doméstica, previsto no artigo 152º do Código Penal”. Considera-se “*Vítima especialmente vulnerável*” a vítima cuja especial fragilidade resulte, nomeadamente, da sua diminuta ou avançada idade, do seu estado de saúde, ou do facto de o tipo, o grau e a duração da vitimização haver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social”<sup>34</sup>.

Os principais objectivos desta lei dividem-se entre educação para a cidadania, a consagração dos direitos das vítimas de forma a assegurar a sua protecção célere e eficaz, a criação de medidas para prevenir, evitar e punir a violência, criar serviços destinados a assegurar tais medidas, tornando-os rápidos e convincentes e assegurar a aplicação de medidas de coacção e de reacção adequadas aos autores do crime de VD<sup>35</sup>.

Todas as vítimas, independentemente da ascendência, nacionalidade, condição social, sexo, etnia, língua, idade, religião, deficiência, convicções políticas ou ideológicas, orientação sexual, cultura e nível educacional gozam dos direitos fundamentais inerentes à dignidade da pessoa humana, sendo-lhe assegurada a igualdade de oportunidades para viver sem violência e preservar a sua saúde física e mental<sup>36</sup>.

As vítimas têm direito a um nível adequado de protecção, sempre que as autoridades competentes considerem que existe uma ameaça séria<sup>37</sup>. Têm ainda direito a dispor de atendimento psicológico ou psiquiátrico adequado por profissionais habilitados à despistagem e terapia dos efeitos associados ao crime de VD<sup>38</sup>. Também têm direito a consulta jurídica a efectuar de forma célere por advogado, bem como a rápida concessão de apoio judiciário<sup>39</sup>.

Os processos por crime de VD têm natureza urgente, ainda que não haja arguidos presos<sup>40</sup>.

A detenção do agressor pode ser feita em caso de flagrante delito e mantém-se até o detido ser apresentado a julgamento. Pode acontecer fora de flagrante delito, por mandado do

---

<sup>33</sup> Art. 14º da Lei nº 112/09 de 16 de Setembro - Atribuição do estatuto de vítima.

<sup>34</sup> Art. 2º – Definições.

<sup>35</sup> Capítulo II- Finalidades, art. 3º.

<sup>36</sup> Capítulo III, art. 5º - Princípio da Igualdade.

<sup>37</sup> Art.20º - Direito à Protecção.

<sup>38</sup> Art. 22º - Condições de prevenção de vitimação secundária.

<sup>39</sup> Lei nº 112/09- art.25º - Acesso ao direito.

<sup>40</sup> Lei nº 112/09 – art. 28º - Celeridade processual.

juiz ou do MP, se houver perigo de continuação da actividade criminosa, ou se tal se mostrar imprescindível à protecção da vítima. Pode ainda ser ordenada pelas autoridades policiais, por sua própria iniciativa e fora de flagrante delito, se acontecer qualquer um dos casos anteriormente descritos ou se não for possível, dada a situação de urgência, esperar por uma decisão da autoridade judiciária<sup>41</sup>. Ao detido podem ser impostas medidas de coacção urgentes, que vão desde a entrega de armas até à obrigatoriedade de sair da residência onde o crime tenha sido cometido, ou o impedimento de contactar com a vítima, mesmo que esta tenha abandonado a residência por questões de segurança<sup>42</sup>.

O Estado deve promover a implementação de programas para tratamento dos autores dos crimes de VD, nomeadamente com vista à suspensão das penas de prisão<sup>43</sup>.

A Educação para a Cidadania é outra das linhas mestras desta Lei<sup>44</sup>. O Estado deve definir e promover a criação de projectos curriculares para a educação nos ensinamentos pré-escolar, básico e secundário, de forma a garantir a prevenção da VD, a promover o seu reconhecimento e a ajudar a uma boa relação entre gerações. Também a sensibilização da população em geral para aqueles factos e das potenciais vítimas em particular, é outro dos objectivos. No campo da Formação, é reconhecida a necessidade de promover uma formação específica a: (1) professores para que possam inculcar nos seus alunos o respeito pelos direitos e liberdades fundamentais, pela igualdade entre homens e mulheres e pela resolução pacífica de conflitos; (2) profissionais da área da saúde, para que possam reconhecer precocemente, denunciar e tratar os casos de VD; (3) magistrados, para que possam adquirir conhecimentos e sensibilidade específica para estas situações; (4) órgãos da polícia criminal e técnicos de medicina legal, com vista à identificação de situações de risco e à prevenção de formas de vitimação secundária, nomeadamente no âmbito da recolha de meios de prova.

Apesar das grandes modificações preconizadas no tratamento legal da VD, falta passar à prática todas as propostas especificadas na Lei. De qualquer modo, parece-nos importante que tenha sido reconhecido, como recomendado pelo III PNCVD, que as mulheres continuam a ser as principais vítimas e os homens os principais agressores. Por este motivo e concordando em absoluto com a redacção do III Plano, continuamos a pensar que é necessário tratar de

---

<sup>41</sup> Lei nº 112/09 – art. 30º - Detenção.

<sup>42</sup> Lei nº 112/09 – art.31º - Medidas de coacção urgentes.

<sup>43</sup> Lei nº 112/09 – Medidas de apoio à reinserção do agente.

<sup>44</sup> Lei nº 112/09 – Capítulo VI – Educação para a cidadania.

forma diferente o que é diferente e que só teríamos a ganhar em fazer a necessária distinção entre VD e VRI.<sup>45</sup>

### 1.3. SITUAÇÃO LEGISLATIVA E SOCIAL EM ALGUNS DOS PAÍSES DA EUROPA

A luta contra a violência nas relações de intimidade, às vezes referida como violência conjugal<sup>46</sup>, constitui uma preocupação comum a todos os países europeus e tem suscitado reformas legislativas na maior parte deles, no decurso dos últimos anos. Para isso contribuiu decisivamente o facto político de a Europa ser hoje uma comunidade unida por ideais democráticos de liberdade e igualdade entre todos os seus cidadãos. O Conselho da Europa (constituído pelos 47 países europeus que assinaram e ratificaram a Convenção Europeia dos Direitos do Homem) tem sido o elemento promotor daqueles ideais e, para além de ter reconhecido o gravíssimo problema de violação de direitos humanos que é a violência contra as mulheres, tem forçado os Estados membros a reconhecê-lo, aconselhando-os a estudá-lo nos seus respectivos países, e aconselhando a aplicação de medidas destinadas a erradicá-lo de forma enérgica e premente, sob pena de ser posta em causa a paz e a democracia na Europa.

Aos estados membros foi então recomendado que<sup>47</sup>:

- a) Revissem as suas legislações de forma a garantir às mulheres o reconhecimento, o gozo, o exercício e a protecção dos seus direitos de pessoa humana e das suas liberdades fundamentais.
- b) Reconhecessem a obrigação do Estado de actuar com a máxima diligência no sentido de prevenir, investigar e punir os actos de violência contra as mulheres, bem como de as proteger, seja reformulando códigos legais, seja criando estruturas de apoio e suporte.
- c) Reconhecessem que a violência dos homens contra as mulheres é um problema estrutural da sociedade, que urge eliminar, pela educação e responsabilização

---

<sup>45</sup> “ A Violência Doméstica identifica vários sub-universos de pessoas vítimas, coabitantes ou não, sejam adultas ou crianças, do sexo masculino ou feminino. Os paradigmas feministas ancorados na luta e nas experiências das mulheres maltratadas apelam à necessidade de tratar de forma diferente o que é diferente. O padrão de comportamentos abusivos, através do qual o agressor pretende controlar e exercer poder sobre a vítima que com ele coabita ou não, diverge na sua dimensão teórica e prática conforme estejamos perante vítimas adultas ou menores, do sexo feminino ou do sexo masculino. Contudo, as mulheres continuam a ser o grupo onde se verifica a maior parte de situações de VD” – III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010: 6,7).

<sup>46</sup> A expressão “violência conjugal” é utilizada para qualificar as violências no seio do casal, independentemente do seu estatuto jurídico.

<sup>47</sup> Conselho da Europa: Recomendações Rec (2002)5 do Comité de Ministros aos Estados membros sobre a protecção das mulheres contra a violência.

daqueles.

- d) Promovessem a investigação do problema e criassem redes internacionais de bases de dados.
- e) Promovessem programas de educação e intervenção nas suas comunidades, criando serviços de apoio e tratamento das vítimas, criando centros de investigação sobre a questão da igualdade entre as mulheres e os homens e promovendo a formação especial de profissionais destinados a lidar com este tipo de vítimas.
- f) Instituísem um plano de acção nacional que, à luz das circunstâncias e preferências nacionais, pudesse aplicar as anteriores medidas e dele fossem dando conta ao Conselho.

Desde então, em todos os países, nomeadamente nos que pertencem à União Europeia (EU), se têm tomado medidas extremamente variadas para lutar contra a violência doméstica nas relações de intimidade, entre as quais: (1) reformulação dos Códigos Penal e Civil; (2) informação ao grande público; (3) criação de unidades especializadas na polícia para protecção policial às vítimas; (4) desenvolvimento de redes de casas de acolhimento; (5) formação específica de profissionais que lidam com estes casos, nomeadamente magistrados, polícias, médicos e profissionais de serviço social; (6) cooperação entre as várias administrações implicadas, etc.

Daremos conta, de seguida, das ideias que regem o assunto em alguns dos países da UE, bem como das principais medidas que têm tomado para lutar contra este tipo de violência.

Os critérios de selecção dos países que se referem foram cumulativamente os seguintes: (1) a diversidade de medidas legais que enfocam as formas de tratar a VRI e (2) o acesso a dados fidedignos e recentes.

### **1.3.1 Espanha**

Em Espanha a forma de ver e tratar o problema da VD difere, desde logo, na legislação central do Estado e depois na legislação das regiões autónomas (Noya Ferreiro, 2008). Para o governo central a VD é a que se exerce no contexto doméstico, sejam quais forem os sujeitos agressores e os agredidos, enquanto a que é cometida por um homem sobre a mulher com quem mantém ou manteve uma relação conjugal ou similar à conjugal, se denomina de Violência de Género (VG) (*Ley Orgánica 1/2004*<sup>48</sup>). Ou seja, se um filho bater na mãe, isso é

---

<sup>48</sup> Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género: o Artº. 1 establece o âmbito de aplicación: “actuar contra la violencia que, como manifestación de discriminación, la

VD, se o marido bater na mulher é VG. Mas se a mulher bater no marido isso também é VD. Ou seja, consideram que quando um homem bate na mulher, é sempre uma questão de género (Gomez Villora, 2009). Contudo, as penas podem ser mais severas se houver qualquer tipo de relação íntima entre a vítima e o agressor.

Já a *Ley Gallega para la Prevención y el Tratamiento Integral de la Violencia de Género, Ley 11/2007 de 27 de Julio*, por exemplo, estabelece como seu âmbito de aplicação toda a violência praticada por homens sobre mulheres, seja na vida familiar ou privada, seja na vida pública<sup>49</sup>. Isto é, não se centra sobre a relação de afectividade, como faz a lei estatal, mas sobre a situação de desigualdade (Asensio, 2008). Assim, os Galegos incluem na violência de género a violência física, psicológica, económica, sexual, o assédio sexual, o tráfico de mulheres e meninas com finalidade de exploração e qualquer outra forma de violência mencionada nos tratados internacionais que lese ou seja susceptível de lesar a dignidade, a integridade ou a liberdade das mulheres. O mesmo se passa em muitas outras Comunidades Autónomas<sup>50</sup>.

Esta forma de encarar o problema tem a ver com a consciência que se vem tendo, desde há alguns anos, da gravidade do problema do abuso às mulheres em todas as situações das suas vidas e, muito particularmente, dentro do lar, bem como da necessidade de a travar. O governo central entende que é tão grande o volume de agressões contra as mulheres, pelos seus cônjuges, companheiros e afins, que se deve considerar desprezível o número de agressões sofridas pelos homens às mãos das suas mulheres, companheiras e afins.

Foi essa gravidade que levou o governo central a concluir, inclusivamente, que apesar dos passos legislativos dados no sentido de estabelecer a igualdade entre homens e mulheres terem sido decisivos para promover essa igualdade, se tinham, os mesmos, mostrado insuficientes, sendo necessário não só reforçar a actuação do poder público como dar maior relevância aos direitos das vítimas, mesmo correndo o risco de se estar a tomar medidas que

---

*situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia”.*

<sup>49</sup> Ley 11/2007 de 27 de Julio, Ley Gallega para la Prevención y el Tratamiento Integral de la Violencia de Género: los artºs. 1 e 2 disponen: “a los efectos de la presente Ley, se entiende por violencia de género cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda ter como consecuencia un dano físico, sexual o psicológico, incluídas las anenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida privada”.

<sup>50</sup> Ley del Parlamento de la Comunidad Valenciana 9/2003, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres; Ley del Parlamento de Castilla y León 1/2003, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres e Hombres; Ley de Castilla-La Mancha 5/2001, de Prevención de Maus Tratos y de la Protección a las Maltratadas; Ley Foral del Parlamento de Navarra 22/2002, para la Adopción de las Medidas Integrales contra la Violencia Sexista; Ley del Parlamento de Andalucía 13/2007 de Medidas de Prevención y Protección Integrale Contra la Violencia de Género; Ley del Parlamento de Cantabria 1/2004 para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.

pudessem parecer inconstitucionais, ao destinarem-se apenas às mulheres. É o que consagra a *Ley Orgánica 3/2007 para a igualdad efectiva entre homens e mulheres, de 22 de Marzo*:

“A los fines de esta Ley serán criterios generales de actuación de los poderes públicos la adopción de las medidas necesarias para la erradicación de la violencia de género, la violencia familiar y todas las formas de acoso sexual y acoso por razón de sexo”.

Mesmo a forma de tratamento judicial é diferente quando se trata da questão processual: enquanto a competência para a instrução dos processos de VD pertence aos “*Juzgados de Instrucción*”, a competência para a instrução dos processos de violência de género está atribuída aos “*Juzgados de Violencia Sobre la Mujer*” (criados pela *Ley Orgánica 1/2004*) que têm, não só competência penal, mas também de carácter civil.

O processo judicial não depende da apresentação de queixa pela vítima, já que a Constituição obriga a que qualquer cidadão denuncie uma infracção penal, desde que dela tenha conhecimento.

Uma outra preocupação do legislador foi a de garantir que os principais operadores jurídicos envolvidos nestes processos tivessem uma formação específica para tratar destes casos, fossem juristas, causídicos, pessoal de saúde, membros das forças de segurança, ou outros, para que seja assegurada uma defesa eficaz às vítimas de VG. Também os agressores não foram esquecidos, porque se pensa que, para fazer a prevenção de violência no futuro, há que compreender, tratar e educar os agressores e não apenas puni-los.

Peça essencial no articulado da *Ley Orgánica 1/2004* foi, também, a criação das *Unidades de Valoración Forense Integral*, constituídas por um médico forense, um psicólogo e um assistente social, cujo papel seria desenhar protocolos de actuação global e integral nos casos de VG. A informação, criada por aquelas *Unidades*, constitui uma verdadeira prova pericial, que se referirá não só à vítima, nas vertentes física, psicológica e social, como aos menores de idade envolvidos e ao agressor, fornecendo ao juiz tanto o diagnóstico da situação global, como um prognóstico de perigosidade.

Em 2005, entrou em vigor a lei que autoriza o casamento entre pessoas do mesmo sexo. Foi um passo importante na aceitação da homossexualidade mas, sobretudo, na consciencialização das pessoas e dos governos, de que ninguém pode ser discriminado por ter diferentes opções de vida e, como disse Zapatero, “uma sociedade decente é aquela que não humilha os seus membros”<sup>51</sup>. Contudo, em Abril de 2009, registou-se o primeiro caso de morte

---

<sup>51</sup>“Não estamos a legislar para gentes remotas e estranhas. Estamos a ampliar as oportunidades de felicidade dos nossos vizinhos, dos nossos colegas de trabalho, dos nossos amigos e das nossas famílias e, ao mesmo tempo, estamos a construir um país decente. Porque uma sociedade decente é aquela que não humilha os seus membros”, José M. Zapatero, no discurso de aprovação do casamento entre homossexuais no Parlamento de Espanha (Madrid: El País, 30/06/05).

violenta devido a VD entre um casal homossexual, seguido do suicídio do outro. Será que os espanhóis não terão de incluir no seu léxico legal também a noção de VRI?

### 1.3.2 Reino Unido

O Governo do Reino Unido define “Domestic Violence” como: *“Any incident of threatening behaviour, violence or abuse (psychological, physical, sexual, financial or emotional) between adults who are or have been intimate partners or family members, (regardless of gender or sexuality). This includes issues of concern to black and minority ethnic (BME) communities such as so called “honour based violence”, female genital mutilation (FGM) and forced marriage”* (Home Office: Crime & Victims).

Um adulto é definido como alguém maior de dezoito anos. Membros da família são definidos como mãe, pai, filho, filha, irmão, irmã e avós, sejam relacionados directamente ou como colaterais.

Depois, define-se violência contra as mulheres e raparigas como qualquer violência que tem como alvo a mulher, apenas porque é mulher e que inclui dano físico, psicológico ou sexual, tal como na VD, ofensas sexuais, casamentos forçados, “stalking”, crimes de honra, tráfico de mulheres e mutilação genital das mulheres. Incluem também as ameaças e o rapto.

Também para os britânicos não há uma preocupação em distinguir, dentro da VD, a exercida sobre um qualquer membro de uma família, desde que seja adulto, da que se exerce sobre o “par” da relação. A maior preocupação foi abarcar naquele conceito de VD, as situações criadas pelas minorias étnicas, que alegavam o direito de manter verdadeiras barbaridades, como o casamento combinado ou a mutilação genital, baseadas nas suas culturas de origem ou nas tradições ancestrais dos povos de onde provinham.

A verdade é que o intenso fluxo migratório para o Reino Unido, proveniente de todas as partes do mundo, que começou após a queda do império britânico, mas que se acentuou após a segunda guerra mundial, transformou o país num enorme mosaico humano, que é hoje a comunidade britânica. A multiracialidade, e a multiculturalidade social, religiosa e até política, constituem grandes focos de tensão<sup>52</sup>. Por outro lado, a integração dos emigrantes, ainda hoje é

---

<sup>52</sup> Balançando entre as políticas segregacionistas, que evitavam qualquer interacção profunda entre a comunidade nacional e as estrangeiras, até à perspectiva assimilacionista, cujos objectivos, segundo Vermeulen (2001) seriam que as minorias adoptassem a cultura da maioria, considerada superior e moderna, surgem outras teorias, nomeadamente o multiculturalismo. Esta teoria aceita e legítima a especificidade cultural e social das minorias étnicas, acreditando que indivíduos e grupos podem estar plenamente integrados numa sociedade, sem perderem a sua especificidade, atribuindo ao Estado um papel muito importante na construção do modelo, que inclua o

deficiente, não se fez a integração das diversas culturas e as gerações seguintes, já nascidas no país, carecem de uma verdadeira educação para a cidadania. Não só demonstram uma total falta de identidade cultural com os usos e costumes locais, como, por outro lado, já perderam ou adulteraram a do país de origem<sup>53</sup>.

É claro que o peso da VD é enorme sobre todos os pontos de vista [constitui cerca de 16% de todos os crimes violentos no Reino Unido e os custos anuais ascendem a 34 bilhões de euros (Walby, 2004)]<sup>54</sup>. Isso obrigou o governo a levar muito a sério o problema, obrigou a considerar a VD como ofensa criminal, legislar sobre ela e atribuir aos tribunais poderes para punir os agressores.

Em 2004, surgiu a *Domestic Violence, Crime and Victims Act 2004*, que veio constituir-se como uma emenda à *Family Law Act* de 1996. Entre outras coisas reconheceu e incluiu os casais do mesmo sexo e estendeu a lei aos casais que não coabitam ou aos que já coabitaram. Outra das medidas importantes desta lei, foi a de dar à polícia, aos serviços sociais e de educação, ferramentas legais e, sobretudo, poder para intervir na presença de crime de VD, poder para prestar assistência às vítimas e testemunhas, seja com conselhos legais, esquemas de protecção e facilidades de movimentação. Esta lei veio aumentar a protecção, o apoio e os direitos das vítimas e das testemunhas de VD.

Em 2005 o governo instituiu o *Domestic Violence Advisory Group* constituído por polícias, advogados, juizes, assistentes sociais e outros, de forma a assegurar uma supervisão multidisciplinar no tratamento da VD.

---

respeito pela diferença, em simultâneo com a assunção de metas comuns e a salvaguarda das liberdades fundamentais (Taylor, 1998). Esta teoria que foi implantada no Canadá e na Austrália, embora com modelos diferentes, tem sido alvo de críticas violentas. N.Bissoondath, canadiano, pensa que “*o Multiculturalismo é uma espécie de novo apartheid, que cria” canadianos com hífen*”(afro-canadianos, muçulmano-canadianos, sino-canadianos, russo-canadianos, hispano-canadianos, etc.) e não apenas canadianos tendo um efeito oposto ao proclamado oficialmente, afasta as minorias da cultura dominante, levando-as ao ghetto cultural, o que lhes diminui as possibilidades de integração e de sucesso económico e social (1994: 72).

<sup>53</sup>Face às inquietudes e apreensões sobre a manutenção da identidade cultural e práticas religiosas, evidenciadas pela 1ª geração de muçulmanos que chegaram ao RU nos anos 50 e 60 do Sec. XX, o ministro Roy Jenkins, proclamou em 1966 que não estava em causa assimilar os emigrantes e que o RU era uma sociedade plural que se enriquecia favorecendo a diversidade de culturas no seu seio. Foram então criadas linhas de crédito especiais de forma a permitir às autoridades locais financiar programas de aprendizagem e desenvolvimento da sua língua de origem, e para perpetuação das suas tradições e costumes. Tais políticas foram definidas por oposição às atitudes conservadoras da direita que era acusada de racismo para com os emigrantes. Mas em 1989, o mesmo Roy Jenkins, pôs em causa aquela política de multiculturalismo (após a edição do livro de Salman Rushdie – Versículos satânicos, e de toda a polémica por ele levantada) ao considerar que não estava a dar os frutos desejados. Na verdade, os muçulmanos não tinham conseguido fundir a sua cultura e muito menos a sua religião e o multiculturalismo parecia ter sobretudo efeitos perversos (Kepel, 1994). Mesmo assim, Tony Blair em 1997 aprovou a primeira escola primária estadual muçulmana (Giddens, 2000).

<sup>54</sup>Estudo realizado para a UK, Women’s Equality Unit. 1 bilhão foi gasto em investigações criminais e processos legais, 1,3 em unidades de saúde, 0,2 em serviços sociais e 17 bilhões em danos corporais e emocionais. Estudos realizados no RU e na Alemanha revelaram que morrem 2 mulheres por semana e 30 homens por ano em consequência da VD e que esta é a maior causa de morbilidade no mundo inteiro entre mulheres de idades compreendidas entre 19-44 anos, maior que o cancro, acidentes com veículos motorizados ou mesmo com a guerra (Stanko et al., 1998).

Em 2006, foram criados os *Specialist Domestic Violence Courts* (SDVC) que representam uma forma integrada de avaliação dos casos de VD, pela polícia, magistrados, investigadores e serviços que fornecem apoio às vítimas. Os magistrados destes tribunais têm uma formação específica adicional (Home Office, 2004). A própria polícia introduziu novos instrumentos para análise e tratamento dos casos de VD, nomeadamente para avaliação do risco, para prevenir vítimas conhecidas de VD de virem a sofrer novos abusos<sup>55</sup>. Foi mesmo criado um corpo especial de polícia com treino específico para lidar com VD. Este, em colaboração com outras organizações estatais ou voluntárias, tem por função assistir a casos considerados de alto risco de VD<sup>56</sup>.

Também as penas introduzidas nas sucessivas reformas legais, têm vindo a agravar-se no que diz respeito à defesa e protecção da vítima, penalizando o agressor. É o caso da quebra de uma ordem de restrição a um agressor, que pode transformar o comportamento em ofensa criminal e levar a uma pena acessória de cinco anos de prisão efectiva.

Desde Janeiro de 2006, este tipo de medidas estendeu-se também aos casais do mesmo sexo.

Para além de tudo isto, uma agressão comum, no contexto de VD, é considerada uma ofensa, pela qual o agressor pode ser detido, podendo a polícia proceder à detenção sem necessidade de mandato judicial. Por outro lado, qualquer magistrado pode impor uma ordem de restrição, quando delibera sobre ofensas no contexto da VD.

Parece-nos importante realçar a preocupação dos britânicos, com a segurança da família e a prevenção da violência neste espaço. Também a preocupação em englobar todos os tipos de relação conjugal ou afim, assim como dar igual tratamento a agressores e vítimas, independentemente do seu sexo, é de referir. Contudo, continuamos a verificar que o “grosso da coluna”, em termos de vítimas, pertence ao sexo feminino, o que nos leva a concluir que, nem que seja por questões de conhecimento mais profundo do que são as relações humanas e, neste particular, as relações íntimas, se deverá continuar a falar de VRI.

### 1.3.3 Alemanha

Segundo Kury & Smartt (2007), até há poucos anos, na Alemanha era comum a polícia dizer às mulheres que se queixavam de ter sido agredidas pelos maridos, que “não apresentassem queixa”, que “lhes dessem tempo de se acalmarem”, que “tivessem

---

<sup>55</sup> O mais conhecido é o SPECSS (Ver: o capítulo sobre o Risco).

<sup>56</sup> Quando uma tal vítima é identificada, as agências referidas convocam a Multi-Agency Risk Assessment Conference (MARAC), que se propõe encontrar e pôr em prática um efectivo plano de segurança.

paciência...”

A lei administrativa germânica atribuía ao marido o papel de “guardião do lar” e de “supervisor do bem-estar da família”, enquanto a mulher ou esposa era considerada como uma “subordinada” de quem se esperava obediência (*id, ibidem*).

Após a “queda do Muro” e da reunificação das duas Alemanhas, as mudanças sociais, laborais, os movimentos populacionais e as alterações demográficas foram dramáticas e corresponderam a um considerável aumento da VD<sup>57</sup>. Também o conceito primário de família, a *Kernfamilie*, constituído por pai, mãe e filho, se alargou, tal como em muitos outros países com sociedades pós-modernas a: (1) famílias nucleares; (2) famílias monoparentais; (3) famílias com pais solteiros; (4) famílias adoptivas; (5) famílias reorganizadas; (6) famílias recombinadas; (7) famílias multi-inter-geracionais; (8) uniões de facto com filhos.

O campo da VD (*haensliche gewault*) expandiu-se de uma concepção primária de violência no casamento ou nas relações similares, para uma concepção mais abrangente incluindo maus-tratos às crianças e o abuso que mulheres possam exercer sobre parceiros homens, reflectindo esta evolução o princípio da igualdade entre homens e mulheres, a dignidade do indivíduo e o direito à liberdade (Baer & Schweikert, 2001)<sup>58</sup>.

A criação de um *Ministério das Famílias*, mais recentemente designado *Ministério Federal para a Família, Cidadãos Seniores, Mulheres e Jovens*, foi a forma que o governo alemão encontrou para melhor zelar pelos interesses e pela protecção dos direitos da família, idosos, mulheres, crianças e jovens, para os proteger contra a violência física, sexual e pornografia. Surgiram neste âmbito, leis para tratar a VD e, entre outras, leis para proteger mulheres estrangeiras (*Frauen und Auslaender Recht*), especialmente quando trazidas para a Alemanha sob falsos pretextos, relacionados com tráfico de mulheres e lenocínio.

Uma das mais acutilantes medidas introduzidas pelo governo alemão para combater a violência doméstica é a *Platzverweiss* (Lei para a Protecção contra a Violência – 2003), uma ordem de restrição colocada pelo tribunal ou pela polícia ao agressor e que se pode resumir da seguinte maneira:

---

<sup>57</sup> O Ministério Federal para a Família encomendou um trabalho à Universidade de Bielefeld que estudasse os comportamentos e estilos de vida nos estados ocidentais e orientais da Alemanha reunificada, após 1990. Neste estudo levado a cabo em 2004, foram entrevistadas 10264 mulheres, sendo que 250 eram emigrantes estrangeiras provenientes da Turquia e Europa de Leste. Uma amostra mais pequena incluía mulheres institucionalizadas em lares, prisões e algumas prostitutas.

O Estudo de Bielefeld concluiu que existia ligação entre o facto de se ser abusado na idade adulta e se ter sido vítima de abuso físico ou sexual na infância, ou de se ter sido criado em ambiente familiar violento: “*those women who experienced sexual or physical abuse from their own parents, guardians or relatives were three times more likely to be victims of domestic violence in their adult relationships (not necessarily with the same perpetrator) compared with women who did not experienced any violence during their adolescence (13% versus 38%)*.”

Outra das conclusões do estudo foi que das crianças que viviam em ambientes violentos, 57% tornar-se-iam vítimas por terem sido testemunhas de violência parental.

<sup>58</sup> Berliner Interventions Projekt Gegen Haenslich Gewalt.

“*Agressor In muss die häusliche Gemeinschaft verlassen*” ou seja, “quem agride (seja ele ou ela), vai embora.”<sup>59</sup>

Esta medida funciona como um “cartão vermelho” dado ao agressor. Se ele agrediu tem de sair de casa. Estas ordens de restrição incluem retirar as chaves de casa, impedir que se aproxime dela, ou estar obrigado a apresentações regulares na polícia local.

Mas, ainda mais importante, é que uma “ordem civil” como esta, se pode transformar em “penal” se o indivíduo a quebrar. Esta ordem é, inicialmente, de 10 dias, mas a vítima pode apelar ao tribunal pela sua continuação ou alteração<sup>60</sup>.

Também na Alemanha, onde todos os cidadãos são iguais em direitos e deveres, se procura que as leis e as normas sejam aplicadas independentemente do sexo dos protagonistas. Contudo, também na Alemanha, a VD continua a ser, como em qualquer parte do mundo, essencialmente protagonizada por homens que agridem as suas mulheres. Enquanto não houver uma mudança radical nos papéis de mulheres e homens e nos comportamentos da sociedade, enquanto a mulher necessitar de protecção especial para não ser vítima do homem, também naquele país terão de falar em VRI.

### 1.3.4 Áustria

A lei austríaca de 1996 relativa à protecção contra a violência no seio da família<sup>61</sup> é pioneira nas medidas de protecção às vítimas, nomeadamente no que se refere ao afastamento dos agressores. Até hoje parece ser, também, a mais eficaz na protecção das vítimas<sup>62</sup>.

Logo que uma pessoa seja vítima de um “seu próximo”, sendo considerado próximo o cônjuge, o companheiro ou alguém com quem viva uma relação íntima, e lhe tenham sido infligidos maus tratos físicos ou agressões psicológicas, de tal forma que não seja razoável que ambos mantenham a coabitação, a vítima pode solicitar ao tribunal que afaste o agressor. A própria polícia, mesmo sem autorização judicial, pode obrigar o agressor a sair do domicílio. Depois disso, a polícia ainda está obrigada a fazer visitas sucessivas ao domicílio da vítima, durante os três primeiros dias a seguir à agressão e a responder imediatamente no caso de o agressor voltar<sup>63</sup>.

<sup>59</sup> Esta medida foi “copiada” da lei austríaca sobre violência doméstica e protecção das vítimas, de 1996.

<sup>60</sup> A principal objecção a esta medida é de a duração ser apenas de 10 dias, o que não dá à vítima tempo para se reorganizar, nem se pode considerar uma medida de protecção duradoura, como é o mesmo tipo de medidas que, no Reino Unido, podem vigorar durante anos.

<sup>61</sup> Nesta altura, existia na Áustria um Ministério para os Direitos das Mulheres.

<sup>62</sup> Ver nota 63.

<sup>63</sup> Os serviços da polícia têm sido utilizados de forma crescente desde a sua criação em 1997, quando tiveram 1450 solicitações, até 2003 em que registaram 4179 utilizações do artº. 38º da lei. Mais de 90% dos casos foram

Na Áustria a acção da polícia não depende do consentimento da vítima. A polícia é obrigada a afastar o agressor se pensa que a integridade física da vítima está em causa, quer esta o deseje, quer não. Esta ordem é válida por 10 dias, durante os quais a polícia está atenta. O agressor entrega as chaves de casa à polícia e se for encontrado de novo lá dentro, pode ser preso. É evidente que para isto a polícia tem de estar autorizada a entrar de imediato dentro de um domicílio, em caso de emergência. Também está obrigada a iniciar de imediato um processo de investigação do caso. Obviamente não cabe à polícia fornecer apoio à vítima ou conselhos técnicos ou jurídicos. Cabe-lhe, contudo, fazer a ponte com instituições ou serviços médicos, sociais, psicológicos, ou outros, que possam prestar esse serviço.

Dentro destes serviços, também preconizados na lei de 1996, está o “secretariado de intervenção” criado para fornecer apoio jurídico às vítimas, mas também para as acompanhar durante o tempo que elas julguem necessário. É ainda sua competência a sensibilização das forças da ordem para esta problemática, bem como, os programas de reeducação dos autores da violência.

Apesar de o objecto daquela lei ser, nitidamente, a relação de conjugalidade, parece não ser, no entanto suficientemente abrangente, uma vez que lhe falta a referência a outras situações que hoje têm de ser, obrigatoriamente, incluídas, seja o caso dos ex, seja o caso dos namorados, ou ainda, das relações homossexuais.

## ***2. O RISCO E A AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE***

Segundo o Conselho da Europa, a violência contra as mulheres no espaço doméstico constitui a maior causa de morte e invalidez nas mulheres entre os 16 e os 44 anos, ultrapassando o cancro, acidentes de viação e até a guerra<sup>64</sup>. Deve, por isso, a sua erradicação ser considerada uma prioridade para os Estados.

Portugal assumiu o compromisso de implementar todo um conjunto de medidas destinadas a prevenir e eliminar a violência contra as mulheres, consubstanciado através da adopção e implementação de *Planos Nacionais contra a Violência Doméstica* sendo a prevenção das situações de violência doméstica (VD) um dos principais desafios do III Plano

---

solicitados por mulheres. A interdição é respeitada pelo agressor entre 85% e 90% dos casos [Fonte: Les Documents de Travail du Sénat (2005)].

<sup>64</sup> Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, Recomendação 1582 (2002).

(2007-2010)<sup>65</sup>.

O primeiro passo para a prevenção da violência deverá ser o conhecimento do fenómeno, já que não se previne o que não se conhece. Depois, haverá que fazer a sua avaliação e de seguida a gestão de toda a situação. Para esse efeito será necessário que após o reconhecimento da situação de violência, do perigo que comporta para os intervenientes e da existência de risco de agravamento, se procurem factores que possam ajudar a determinar o grau de gravidade dessa violência, bem como da probabilidade de que se mantenha ou se agrave. Da mesma forma será essencial que se informem as vítimas, os órgãos policiais ou judiciais e os profissionais que lidam com as situações, quanto aos resultados daquela avaliação, de maneira a que quem tenha o dever ou o direito de o fazer, possa tomar medidas adequadas à prevenção ou definir prioridades de intervenção.

Importa pois, e antes de mais, distinguir aqueles dois importantes conceitos de perigo e risco.

De uma forma geral, define-se perigo como a propriedade ou capacidade de materiais, equipamentos, métodos e práticas, potencialmente causadora de danos para a saúde, património, ambiente ou combinações destes; é uma condição estática e intrínseca. (Roxo, 2004). Ou seja, o perigo é uma fonte potencial de dano.

Define-se risco como a combinação da probabilidade e do potencial danificador nas condições de uso e/ou exposição, bem como da possível amplitude dos danos físicos e/ou económicos, para as pessoas ou para o ambiente. Ou seja, o risco é um valor estimado que leva em consideração a probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade do mesmo. Avaliação do risco será o processo de medir o risco para a saúde e segurança das pessoas decorrente das circunstâncias em que o perigo ocorre<sup>66</sup>. Ou seja, a noção de risco corresponde à necessidade de lidar com situações de perigo futuro, antecipando a probabilidade de que o perigo atinja pessoas e bens (Roxo, 2004).

Uma outra noção, também importante no estudo do risco para além de perigo ou de *condição perigosa*, é a *perigosidade*. Enquanto a primeira se refere a um risco potencial (por exemplo, e reportando-nos à VD, um homem violento pode tornar-se num marido agressor), a segunda refere-se a um risco efectivo, expressa a exposição efectiva a uma condição perigosa (isto é e utilizando o exemplo anterior, há perigosidade se a mulher desse agressor pretender a separação). Mas, o mesmo perigo pode ter perigosidades diferentes, dependendo das medidas

---

<sup>65</sup> Área Estratégica de Intervenção 2 – Proteger as Vítimas e Prevenir a Revitimização.

<sup>66</sup> Silva, F. (2008). *Prevenção da Violência e Promoção da Segurança; Avaliação e Gestão de Risco*; Curso de Mestrado em Ciências Forenses da Universidade do Porto 2007/2008 (documento policopiado).

de protecção tomadas. No exemplo anterior, a perigosidade aumenta se o homem violento tiver acesso a armas e diminui se a polícia o tiver obrigado a entregá-las<sup>67</sup>.

A avaliação do risco é a determinação do valor qualitativo ou quantitativo do risco relatado numa situação concreta ou numa ameaça reconhecida. É um parâmetro muito importante em qualquer actividade humana e é vital em saúde pública.

A determinação *quantitativa* do risco requer o cálculo de dois dos componentes do risco (R), a magnitude da potencial perda (L= Loss) e a probabilidade, P, de que a perda ocorra. É uma função *f* que pode ter muitas interpretações e muitos modelos, dependendo de como se identificam probabilidades e de como se classificam consequências<sup>68</sup>. A maior dificuldade está em atribuir valores numéricos a conceitos ou palavras, traduzir numericamente acontecimento frequente ou raro, coisa severa ou ligeira. Os cientistas procuram interpretar os riscos unicamente na base de factores objectivos (estatísticas ou probabilidades de acidentes), mas quando se trata de se pronunciarem sobre a gravidade do risco, os elementos objectivos não são suficientes. Há muitos factores que afectam a nossa percepção dos riscos e que condicionam o nosso julgamento. Será a experiência do observador o factor mais importante que permitirá definir níveis para quantificar critérios<sup>69</sup>.

As características do próprio risco constituem também um factor de aceitabilidade do mesmo, isto é, “aceito correr o risco porque o conheço e sei como reduzi-lo”. É o chamado *risco tolerado*, ou seja, foi reduzido a um nível que é aceitável. Esta noção é muito importante nas situações de VD, como se verá adiante, porque permite avaliar a necessidade de protecção e gerir os comportamentos a adoptar, tanto pela vítima como pelas forças policiais.

Também a associação de factores de risco é importante na avaliação do perigo. É do conhecimento geral que hipercolesterolemia, hipertensão e diabetes, são factores de risco de aparecimento de doenças cardiovasculares e que a presença de todas elas, em simultâneo, eleva exponencialmente esse risco, embora, essa presença não seja igual a ocorrência de acidente vascular.

Outra noção igualmente importante é a de *incidente*<sup>70</sup>. Incidentes são acontecimentos perigosos, dos quais não resultam danos, mas que podem indiciar eventual ocorrência de acidentes ou ter potencial para a eles conduzir. Um incidente diplomático, por exemplo, pode levar a uma guerra. Os incidentes são muito importantes na avaliação de violência, porque

---

<sup>67</sup> Ver nota 66.

<sup>68</sup> Risco = Frequência x Consequências.

Risco = Frequência x (dano com perda máxima + probabilidade).

Risco = Níveis de Probabilidade x Níveis de Consequência.

<sup>69</sup> Ver nota 66.

<sup>70</sup> Ver nota 66.

permitem analisar os riscos potenciais. Daí a importância do seu registo e análise.

A identificação dos perigos pressupõe então, um estudo pormenorizado das situações para permitir um cálculo correcto dos riscos. O principal objectivo desse cálculo, ou seja, a quantificação do risco, é fazer a sua gestão. Ela permite prevenir os riscos, informar as pessoas e organizar e aplicar medidas adequadas à sua redução ou extinção.

Em Saúde Pública, avaliação de risco é o processo de quantificar a probabilidade de ocorrência de um efeito nocivo numa determinada pessoa ou população, devida a determinada actividade humana. Para esse efeito, faz-se a determinação e a medida de vários factores, cuja presença ou ausência pode ser responsabilizada pela ocorrência do efeito nocivo. Factor de risco será então qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou manutenção de determinada situação<sup>71</sup>.

## 2.1. AVALIAÇÃO DE RISCO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Vários autores, J. C. Campbell (2004), Labrador, Paz & Velasco (2004), entre outros, têm associado a existência de vários factores com a probabilidade crescente de agravamento da violência e até de ocorrência de homicídio em relações conjugais, ou similares, violentas. Para além disso, em casos de homicídio em vítimas de VD, a investigação realizada tem constatado que uma grande parte de vítimas ou agressores, tinham já tido prévio contacto com a justiça criminal ou com pessoal de serviços de saúde (Sharps & al., 2001), o que levava tais agentes a questionarem-se “poderíamos ter evitado? Quais eram os sinais?”. Também o público e os *media* questionam aquando da ocorrência de tais casos: “porque é que não foi feita qualquer coisa para proteger a vítima?”. A verdade é que, muitas vezes, houve sinais, mas a sua leitura falhou. Outras vezes, não foi possível convencer a vítima de que corria riscos sérios e que deveria proceder a mudanças radicais do seu estilo de vida para se manter viva (Pais, 1998).

Para resolver aquele problema, programas e agências que lidam com vítimas e agressores, como programas de polícia, agências de assistência a vítimas e departamentos de justiça criminal, adoptaram um certo número de mecanismos para identificar situações de alto risco. Estes mecanismos incluem *check-lists*, entrevistas clínicas, instrumentos formais de avaliação e ... intuição do observador, como Campbell frisou em 1995.

Nasceram, então, variadíssimos tipos de questionários, escalas *ad hoc* e *check-lists*

---

<sup>71</sup> Magalhães, T. (2004). *Clínica Médico-Legal*, Textos de Apoio do Curso Superior de Medicina Legal (documento policopiado).

destinados a ser usados pela polícia, magistrados, pessoal da saúde ou pelas próprias vítimas<sup>72</sup> e cujo objectivo é fazer a avaliação das vítimas, agressores e das situações de violência, de forma a predizer a probabilidade de recrudescimento ou mesmo de risco de letalidade<sup>73</sup>, ou seja, fazer a avaliação de risco.

Avaliação de risco pode ser, então, definida como: *The formal application of instruments to assess the likelihood that intimate partner violence will be repeated and escalated. The term is synonymous with dangerousness and encompasses lethality assessment, the use of instruments specifically developed to identify potentially lethal situations* (Roehl & Guertin, 2000: 171).

A investigação tem identificado vários benefícios na aplicação dos instrumentos de avaliação de risco, entre os quais se encontram os seguintes<sup>74</sup>:

- a) Ajudam mulheres e pessoas que trabalham com VD a desenvolver planos de combate mais eficazes e realistas (Campbell, 1986; Roehl & Guertin, 2000; Abrams, Belknap & Melton, 2001).
- b) Ajudam a organizar planos de tratamento de agressores, nomeadamente para escolher quantos ou quais serão mais adequados.<sup>75</sup>
- c) Ajudam o sistema judicial a identificar quais os agressores que necessitam de vigilância mais apertada.
- d) Constituem uma ferramenta a utilizar por formadores em educação contra a violência doméstica.
- e) Fornecem uma linguagem comum sobre risco, partilhável por pessoal de saúde, polícia e magistrados, que tenham que lidar com este tipo de violência.

---

<sup>72</sup> Em Portugal, C. Machado, M. Matos e M. Gonçalves, idealizaram um *Inquérito de Violência conjugal (IVC)*, cujo objectivo foi o despiste da violência nas relações de intimidade. Trata-se de um inquérito de tipo auto-administração, podendo ser utilizado em estudos sociais ligados ao comportamento naquele tipo de relação.

<sup>73</sup> “Some of the instruments/threat assessment methods were created expressly to predict lethality in domestic violence situations, most notably the MOSAIC-20 (Gavin de Beck & Associates) and the Danger Assessment (DA, Campbell, 1986, 1995, 2003). Others were designed to predict the reassault, for instance the SARA (Spousal Abuse Risk Assessment; Kropp et al., 1995; Kropp & Art, 2000), the DVI and the K-SID (Kingston-Screening Inventory for Domestic Violence; Gelles, 1995). Others attempt to predict both reassault and lethality (Navy Risk Assessment and PSI)”.

<sup>74</sup> Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse – Risk Assessment in Domestic Violence, 2004.

<sup>75</sup> Por exemplo, o abuso de álcool aparece em muitas das listas de avaliação de risco; o despiste de problemas de alcoolismo, pode apontar para a necessidade de se tentar uma desintoxicação, juntamente com o tratamento do agressor devido à violência.

## 2.2. FACTORES DE RISCO

Os factores ou marcadores de risco, em VRI, são características que aumentam a probabilidade de agressão. Têm sido estudados ao longo das últimas duas décadas e parece evidente que se relacionam directamente com a vítima, o agressor, o ambiente familiar em que se desenvolve a relação, a sua dinâmica e, ainda, com aspectos de ordem sócio-cultural, como o tipo de educação que as pessoas tiveram, a religião, os mitos e as crenças culturais que, sobretudo, acentuam as diferenças de papéis e reforçam a atribuição do poder<sup>76</sup>. Há depois factores que nitidamente reforçam a violência, embora não possam ser directamente responsabilizados por ela. É o caso do abuso de álcool e uso de drogas como a heroína e a cocaína (Corsi, 1999; Gondolf, 2002<sup>77</sup>; Machado & Gonçalves, 2003). O primeiro, porque funcionando como um desinibidor do sistema nervoso, provoca alterações comportamentais e de percepção, que podem levar a maior grau de violência; as segundas porque, promovendo alterações de percepção da realidade e distúrbios de personalidade podem, também, agravar a violência.

É importante notar que nenhum deles pode ser considerado um factor causal. É a associação entre eles que parece potenciar o risco de aparecimento de violência e é o bom senso do avaliador que poderá permitir um correcto diagnóstico da situação. Pode-se concluir que, quanto mais indicadores estiverem presentes e quanto maior for a sua intensidade, maior se assume ser o risco de homicídio (Hilton, Harris & Rice, 2001).

Os principais factores de risco que se encontram na literatura, como possíveis/prováveis promotores de violência e que facilmente se podem detectar e contabilizar ou avaliar da sua gravidade e possibilidade de associação são:

- a) Os relacionados com a vítima:
  - Género: ser mulher<sup>78</sup>;
  - Vulnerabilidade em termos de idade (muito novas) ou de necessidades<sup>79</sup>;

<sup>76</sup> Violência na família não tem fronteiras culturais, sociais, económicas, religiosas, étnicas, de idade ou género (Lourenço e Carvalho, 2001). A violência é um produto da desigualdade de poder entre membros da família e produto das construções sócio-culturais das relações de género (Saraga, 1996). A pessoa com mais poder abusa da outra com menos poder. Este desequilíbrio relaciona-se com questões de género (Corsi, 1999).

<sup>77</sup> “*The most influential risk marker for reassault was a situational factor identified after program intake: drunkenness. The man’s drunkenness during the follow-up interval made him 31/2 times more likely to reassault his partner than a man who did not get drunk. If the man was drunk nearly every day, he was 16 times more likely to reassault than those who seldom or never drank*” (Gondolf, 2002:171).

<sup>78</sup> Ser Mulher: todos os estudos associados a esta área revelam que a maior parte dos comportamentos de abuso contra as mulheres foram realizados por pessoas próximas a elas, sendo o companheiro o agressor mais frequente (Martinez, 2006). Strauss em 1997 (cta Saunders, 2002) reconhece que os esforços de intervenção (eg. políticas de controlo e de intervenção) devem continuar a dar prioridade às mulheres e às suas necessidades.

<sup>79</sup> Relações violentas em situação de namoro em pré-universitários foram referidas pela primeira vez em 1981 por James Makepeace (Berry, 2000). A violência nas relações amorosas é considerada um importante predictor de

- Perturbação de saúde mental ou física;
- Baixa auto-estima;
- Dificuldade em assumir responsabilidades ou tomar decisões;
- Deterioração das relações interpessoais;
- Níveis de instrução baixos e pouca capacidade para aceder a informação útil;
- Desemprego ou dependência financeira do agressor<sup>80</sup>;
- Alcoolismo ou toxicodependência;
- Abuso de medicação antidepressiva;
- Antecedentes de abuso sofrido ou assistido na família de origem<sup>81</sup>;

b) Os relacionados com o agressor:

- Ser do género masculino e jovem;
- Perturbação de saúde física ou mental (e.g., depressão, *burnout*; perturbação de personalidade);
- Alcoolismo ou toxicodependência<sup>82</sup>;
- Antecedentes de comportamento desviante;
- Personalidade imatura e impulsiva e baixo auto-controlo, baixa tolerância à frustração e grande vulnerabilidade ao stresse<sup>83</sup>;
- Atitude intolerante ou rígida face ao outro ou à relação, pouca capacidade de auto-análise ou introspecção de si próprio<sup>84</sup>;
- Incapacidade para ver que a vítima foi ou esteja a ser abusada;

---

violência conjugal (Hamby, 1998). O grupo que reporta mais e maior grau de violência é o que se situa entre os 19 e os 29 anos (Bachman & Saltzman, 1995).

<sup>80</sup> A probabilidade de ser vítima aumenta quando as mulheres têm níveis de instrução muito baixos, actividades profissionais pouco qualificadas, estão desempregadas ou reformadas, têm rendimentos baixos ou dependem economicamente do marido (Lisboa et al., 2003).

<sup>81</sup> Egeland (1993), Swinford, De Maris, Cernkovich & Giordano (2000), encontraram ligação entre a prática de punição na infância e a perpetração de abuso no relacionamento íntimo na idade adulta e, ao contrário, segundo Conger, Cui, Bryant & Eder (2000) e Robinson (2000), um bom ambiente pode ser um factor de protecção para as mulheres. As mulheres em cuja família de origem não existiam maus tratos, dificilmente os toleram e são as que, de forma mais decisiva, procuram ajuda.

<sup>82</sup> Embora não existam relações de causalidade entre álcool e drogas de abuso e violência na intimidade, é de qualquer modo importante avaliar o consumo dessas substâncias, no intuito de ponderar, uma vez mais, o risco de gravidade acrescida das agressões, visto a violência tender a ser mais frequente ou descontrolada sob o efeito de determinadas substâncias (Corsi, 1999; Machado & Gonçalves, 2003).

<sup>83</sup> O abusador teria baixa auto-estima, dificuldade na comunicação e no auto-controlo dos impulsos, pobres competências sociais, sendo facilmente irritável, com estilo de personalidade agressiva e hostil. Podem manifestar sintomatologia borderline, ansiedade e queixas somáticas (Machado & Gonçalves, 2003; Alberdi & Matas, 2002). As situações mais perigosas surgem quando o agressor não possui nenhum tipo de sentimento negativo em relação às ameaças de agressão ou morte, quando manifesta indiferença se for preso, ou inclusive quando pensa no suicídio após ter realizado as suas ameaças (Acosta, 2001).

<sup>84</sup> Percebe os comportamentos da mulher como se fossem provocações e age em função dessas suposições imaginadas da realidade, projectando sobre a companheira a “culpa” das situações e das agressões. Muitas vezes agride para “educar” e não propriamente para maltratar.

- Existência de exposição a violência intra-familiar durante o desenvolvimento<sup>85</sup>;
  - Desemprego<sup>86</sup> ou situação em que auferir salário inferior à companheira;
  - Baixo nível económico e cultural<sup>87</sup>;
  - Utilização de armas brancas ou de fogo para ameaçar a vítima;
- c) Os relacionados com o contexto familiar:
- Organização familiar vertical e autocrática<sup>88</sup>;
  - Representações da vítima que é considerada como “propriedade” do companheiro<sup>89</sup>;
  - Gravidez indesejada pelo companheiro<sup>90</sup>;
  - Família reconstituída com filhos de outras relações<sup>91</sup>;
  - Família com muitos filhos;
  - Família desestruturada;
  - Relações disfuncionais com vínculos conjugais pouco sólidos, mudança frequente de parceiros, situações anteriores de violência doméstica, etc;
  - Crises familiares: divórcio, morte, separação, etc.<sup>92</sup>
  - Mudanças frequentes de residência ou emigração;
  - Problemas socio-económicos graves como pobreza extrema, falta de habitação condigna, más condições ou instabilidade de trabalho, falta de suporte da família alargada, amigos ou vizinhos, entre outros (Morales, 2000; Magalhães, 2004; Martinez, 2006).

<sup>85</sup> A exposição à violência no ambiente familiar durante o desenvolvimento, parece provocar um contágio transgeracional de violência. A família funciona como um local de aprendizagem de valores, hábitos, usos e costumes e também de violência. Tanto aprendem os agressores como aprendem as vítimas. A violência é encarada de forma natural como um comportamento aceitável (Machado & Gonçalves, 2003). A Teoria da Vinculação, enfatiza o impacto da qualidade das relações significativas, nomeadamente com as figuras parentais e particularmente o impacto das circunstâncias de abuso sofridas durante a infância, na construção dos “modelos interiores dinâmicos”, os quais, por sua vez, interferem no estabelecimento do relacionamento com o companheiro na idade adulta (Paiva & Figueiredo 2003).

<sup>86</sup> “The abuser’s unemployment was the strongest sociodemographic risk factor for intimate partner femicide”(Campbell et al., (2003:1091).

<sup>87</sup> Níveis educacionais e económicos baixos, parecem andar ligados com maior exposição da violência (Machado & Gonçalves, 2003). A violência física parece relacionar-se mais com estatuto social mais baixo, enquanto a violência psicológica, se associa com maior frequência a estatutos sociais mais elevados (Lisboa et al. 2003).

<sup>88</sup> Muita da violência devida a conceitos étnicos e religiosos da família tem a ver com o tipo de filosofia androcêntrica e com o poder tradicional dos homens.

<sup>89</sup> Quando o agressor assume que é o “dono e senhor” e que tem total direito sobre a companheira, inclusive o direito à vida e à morte, aí a situação é grave e a mulher corre sérios riscos.

<sup>90</sup> Quemada & Prieto (2004) encontraram situações de maltrato durante a gravidez em 25% das mulheres.

<sup>91</sup> “Presence of a child of the victim to a previous partner living in the home, increased the risk of femicide” (Campbell et al., 2003:1094).

<sup>92</sup> Separação e divórcio: A separação nas relações abusivas representa um factor de risco elevado para o agravamento da violência já existente na relação (Mahoney et al., 2001; Walker, Logan, Jordan & Campbell, 2004). Acosta (2001) e Alberdi & Matas (2002), concluíram que as mulheres sofrem sérios riscos de mais graves e violentas agressões quando pretendem romper a relação com o divórcio, ou quando iniciam uma outra relação com um outro homem.

Para além destes factores, ainda serão de levar em conta outros, que podem ser considerados marcadores de intensificação do trauma e que têm a ver com o início do abuso, a duração e frequência do mesmo, o grau de violência envolvido e a sua crescente gravidade, o facto de a violência extravasar para o exterior da residência, o facto de existirem menores de idade a assistir ao abuso ou serem eles mesmos novas vítimas, o facto de a vítima ser ameaçada com armas de fogo, ou acontecerem ameaças de morte<sup>93</sup>.

Existem outros factores que têm de ser considerados e que dizem respeito à história do evento presente que traz a vítima a avaliação. Passarão pela obtenção de um relato pormenorizado da ocorrência, um exame físico, psicológico e social, que determinarão a existência, ou não, de outros factores de risco. Entre esses, conta-se o reconhecimento da gravidade e recorrência do abuso (do ponto de vista das circunstâncias) e a gravidade do dano infligido (do ponto de vista físico e psicológico).

A maior parte dos autores pensa que, embora seja difícil avaliar ou prever o futuro de uma relação violenta, aqueles factores devem indicar, a quem deles se ocupa, que se está perante uma situação de perigo. É mesmo sua convicção que o pessoal de saúde pode contribuir, decisivamente, para a protecção destas mulheres, se as questionar sobre os comportamentos de controlo do agressor, a sua situação de emprego, a presença de enteados no lar e a existência de ameaças de morte à mulher (Weiz, Tolman & Saunders, 2000; Sharps, P. W., Koziol-Mclain, J., & Campbell, J.C., 2001; Gondolf, 2002). Ou seja, o que está em causa na avaliação do risco não é prever a violência, mas sim preveni-la.

Seja para serem avaliados pela própria vítima, pela polícia, pelos Magistrados do MP ou pelo pessoal de saúde ou de serviço social, aqueles factores de risco ou de perigo, devem funcionar como uma “luz avisadora”, que pode alertar para a necessidade de se tomarem precauções suplementares, ou mesmo medidas de protecção radicais a uma vítima.

### **2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE RISCO**

A avaliação de risco de VD é um processo muito complexo. Deve notar-se que não existe uma ferramenta perfeita e que não pode existir uma prova irrefutável. Assim sendo, não se deve utilizar apenas um único instrumento de avaliação, bem pelo contrário, deve utilizar-se

---

<sup>93</sup> “Perpetrator’s use of a gun in the worst incident of abuse and previous threat with a weapon, were strongly associated with increased risk of femicide” (Campbell et al., 2003:1090).

toda a informação disponível, desde a avaliação do agressor, à informação da vítima ou de testemunhas, advogados, médicos, registos existentes, etc. (Websdale, 2000). É importante reconhecer que a violência repetida é frequente em situação de VD e que não existem situações como “baixo risco”.

J.C. Campbell (1986) idealizou um pequeno questionário para mulheres vítimas de violência (Danger Assessment - DA), para que elas próprias, possam reconhecer a violência bem como o crescimento em gravidade ou frequência das agressões. As questões simples e fáceis de entender e responder chamam a atenção para a existência de situações que as mulheres conhecem, mas não aliam a sinal de perigo: “ele tem uma arma?”, “alguma vez ameaçou usá-la?”, “alguma vez a obrigou a ter relações sexuais?”, “é um bebedor excessivo?”, “alguma vez foi agredida ou maltratada durante a gravidez?”.

Depois de respondido, as mulheres são convidadas a discutir essa sua e muito própria avaliação de risco com um elemento do serviço de saúde, do serviço social ou com um advogado, de forma a reconhecerem o estado da sua situação e poderem, em conjunto, tomar medidas adequadas.

Em 2004, aquela autora e os seus colaboradores, apresentaram um trabalho de investigação de larga escala em que testaram a eficácia do DA a prever o homicídio em casos de VRI. Como curiosidade, o factor de risco que demonstrou maior potencialidade de indicar risco de homicídio foi o uso, ou ameaça de uso, de uma arma. Essas mulheres corriam um risco 20 vezes maior de ser mortas do que as outras, também sujeitas a abuso. A combinação entre posse de arma pelo agressor e a situação de tentativa da mulher de sair da relação, foi considerado factor de elevadíssimo risco de homicídio. O consumo exagerado de álcool e o uso de drogas pelo abusador eram outro factor de risco sério.

O *British Columbia Institute on Family Violence* (Kropp et al., 1995 e 2000) desenvolveu um instrumento que não pretende ser um teste, mas antes um guia de avaliação, um “set of guidelines”<sup>94</sup> organizado em função do agressor. Foi designado como Spousal Assault Risk Assessment (SARA). É destinado apenas a homens adultos. É composto por 20 itens, agrupados em cinco secções: história criminal, estado psicológico, história do abuso, características do abuso e outras (ex: perseguição, tortura, etc). O SARA envolve o uso de múltiplas fontes de dados: entrevistas com o agressor e as vítimas; medição estandardizada do abuso psicológico e emocional e do uso de álcool e drogas; a revisão de registos preexistentes,

---

<sup>94</sup> ...the SARA is not a test. Its purpose is not to provide absolute or relative measures of risk using cutoff scores or norms but rather to structure and enhance professional judgements. (Dutton & Kropp, 2000: 175).

na polícia, serviços de saúde, registos criminais, outros depoimentos da vítima, etc. O objectivo deste instrumento é obter informação sobre o risco de a pessoa constituir uma ameaça para a família, cônjuge ou outros. Não avalia o estado de uma relação.

O *Metropolitan Police Service of London* instituiu em 2003, um guia para avaliação de risco, sempre que os agentes são chamados para casos de VD. Dividiram-no em duas partes: na primeira fazem a avaliação de risco e na segunda o controlo e prevenção do risco.

Na avaliação de risco (Risk Assessment), definiram seis variáveis, a que chamam SPECSS, cada uma das quais corresponde a uma determinada situação de conflito, a saber:

- a) *Separation* (Separação): vítimas a tentar acabar com uma relação, são frequentemente vítimas de homicídio; muitas vezes os incidentes acontecem quando há disputas sobre as crianças;
- b) *Pregnancy* (Gravidez): a violência começa ou agrava-se durante a gravidez;
- c) *Escalation* (Agravamento): a repetição e o agravamento da violência, significam, na maior parte dos casos, que a situação está a ficar mais séria;
- d) *Cultural Issues and Sensivity* (Aspectos Culturais e Étnicos): a VD pode tomar várias formas consoante o tipo de comunidades e pode envolver situações como por exemplo os “crimes de honra”, em que os homens “lavam com sangue” os comportamentos que reputam de menos próprios das suas mulheres; muitas vezes, é necessário pensar em que tipo de comunidade se está para poder avaliar o risco;
- e) *Stalking* (Perseguição): todas as formas de perseguição seja efectiva ou com telefonemas persistentes, envio de cartas ou e-mails, estão, juntamente com as agressões físicas, ligadas ao aumento de risco de homicídio;
- f) *Sexual Assault* (Agressão Sexual): verificou-se que quem foi submetido a agressão sexual, está sujeito a mais graves agressões; por outro lado, os agressores que foram protagonistas de violações têm maior potencial de se tornarem agressores perigosos.

No controlo e prevenção do risco, é pedido aos polícias que preencham um formulário que se refere a “opções de intervenção”. É o modelo RARA, que permite organizar um plano de segurança para a vítima:

- a) *Remove the Risk* (Remover o Risco): prender o agressor ou tomar medidas restritivas da sua liberdade;
- b) *Avoid the Risk* (Evitar o Risco): realojar a vítima ou arranjar um abrigo em localização que o suspeito não conheça;

- c) *Reduce the Risk* (Reduzir o Risco): usando intervenções em equipa de forma a proteger a vítima e facilitando o acesso aos meios legais;
- d) *Accept the Risk* (Aceitar o Risco): reavaliar o RA Model permanentemente, manter vigilância sobre o caso, accionar as equipas de serviço social e outras, planear eventual necessidade de futuras intervenções, etc.

Em Portugal, a Guarda Nacional Republicana (GNR), aplica um questionário de avaliação de risco a vítimas de violência doméstica sempre que isso é pedido pelas Autoridades Judiciárias ou que pode ser preenchido em fase de inquérito<sup>95</sup>. Este questionário é constituído por duas partes:

#### 1 - Historial de agressão e violência.

Referências anteriores a situações semelhantes da autoria do(a) mesmo(a) suspeito(a) (incluem tipos de violência e suas consequências; apresentação de queixas ou sua retirada; eventual encaminhamento anterior para instituições de apoio; outras intervenções policiais para ocorrências com o mesmo suspeito).

#### 2 - Caracterização

- a) Vítima (constam informações desde as habilitações literárias, aos meios de subsistência, às adicções, à constituição e tipo de agregado familiar, das condições habitacionais, bem como da existência de dependentes).
- b) Denunciado (informação constituída por habilitações literárias, antecedentes pessoais, situação laboral e fontes de rendimento).
- c) Comportamentos do denunciado (referência a hábitos etílicos ou abuso de estupefacientes e características, tipos de comportamento agressivo e a quem se dirige, sítios onde ocorre, agravamento das agressões nos últimos tempos, comportamentos obsessivos, tipos de ofensas físicas/corporais presentes, existência de posse ou utilização de armas).

No final os militares da GNR fazem, também menção às medidas de protecção e de coacção que consideram recomendadas, seja: a) o afastamento do denunciado da residência; b) proibição de contactos com a vítima; c) acolhimento temporário em instituição; d) outra.

Os autores espanhóis Labrador, Paz & Velasco (2004), organizaram, por seu lado, a

---

<sup>95</sup> *Questionário de Avaliação de Risco a Vítimas de Violência Doméstica*, GNR.

listagem do que consideram os mais importantes factores de risco a considerar na avaliação da situação de violência conjugal:

- 1) História de violência conjugal:
  - a) Tipo de violência, duração, frequência e intensidade da mesma;
  - b) Modo como a vítima considera que foi afectada pela situação vivida: consequências sociais, económicas, profissionais, familiares;
  - c) Estratégias de resolução de problemas e resultados obtidos;
  - d) Apoio social com que conta;
- 2) História de abuso na família de origem;
- 3) Existência de risco de suicídio;
- 4) Risco de vida ou grau de perigosidade do agressor: avaliar as características da ameaça através do perfil descritivo do agressor e da dinâmica das agressões, da situação da vítima e das suas estratégias de *coping*;
- 5) Consequências psicológicas do abuso:
  - a) Perturbação de stresse pós-traumático;
  - b) Depressão;
  - c) Baixa auto-estima;
  - d) Adaptação em relação às situações de violência;
  - e) Ansiedade;
  - f) Crenças pós-traumáticas: crenças ou pensamentos desenvolvidos pelas vítimas em relação ao acontecimento traumático, a si mesma e ao mundo que a rodeia;
- 6) Abuso e dependência de substâncias.

Estes instrumentos de tipo *check-list* são aplicáveis à detecção da violência e do risco<sup>96</sup>. O que os distingue é o destinatário. Se uns se destinam às vítimas, outros destinam-se à polícia e outros ao pessoal de saúde ou aos serviços judiciais. O que parece importante é que depois da sinalização dos factores de risco, alguém os avalie no contexto integral da situação: *“It is important to remember that the true goal of the evaluator is to prevent violence, not predict it.*

---

<sup>96</sup> Muitos outros instrumentos de avaliação têm estado a ser utilizados. Topicamente faremos menção de alguns: “Assessing Whether Batterers Will Kill”, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence (1992); “Domestic Violence Inventory-DVI”, “Domestic Violence Screening Instrument- DVSI”, foi desenhado como um instrumento estatístico (2004); “Domestic Violence Mosaic – DV Mosaic”, Gavin de Becker (1998), uma avaliação de ameaça, que é mais um guia de investigação do que um questionário, assistida por computador; “HCR – 20”, Webster, Douglas, Eaves, Hart (1995, 1997), desenhado para estudar o comportamento violento em populações criminais e psiquiátricas; “Judicial Checklist”, desenvolvido pela Judicial Subcommittee of the American Bar Association Commission on Domestic Violence.

*This can only be achieved through sound planning based on a comprehensive and informed risk assessment” (Dutton & Kropp, 2000:179).*

Esta é a razão porque não se pode esquecer que um dos elementos mais importantes na determinação da existência de risco é o presumível agressor, as suas características e comportamentos. Este agressor terá de ser estudado e o resultado desse estudo será tão importante como a avaliação da vítima. O mesmo acontece com todos os outros elementos de prova, eventualmente recolhidos pela polícia, que terão de ser integrados na avaliação do risco.

Qualquer avaliação de risco deve ser usada como um “auxiliar de memória”. É apenas uma ferramenta, que servirá a seu tempo, como mais um indicador, para quem, ao tomar decisões, o possa fazer baseando o raciocínio na existência de problemas concretos num relacionamento.

É claro que só quem experimentou a violência é que pode realmente fazer uma previsão dos riscos que enfrenta e da possibilidade de futura violência<sup>97</sup>. Contudo, a maioria das vítimas sofre, no momento de pedir ajuda, de sentimentos contraditórios de vergonha, culpa, insegurança, medo pelas consequências da denúncia, desorientação em relação ao que deve ou não fazer, que são bastante limitativos na organização racional, tornando difícil uma adequada avaliação e diagnóstico da situação (Labrador, Paz & Velasco, 2004). Por outro lado, o facto de, na maior parte dos casos, não existirem conhecimentos sobre apoios legais ou outros, também limita a possibilidade da vítima em ter uma visão objectiva do seu problema, ou do que será necessário para fazer uma adequada intervenção (Martinez, 2006). Terão de ser, então, os profissionais das forças de segurança, chamados ao local do conflito, os profissionais do serviço social, os médicos e enfermeiros que recebem as pessoas nos serviços de urgência, os peritos médicos dos serviços médico-legais e os Magistrados do MP, a levar em conta a existência de factores de risco de agravamento de violência e proceder à sua avaliação, no sentido de melhor orientar e proteger a vítima. Torna-se portanto, mais legítimo à face dos estudos inventariados, propor que a avaliação do risco seja realizada pelos agentes mediadores entre a vítima e a decisão da Justiça (Dutton & Kropp, 2000). Só desta forma, estes profissionais se mostrarão verdadeiramente proactivos, como se preconiza nas recomendações da ONU.

Também é necessário ter consciência de que “não há nada como um dia atrás do outro” para mudar a forma como as pessoas encaram os problemas, a forma de estar na vida e até a gestão dos afectos. Assim sendo, é necessário ter a noção de que tal como as

---

<sup>97</sup> “Women’s perceptions of safety and the likelihood of reassault (emerged as the) most consistent and strongest risk marker. In fact, the women’s predictions were as useful as all the batterer characteristics combined” (Gondolf, 2002:174).

condições de vida, também o risco não é estático, é dinâmico e daí a necessidade de o avaliar com frequência (Abrams, Belknap & Melton, 2000).

### **3. A QUALIDADE NA ACTIVIDADE PERICIAL NO ÂMBITO DA VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE**

#### **3.1. NOTA INTRODUTÓRIA SOBRE QUALIDADE NA ACTIVIDADE PERICIAL**

A avaliação dos danos na pessoa constitui uma missão pericial complexa. Exige, por parte de quem avalia, um conhecimento profundo da lesão, dos instrumentos da sua produção, do seu mecanismo de actuação e da adequação respectiva. Mas também exige o conhecimento do indivíduo que é “a vítima”, do seu estado de saúde prévio, dos seus antecedentes, dos seus recursos, da forma como encara as lesões ou as suas sequelas e como se prepara para o futuro depois do dano sofrido. Também obriga que, quem avalia, possua uma formação específica com conhecimentos na área do Direito, de forma a poder enquadrar e ajustar as suas observações ao ramo no âmbito do qual foram solicitadas (Penal, Civil ou Trabalho), permitindo assim que se transformem em verdadeiros instrumentos de prova<sup>98</sup>. Esse avaliador especial é o perito.

O perito não é uma testemunha. A testemunha lida com dados que pertencem ao senso comum, é sujeita a captação ocasional por ter presenciado um facto e o seu papel é transmitir o que viu sem apresentar juízos de valor. Já o perito lida com os factos, vai captar dados e tratá-los, apreciar uma realidade segundo uma grelha de conhecimentos que possui e, finalmente, produzir um juízo de valor cientificamente fundado.

Segundo a lei, o juízo proferido pelo perito inerente à prova pericial “*presume-se subtraído à livre apreciação do julgador*”<sup>99</sup>. Este reconhecimento da importância do papel do perito confere uma responsabilidade acrescida na sua actuação que se deve pautar pelo rigor e pela qualidade.

A função do perito, nomeadamente do perito médico é, então, ajudar a procurar e esclarecer a verdade<sup>100</sup>. Para isso, e apesar da garantia da liberdade de desempenho, o facto de

---

<sup>98</sup> Art. 388º do CC – A prova pericial tem por fim a percepção ou apreciação dos factos por meio de peritos, quando sejam necessários conhecimentos especiais, que os julgadores não possuem ou, quando os factos relativos a pessoas, não devam ser objecto de inspecção judicial (ex: exames médicos).

<sup>99</sup> Art. 163º CPP – Valor da Prova Pericial.

<sup>100</sup> Pedro, R. (2007). *Questões Jurídico-Forenses no Domínio da Prova*; Apontamentos do Curso de Mestrado em Ciências Forenses da UP, 2007/2008 (documento policopiado): “Esta *verdade factual* será o instrumento para a realização da justiça. A verdade judicial é a que é atingida no âmbito processual. Deve haver a máxima

ser perito implica deveres, que a lei exige, embora tenha direitos que a mesma lei consagra. O perito nunca é o protagonista, é sim o observador atento, alheado das partes, as quais lhe devem merecer distanciamento analítico e crítico, embora também se lhe exija grande humanidade e sensibilidade. O perito tem o dever da imparcialidade, só é mandatário da ciência. Tem o dever da diligência, de cumprir rigorosamente a sua função utilizando procedimentos que um bom profissional adoptaria. Tem o dever de observância das *legis artis*, seja utilizar metodologia adequada, seja actualizar conhecimentos. Tem o dever do sigilo (que decorre dos códigos deontológicos, das ordens, ou outros)<sup>101</sup>.

*“Uma perícia é um acto técnico, onde se aplicam as regras habituais da arte. Fazer uma perícia é escutar, observar, meditar, compreender e depois explicar para fazer compreender”*(Lucas, 2005: 15).

O objectivo final da perícia é a produção da prova. Segundo M. Seiça<sup>102</sup>, a prova desempenha um papel central no Direito Penal. Decorre por ela o essencial da investigação e dela depende o resultado do processo. Mas prova em Direito não é a prova dos factos, porque os factos “vivem-se” e não podem ser repetidos (como se faz com as experiências científicas); logo, o que é preciso provar é a veracidade da proposição. Para isso se chamam os peritos, para que respondam se a lesão é adequada ao instrumento que foi proposto, se a doença requereu os dias indicados, se as sequelas se adequam à lesão, se o dano é o que se arroga, se a história que se conta tem veracidade.

Um outro factor tão importante como a função do perito é o resultado dessa função, ou seja, a perícia e, por arrasto, a forma de comunicar os resultados, ou seja, o relatório pericial. E este é, desde logo, um produto que alguém solicitou, que se vai transformar numa prova cujo objectivo será servir a Justiça e que, por isso, tem de ser um produto de qualidade.

Cabe então aqui uma breve reflexão sobre Qualidade.

Considera-se que Qualidade é “uma filosofia de gestão que permite uma maior eficácia e eficiência dos serviços, a desburocratização e simplificação dos processos e procedimentos e a satisfação das necessidades implícitas e explícitas dos cidadãos” (SMA, 1993). Quer isto dizer que, mais que uma forma de gestão ela é uma cultura, a qual deve ser implementada e

---

coincidência possível entre verdade judicial e verdade factual. Contudo a verdade é sempre relativa e depende da credibilidade das provas apresentadas. A prova pericial é um dos meios de prova *admissível*.

<sup>101</sup> Diferenças entre “segredo de justiça” e “segredo profissional”: enquanto no primeiro os dados são guardados para serem revelados no final do processo (ou da fase secreta do processo), no segundo os dados são para manter sempre ocultos. Do mesmo modo, enquanto no segredo de justiça os factos são revelados ao juiz, porque a lei assim obriga, no segredo profissional os factos relatam-se apenas a pessoas de confiança especial (médicos, padres, advogados e outros) apenas podendo ser revelados em circunstâncias muito especiais (Art. 135º do CPP).

<sup>102</sup> Seiça, M.(2007). *Especificidades da Prova em Direito Penal*; Apontamentos do Curso de Mestrado em Ciências Forenses da UP, 2007/2008 (documento policopiado).

seguida por todos os membros de uma organização. Pode e deve ser potenciada através da comunicação, informação, formação, treino, trabalho em equipa e avaliação. Além disso, tem de ser um processo sistemático de toda a organização.

A OMS diz que cuidados de saúde de qualidade são os que permitem elevado grau de excelência profissional, eficiência na utilização de recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores e obtenção de cuidados de saúde (Pereira, 2003).

Transportando tal conceito para o campo da Medicina Legal, pode considerar-se que serviços médico-legais de qualidade são aqueles que produzem com o mínimo de recursos, os melhores relatórios periciais, que assim devem servir os objectivos preconizados pela justiça, sendo presentes de forma célere e em tempo útil aos Magistrados ou outros destinatários. Mais se considera, que os exames periciais não devem ser factor de vitimação secundária, devendo satisfazer todos os que de qualquer modo, utilizam os serviços (Rodrigues, 2007).

Ora, na actividade pericial médico-legal a avaliação é acima de tudo uma avaliação médica. Assim sendo, o perito é um dos elementos fundamentais na persecução da qualidade. A ele caberá um papel importante na definição profissional das necessidades dos clientes (apenas ele sabe quando proceder a uma recolha de vestígios, quando valorizar uma queixa, como estabelecer um nexos de causalidade...), mesmo quando os clientes não sabem o que querem ou o que lhes é mais favorável. Cabe-lhe servir de elo entre os clientes e outros fornecedores de serviços (Toxicologia, Genética, Biologia, etc.) e entre os próprios clientes (ao perito cabe transmitir informação clara e precisa).

As “guide-lines” internacionais, produto da investigação sobre as doenças e as actividades médicas globais (seja a forma de tratar a diabetes ou os protocolos a seguir no caso de uma paragem cárdio-respiratória), genericamente aceites por toda a comunidade científica, vieram constituir-se como instrumentos de qualidade dos actos médicos, vindo a melhorar os resultados, minimizar os riscos e aumentar a eficácia e a eficiência clínicas. Por outro lado vieram obrigar à utilização de uma linguagem comum entre pares, o que só pode beneficiar o entendimento global e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A nível da Clínica Médico-Legal, o INML tem vindo a implementar sistemas de avaliação de vítimas ou de eventuais agressores, tendo em vista harmonizar a actividade pericial, eliminando assimetrias regionais, de forma a que todos possam ser avaliados de maneira uniforme, permitindo a aproximação aos princípios da igualdade e da justiça consagrados na Constituição da República Portuguesa: a sequelas (danos) idênticas, reparação (consequência jurídica) idêntica (Vieira, 2003).

Para este efeito, têm estado a ser implementados diversos programas visando melhorar a comunicação, o treino/orientação no processo de entrevista, a padronização de procedimentos, a elaboração de relatórios periciais, de forma a harmonizar a actuação dos peritos a nível das três Delegações do INML e respectivos Gabinetes Médico-Legais, com esse objectivo final de coadjuvar a melhor decisão judicial para aplicação da Justiça.

Esta harmonização de procedimentos, essencial à Qualidade na actividade médico-legal, assenta fundamentalmente em três vertentes: formação técnico-científica sólida, utilização de modelos e procedimentos comuns e apoio em instrumentos uniformizados (Gonçalves, 2005).

Assegura-se a qualidade de um serviço, e, por maioria de razões, também na Medicina Legal, pela informação relevante que é produzida, pelo respeito de regras formais de procedimento que garantam quer o tratamento humanizado, quer a qualidade dos resultados, pela celeridade com que o processo decorre, pela clareza da transmissão de informação e, finalmente, pela constatação da satisfação de todos: clientes, fornecedores, gestores e colaboradores.

## **3.2. AS QUESTÕES DA QUALIDADE A NÍVEL PERICIAL**

### **3.2.1 Diversidade de enquadramento e de formação dos peritos**

Em 2001, foi criado o Instituto Nacional de Medicina Legal, com sede em Coimbra (Dec-Lei nº 96/2001 de 26 de Março), tendo sido extintos os antigos Institutos de Medicina Legal do Porto, Coimbra e Lisboa. Entretanto, a Nova Lei Orgânica, consagrada pelo Dec-Lei nº131/2007 de 27 de Abril, veio definir a missão e as atribuições do INML, IP e a Portaria 522/2007 de 30 de Abril, veio determinar a sua organização interna e estabelecer os seus estatutos.

O INML é um “instituto público, (...) sujeito à superintendência e tutela do Ministro da Justiça. Prossegue as suas atribuições e exerce as suas competências em colaboração com as universidades, especialmente com as escolas médicas, com outros estabelecimentos do ensino superior e com instituições de investigação, mediante a celebração de protocolos na área do ensino, da formação e da investigação científica” (Vieira, 2003). O principal objectivo da sua criação foi a harmonização da actividade pericial em todo o país, bem como a rentabilização de

recursos humanos e técnicos e, não menos importante, a introdução sistemática da “Qualidade” nos serviços periciais.

Actualmente o INML é constituído pela sede em Coimbra, onde funcionam os órgãos executivos e os serviços centrais e três delegações, no Porto (Delegação do Norte), Coimbra (Delegação do Centro) e Lisboa (Delegação do Sul), cujas funções se dividem entre actividade pericial, ensino, formação e investigação. Foram ainda criados trinta e dois gabinetes médico-legais, divididos pelas três delegações, de forma a permitir a cobertura médico-legal de todo o país. Em todas as delegações funcionam Serviços de Clínica Forense (incluindo Psiquiatria Forense e Psicologia Forense), Patologia Forense (incluindo Tanatologia e Anatomia Patológica Forense), Toxicologia Forense e Genética e Biologia Forense.

Nas delegações os exames periciais são realizados por especialistas do mapa de pessoal do Instituto.

Nos gabinetes, estão disponíveis apenas as áreas de Tanatologia Forense e de Clínica Forense excluindo desta última as áreas de Psiquiatria e a Psicologia Forenses. Sempre que são necessários exames periciais nestas áreas, eles são solicitados, pelo INML, ao serviço público de saúde mental que fique mais próximo da área de residência do examinando ou do Tribunal que solicita. Todos os outros exames são solicitados à Delegação a que pertence o gabinete.

Nos gabinetes, as perícias de Tanatologia Forense e de Clínica Forense são realizadas por peritos médicos, na generalidade trabalhando com contrato de prestação de serviços. A proveniência destes peritos é variada, podendo vir dos diversos ramos da Medicina, desde a Clínica Geral à Ortopedia, da Reumatologia à Cirurgia, etc. A estes médicos é exigida formação na área da Medicina Legal, seja o Curso Superior de Medicina Legal, seja o Curso de Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático.

Existem, ainda, algumas comarcas não servidas por gabinete médico-legal, onde as perícias são realizadas, também, por peritos contratados.

Coloca-se a questão de como se garante a homogeneidade da avaliação pericial de forma a constituir um instrumento de qualidade na produção da Justiça.

### **3.2.2 Os exames periciais em clínica médico-legal**

Como diz G. França, “Medicina Legal é a medicina ao serviço das ciências jurídicas e sociais”(2004, 3), isto é, tem de servir tanto a Justiça, como de se preocupar com todas as vertentes da vida dos cidadãos e da sociedade.

O ramo da Medicina Legal que é a Clínica Médico-Legal, destina-se a avaliar o dano físico, psicológico e social na pessoa. Os exames realizados neste âmbito, permitem definir em

termos técnicos e num quadro jurídico determinado, as lesões e os elementos de dano susceptíveis de serem objecto de sanção penal e/ou indemnização, benefícios fiscais, sociais e outros<sup>103</sup>.

Estes exames podem ser realizados nos diversos âmbitos do Direito, Penal, Civil, Trabalho, Família, Administrativo e da Segurança Social e podem ser solicitados por polícias, tribunais, ministério público, hospitais, associações de apoio a vítimas, vítimas ou seus representantes legais, entre outros.

São realizados por peritos médicos, tanto nas delegações como nos gabinetes médico-legais delas dependentes.

A principal preocupação de um médico perito deve ser a “Pessoa”, vista de uma forma global e integrada num sistema. Ou seja, quando se faz uma avaliação de dano, a preocupação do perito não é apenas o aspecto físico da vítima, mas também as alterações psicológicas que apresenta e ainda as alterações sofridas a nível socio-económico e socio-ambiental. Também tem de levar em conta que, em caso de dano, podem existir vítimas directas e indirectas.

Quando se faz um exame a uma vítima tem, ainda, de se relevar e acautelar a vitimação secundária, procurar minimizá-la, garantindo um acolhimento cordial e simpático, explicando pormenorizadamente o que se pretende avaliar, como e qual a finalidade, dando-lhe tempo para falar, expor as suas dúvidas e receios, pedindo o seu consentimento para as diversas fases do exame, agradecendo a colaboração, explicando os passos seguintes, nomeadamente os procedimentos legais e oferecendo ajuda ou indicações para o futuro. Todavia, nem sempre as práticas correspondem a estas preocupações, porque estas não estão protocoladas, porque como em todos os campos médicos, o tempo é sempre escasso e porque, muitas vezes, há uma tendência para “minimizar o esforço”, ou seguir “o caminho mais fácil”, ou fazer apenas “o obrigatório”.

No final do exame o perito deve estar apto a elaborar um relatório pormenorizado que será enviado à entidade que solicitou a perícia. Este documento tem dois momentos fundamentais, o primeiro é a descrição das lesões, que deve ser clara, objectiva e sistematizada, utilizando linguagem identificável por todos os interlocutores, com indicação das fontes e identificação de métodos de medida. O segundo momento é a interpretação das lesões, o que marca a diferença entre uma observação feita por um médico em geral e por um perito médico-legal. Esta interpretação requer, para além de conhecimentos, também isenção e imparcialidade. O somatório desses dois momentos é que constitui, verdadeiramente, a perícia.

---

<sup>103</sup> Magalhães, T. (2007. *Textos de Apoio do Curso de Mestrado em Ciências Forenses da UP*, 2007/2008. (Documento policopiado).

Pode ainda existir um terceiro momento que é a colheita de evidências ou vestígios e sua preservação para posterior análise<sup>104</sup>.

Para facilitar a execução do exame de Clínica Médico-Legal, a elaboração do relatório, uniformizar ambos e assim garantir uma maior qualidade na prestação do serviço, o INML, tem vindo a implementar, a partir de 2004 e a nível nacional, uma aplicação informática, o MedLeg. Net. Preparado inicialmente para a entrevista e redacção dos relatórios no âmbito do Direito Civil e Penal, foi posteriormente alargado ao Direito do Trabalho e está, agora, a ser implementado à Patologia Forense. “Tem em conta os parâmetros de dano a valorizar segundo o ramo do Direito em que o examinando está a ser avaliado, respeitando quer os objectivos, quer o objecto da perícia, valorizando a descrição sistematizada e discriminada das alterações observadas nos examinados” (Rodrigues, 2007: 43).

Este sistema informático funcionando em rede para todos os elementos administrativos e peritos médicos de um Serviço de Clínica Forense, faz a integração de todos os passos administrativos e periciais servindo de guião para as entrevistas, tanto administrativas como periciais, permitindo a elaboração dos relatórios, a elaboração automática dos ofícios de envio dos mesmos às entidades que solicitaram os exames, a organização da respectiva facturação, a criação de uma base de dados, de arquivo informático dos relatórios periciais, autorizando o acesso imediato a toda essa informação e conseqüentemente a sua prestação às entidades competentes (*id ibidem*, 2007).

Esta uniformização da metodologia das perícias de clínica médico-legal veio introduzir uma forma mais correcta e uniforme de comunicação com as entidades judiciais, já que todos passarão a falar uma linguagem comum mas, para além disso, e ainda mais importante, é que todas as vítimas passarão a ser avaliadas de forma idêntica, permitindo que a prova pericial que se obtém após essa avaliação, remetida a quem de direito com a máxima celeridade, possa funcionar como um elemento promotor da eficácia da Justiça em Portugal, como se consagra, tanto no III Plano Contra a Violência Doméstica, como na actual legislação sobre o assunto<sup>105</sup>.

Apesar da intenção de uniformização e das expectativas acerca desta ferramenta informática, teremos oportunidade de discutir se o sistema potencia uma informação de qualidade.

---

<sup>104</sup> Ver nota 103.

<sup>105</sup> Vide: Lei n° 112/2009, de 16 de Setembro.

### 3.2.3 O caso particular dos exames de Clínica Forense em Direito Penal e sua utilização em casos de violência nas relações de intimidade

No Direito Penal, a finalidade da perícia médico-legal é diferente da finalidade das perícias realizadas no âmbito dos demais ramos do Direito, nomeadamente, do Direito Civil.

O objectivo do Direito Penal não é ressarcir o lesado, como no Direito Civil, mas apurar a responsabilidade e responsabilizar um determinado agente pela prática de uma conduta considerada desvaliosa para o sistema jurídico. Neste sentido, enquanto no Direito Civil o papel do perito se centra na quantificação do dano, no Direito Penal o perito é imprescindível na imputação do resultado da conduta a um determinado agente. Tal propósito reclama a análise de diversos elementos: (1) agente perpetrador; (2) facto; (3) resultado; (4) nexos de causalidade; (5) nexos de imputação subjectivo – dolo/negligência; (6) culpa; (7) ilicitude; (8) tipicidade; (9) punibilidade.

Do perito, espera o Direito que auxilie os órgãos judiciários na análise de alguns destes elementos. Logo à partida, o perito vai avaliar que tipo de conduta está em causa, se se trata de uma agressão, de um acidente, ou outra. De seguida, o perito indaga sobre o autor do facto (agente). Solicita-se depois à vítima que descreva o mais pormenorizadamente possível o evento (facto).

Apurada essa informação, passa-se à avaliação do resultado da conduta descrita, i.e., do estado de saúde da vítima, em todas as suas vertentes, bio, psico e social. Neste âmbito, devem ser apuradas as lesões físicas e psíquicas, a sua gravidade, incluindo o perigo para a vida, as sequelas, a dor, a incapacidade para o trabalho, a incapacidade para o trabalho geral, a incapacidade intelectual, o período de doença, o tempo para a cura ou consolidação das lesões e até as consequências para terceiros (resultado da conduta).

Por fim, o perito deverá ainda estabelecer um nexos de causalidade entre o facto descrito pela vítima e os resultados verificados (nexos de causalidade).

O artigo 144.<sup>o106</sup> do Código Penal, paradigmaticamente referente às ofensas corporais, é hoje, a referência do trabalho de análise do perito, porque indica os vários resultados das condutas criminosas que o perito deve registar. No entanto, este instrumento só é adequado

---

<sup>106</sup> Artigo 144º, Ofensa à integridade física grave: Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a:

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

como contributo para a qualificação jurídico-penal da conduta<sup>107</sup>, não permitindo, por exemplo, a avaliação de eventuais danos emergentes. Na verdade, as alíneas do art.144º, não permitem fazer uma correcta avaliação de danos, nomeadamente os temporários e os definitivos, que facilmente se identificam no Direito Civil. Verdade seja que o art. 144º se deve aplicar ao crime de ofensas corporais, sendo a sua aplicação redutora no caso do crime de violência doméstica, por não permitir a avaliação integral da vítima e da sua condição. Assim sendo, aquela metodologia de análise, por ser limitativa e não permitir uma análise da vítima sob todos os aspectos da sua integridade bio-psico-socio-cultural, pode pôr em causa a justa reparação dos danos<sup>108</sup> e tão importante como isso, pode pôr em causa a segurança futura de algumas das vítimas, muito especialmente nos casos de VRI.

Para a avaliação do examinando, o perito tem ao seu dispor a ferramenta informática já referida, MedLeg.Net, que se reveste de extrema utilidade<sup>109</sup>.

Esta aplicação é constituída por vários capítulos, com diversos campos onde se inserem todos os elementos recolhidos ao longo do exame.

O primeiro capítulo, intitulado “Informação” é da inteira responsabilidade do examinando e/ou acompanhante, na medida em que contém os dados por estes fornecidos: data, hora, tipo e características da ocorrência, sede de traumatismo, serviços clínicos em que foi socorrido, antecedentes pessoais, familiares e sociais. Neste capítulo, o perito poderá incluir os dados de documentação clínica que lhe são presentes pelo examinando ou juntos aos autos judiciais.

O capítulo seguinte é dedicado ao “Exame do Estado Actual”. Neste capítulo são descritas as “Queixas” referidas pelo examinando, que são, desde logo, sistematizadas pelo perito em funcionais (que dizem respeito às alterações físicas e mentais sentidas) e situacionais (que são referidas à influência daquelas alterações nos actos da vida diária, na vida afectiva, social e familiar, na vida profissional e de formação, ou ainda, noutras actividades habituais do examinando).

---

<sup>107</sup>Oliveira Sá, F., citado p. Magalhães, T., (2005: 453).

<sup>108</sup> T. Magalhães defende que o dano deverá ser, futuramente, tratado sob o ponto de vista médico-legal de forma idêntica em todos os casos, independentemente do ramo do Direito em que esteja a ser avaliado “*ou seja, contemplando a totalidade dos parâmetros de dano sofridos e avaliando-os de acordo com a mesma metodologia*” de modo a “*facilitar a definição e harmonização de conceitos, o que é fundamental à melhoria da comunicação entre Medicina e Direito*”, “*...garantindo desta forma, com base na igualdade de tratamento, uma mais justa administração da justiça*” (Magalhães, 2003: 76).

<sup>109</sup>Tal ferramenta informática apresenta ao perito um guião de exame que permite a avaliação da vítima segundo as “Normas Procedimentais no Âmbito das Perícias de Clínica Forense em Direito Penal e Civil e Patologia Forense, Nº 1.1 de 12/11/09”, pese embora a sua muito recente implementação.

Passa-se, então, ao “Exame Objectivo” no âmbito do qual se descreve o estado geral do examinando (o grau de consciência e colaboração apresentados, a lateralidade dominante, o tipo de marcha, etc.), as lesões e/ou sequelas relacionáveis com o evento e, são registados os “Exames Complementares de Diagnóstico” solicitados ou a solicitar para documentar a situação actual.

De seguida poderá entrar-se directamente no capítulo das “Conclusões Preliminares”, quando o perito não possui todos os elementos necessários para estabelecer o nexos de causalidade médico-legal, ou se a situação clínica ainda não atingiu a fase de cura ou consolidação médico-legal. Neste caso, o perito preenche os campos adequados, nomeadamente, a necessidade de novo exame pericial para reavaliação e a necessidade de exames complementares, incluindo perícias de especialidades.

No caso de ser possível efectuar uma conclusão definitiva, o perito preenche os dados do capítulo da “Discussão”, estabelecendo o nexos de causalidade médico-legal e indicando a data de cura ou de consolidação das lesões.

Finalmente, elabora o capítulo das “Conclusões” onde resume os pontos expostos no capítulo da “Discussão”.

Terminada a introdução de dados no MedLeg.Net, procede-se à sua gravação o que faz exportar o conteúdo para o relatório em “Word”. Aí, pode proceder-se à correcção ortográfica do texto, à eliminação de informação contraditória, e à introdução de textos complementares com interesse, dando-se, então, por terminado o relatório (Rodrigues, 2007: 94).

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

O Estado reconheceu a gravidade deste tipo de crimes e a lei (Lei nº 59/2007 de 4 de Setembro e Lei nº 112/2009 de 16 de Setembro) veio recentemente reforçar a necessidade de se olhar para este tipo de violência com olhar diferente<sup>110</sup>.

Em relação à importância da VD e da VRI na actividade médico-legal, e já que a maioria das vítimas é encaminhada aos serviços do INML, esses exames constituem uma parte considerável do trabalho ali realizado, que tem revelado uma tendência crescente nos últimos anos<sup>111</sup>.

Nestes casos, não deixando de considerar o Art.144º do CP, Ofensa à integridade física grave (que, apesar do título, começa por dizer “*quem ofender o corpo ou a saúde...*”) que norteia a avaliação das vítimas em Direito Penal, e que, tal como o nome indica, se refere sobretudo ao dano corporal, há que ter em atenção, também, o Art.152º do CP, com o título de Violência Doméstica, cujo nº 1 refere “*Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais a...*”, que mostra maior amplitude na tipificação de condutas desvaliosas. É assim, bem evidente, que ao fazer uma avaliação de uma vítima de VRI, existem outras dimensões a levar em conta, para além do dano corporal, preconizado no Direito Penal.

No 7º Congresso das Nações Unidas sobre “Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquentes”, foi assinalado que a vitimação no lar, além das consequências físicas, tem também consequências psicológicas profundas a curto e a longo prazo. “Dano” deixou de ser apenas o prejuízo material, aquele que deixa “marcas no corpo”. É necessário levar em conta o “dano invisível”, que sensorialmente não é perceptível (Corsi, 2003). Por outro lado, tem também de ser avaliado o dano que supõe a aprendizagem da violência, como eventual dano futuro, reconhecendo que a socialização em ambientes de violência doméstica aparece como um factor muito importante de probabilidade de se poder vir a ser um agressor ou uma vítima de abuso (Alberdi & Matas, 2002).

Ou seja, há particularidades que têm de ser levadas em conta ao realizar um exame de VRI, que não são importantes num exame de Direito Penal em outros casos. Parece, também, importante conhecer a forma como os peritos avaliam estes casos, verificar até que ponto estão

---

<sup>110</sup> Vide: Art.152º do C.P.

Vide: Art. 2º da Lei 112/2009: *Vítima é a pessoa singular que sofreu um dano, nomeadamente um atentado à sua integridade física ou mental, um dano moral, ou uma perda material, directamente causada por acção ou omissão, no âmbito do crime de violência doméstica previsto no Art.152º do CP.*

<sup>111</sup> Magalhães, T., Stasyuk, M., Santos, A., Matos, E. (2008). *Auditoria à qualidade dos relatórios periciais em clínica forense. Estudo dos gabinetes médico-legais do Norte.* Comunicação apresentada no VII Congresso de Medicina Legal em Tomar: “A estatística do INML relativa aos casos de violência intra-familiar presentes a exame em todos as Delegações e Gabinetes do País mostrou que, em 2009, foram realizados 14593 exames, contra um total de 13396 efectuados em 2008”. Infelizmente esta estatística não nos permite conhecer os números concretos da VRI.

conscientes dessas particularidades. Parece importante, por outro lado, rever até que ponto o *modus faciendi* do exame pericial em âmbito Penal em situações de VRI, está ou não, adequadamente, contemplado no já apresentado instrumento informático MedLeg. Net.

Vejamos, então, como se processa uma consulta de Clínica Forense em casos de VRI, seja numa Delegação do INML, seja num Gabinete Médico-Legal. O tratamento das vítimas em situações de VRI, pode ser diferente conforme sejam recebidas num ou noutro local. Falaremos, concretamente, sobre a Delegação do Norte e do GML de Viseu, por serem estes os locais com que trabalhamos nesta investigação.

O formato do atendimento difere, logo à partida, no facto de as vítimas serem objecto de triagem administrativa assim que chegam aos serviços da Delegação. Nessa altura e tendo reconhecido o examinando como vítima de VRI, o técnico administrativo procede à abertura de dois processos paralelos, um médico e outro de serviço social.

Seguidamente a vítima é observada por um especialista de Medicina Legal, que procede à avaliação das eventuais ofensas à integridade física, naquilo que é considerado como um exame “vulgar” de Direito Penal, remetendo o contexto sócio-familiar para a entrevista social. Logo após, a vítima é orientada para a entrevista com a assistente social onde se fará a avaliação da envolvência familiar e social com o intuito de complementar o processo de avaliação. Para este efeito a assistente social tem acesso ao prévio relatório clínico do Serviço de Clínica Médico-Legal. Nesta entrevista é feito um historial pormenorizado dos factos que precederam a agressão, das características desta e da eventual assistência médica. São também minuciosamente descritos os antecedentes familiares e pessoais da vítima, incluindo antecedentes patológicos, história de vida, caracterização familiar, situação académica e profissional. É feito um registo do que a vítima refere sobre os antecedentes pessoais e familiares do presumível agressor. É referida a situação familiar actual e os pormenores da relação de intimidade, nomeadamente os contextos de violência. A assistente social preconiza e discute com a vítima a intervenção em termos de apoio institucional, eventualmente necessário e presta informações sobre os direitos das vítimas e das famílias, bem como oferece noções de estratégia de defesa para a vítima ou para salvaguarda dos filhos e acompanhamento social continuado, se essa for a vontade daquela. Para concluir o relatório é feita uma discussão em que se sublinham as características da violência, dando especial atenção aos pormenores relacionados com os aspectos da avaliação de risco constantes na literatura e justificando as conclusões de necessidade de implementação de medidas visando a protecção da vítima, a

salvaguarda da sua integridade física ou a protecção dos filhos, bem como a eventual necessidade de medidas de apoio especializado ao abusador<sup>112</sup>.

Já nos gabinetes médico-legais as situações de VRI, são atendidas como qualquer outra situação de exame a realizar no âmbito do Direito Penal, não lhes sendo atribuído nem espaço nem tempo próprios. Depois da abertura administrativa do processo a vítima é observada pelo perito, que elabora o relatório utilizando o formato proposto pelo MedLeg.Net. Não existindo serviço social ou especialidade de psicologia, cabe ao perito proceder à recolha de todos os elementos que se lhe afigurem importantes para a elaboração do relatório.

No caso particular da VRI, depois de tudo o que foi dito e constatado, serão suficientes os elementos recolhidos no exame de Clínica Médico-Legal, de forma a possibilitar a realização de um verdadeiro relatório pericial? Será que um exame pericial em âmbito Penal em situações de VRI, deve ser realizado exactamente da mesma forma e dando relevância às mesmas questões como em qualquer outro exame em Direito Penal? Será que a história do evento tem a mesma importância? Será que o contexto familiar não é um dos principais elementos para conhecer a história da vítima e como tal deva ser pormenorizadamente referido? Como se deverão referenciar as queixas da vítima, quando às vezes ela nem quer queixar-se? Como se deverão referenciar as lesões, se fisicamente, na maioria das vezes, nem existem, sabendo nós que “as feridas da alma” não têm tradução física? Está garantido que todos os peritos têm conhecimentos de psicologia para poderem em breves minutos analisar o estado psicológico de uma vítima de VRI? E quando não existem lesões ou sequelas visíveis, ou mesmo nunca existiram, mas a mulher conta apavorada as ameaças, as agressões psicológicas, os sequestros, o medo de voltar ao lar, o que fazer? Será suficiente indicar que “se encontrou nexos de causalidade” e que “as lesões terão demandado para sua cura um período de X dias”, e deixar de mencionar o facto de existir “uma ameaça de morte” ou que a convicção do perito, tendo em conta toda a história, é de que “existe um grave perigo de vida para a vítima”? Será que, ao elaborar o relatório médico-legal, não teremos de incluir uma outra rubrica na “Discussão”, para além do nexos de causalidade e da data de cura das lesões, que seja a justificação da necessidade de protecção da vítima, de forma a manifestar essa preocupação a quem, a jusante deste exame pericial, terá de tomar decisões sobre a vítima ou o seu abusador?

---

<sup>112</sup> Este tipo de abordagem pericial de avaliação de vítimas de VRI, não tem sido globalmente aceite pelos Magistrados do MP. Muitos questionam este tipo de avaliação e chegam a devolver o relatório social, argumentando que esse relatório não foi solicitado.

Está garantido que todos os peritos têm a noção de que vítimas de VRI são vítimas “diferentes” das outras vítimas de toda a restante violência? Que uma das características da VRI é que habitualmente as agressões surgem por motivos fúteis? Que a VRI é uma forma geralmente repetida de violência que se agrava inexoravelmente? Será importante introduzir novos parâmetros de avaliação, nomeadamente avaliação de risco de violência futura? E na rubrica “Conclusões”, mesmo quando não existem quaisquer lesões a referir, não será necessário introduzir um novo item que preveja a existência de factores de risco que indiciem a necessidade de eventual tomada de medidas de protecção?

Uma das características da prova é a “relevância”. A regra é de que tudo o que é relevante é admissível, excepto se for proibido. Assim sendo, no caso particular da VRI, ao fazer o exame da vítima e ao elaborar o respectivo relatório, o que é que será relevante avaliar, indicar, sublinhar, e fazer notar ao Magistrado do Ministério Público, de forma a ser levado em conta na produção da prova e na tomada de medidas de protecção à vítima, garantindo assim a alta qualidade que a Justiça deve exigir e que os cidadãos merecem?

Outra questão que se levanta é a de saber se, em Portugal, a forma de produção destas perícias garante igual qualidade, face à constituição diversa e formação assimétrica dos peritos encarregues de assegurar, do ponto de vista médico-legal, este serviço socialmente tão relevante.

Tais são as questões norteadoras que dão sentido à investigação que realizamos na segunda parte deste trabalho.



### **III. OBJETIVOS**



Tal como fomos dando conta na revisão de literatura sobre VRI e sobre a qualidade dos exames periciais, importa analisar a forma de garantir a qualidade da avaliação nestes casos especiais de VRI, efectuada pelos peritos do INML. Esse é o objectivo desta investigação.

De um modo mais específico, pretendemos saber se o conteúdo funcional das fichas de exame médico-legal de vítimas de VRI permite um registo de qualidade da avaliação dessas vítimas e se, tal registo, fica dependente do enquadramento institucional dos peritos que desenvolvem esse trabalho.

Para além daquelas questões interessa, também, saber qual é a importância dessa informação para os Magistrados do Ministério Público tendo em vista a produção da prova.

De um ponto de vista operacional, a investigação objectiva-se na análise dos relatórios produzidos pelos peritos através do sistema MedLeg.Net e no estudo das representações dos Magistrados do MP. Assim, as nossas perguntas de investigação dividem-se por essas duas dimensões e são as seguintes:

1) Relativamente aos relatórios:

- a) Até que ponto a informação constante na rubrica “História do Evento” é suficiente para caracterizar a situação de VRI em causa?
- b) A rubrica “Antecedentes Pessoais” permite recolher os dados necessários à sua caracterização e é suficientemente abrangente de modo a incluir os hábitos de consumo?
- c) O campo “Antecedentes Familiares” está preenchido de forma a avaliar, exaustivamente, os elementos que permitem apreciar a existência de factores de risco (de acordo com o estabelecido pela literatura revista)?
- d) Até que ponto são valorizadas as queixas do foro psicológico e situacional?
- e) Contém a rubrica “Discussão”, os itens necessários e suficientes para apreciar as situações de VRI?
- f) Qual é a pertinência da fotodocumentação e de que forma é ela utilizada pelos peritos?
- g) Existem diferenças significativas na realização dos exames que possam ser imputadas a diferentes enquadramentos institucionais dos peritos?
- h) Terá o MedLeg.Net a estrutura mais adequada à colheita de informação para avaliação de vítimas em casos de VRI?
- i) Poderá ou deverá a estrutura do exame ser alterada de forma a melhorar a sua qualidade?

2) Relativamente às representações dos Magistrados do Ministério Público:

- a) São os relatórios de Clínica Forense, na informação que disponibilizam, pertinentes e adequados às necessidades de produção da prova nos casos de VRI?
- b) Estão os relatórios de Clínica Forense, quanto ao processo da sua produção, adequados às necessidades de produção da prova nos casos de VRI?
- c) Qual é a apreciação que os Magistrados fazem da qualidade dos relatórios periciais que têm recebido dos peritos forenses?
- d) Que sugestões de alteração de práticas fazem os Magistrados?

## **IV. MATERIAL E MÉTODOS**



Este trabalho tem como objecto as representações e práticas dos peritos médicos da Delegação do Norte do INML e do Gabinete Médico-Legal de Viseu, quando elaboram os relatórios periciais em Clínica Forense, no contexto da VRI, bem como, as representações dos Magistrados do MP que utilizam esses relatórios. Em boa verdade, trata-se de dois estudos descritivos, que elegem como seus objectos privilegiados as representações e as práticas dos peritos médicos, por um lado, e as representações dos Magistrados, por outro. O foco da investigação centra-se na articulação desses dois estudos, capazes de devolverem, no questionamento da sua articulação, a qualidade da recolha da informação em casos de VRI, tendo em consideração o seu principal propósito, que é o da promoção da Justiça.

Como atrás se referiu, um relatório pericial em Clínica Forense é, não só uma forma de avaliação de dano de uma vítima, mas também a criação de um verdadeiro instrumento de prova a utilizar na construção do processo judicial. Assim, é importante que Médicos e Magistrados, para poderem servir-se do mesmo trabalho, tenham representações semelhantes e valorizem de igual forma os factores que têm de avaliar e em que têm de sustentar as suas decisões. Foi este pressuposto que sustentou o estudo empírico.

## ***1. MATERIAL***

Para dar corpo a este propósito fomos estudar os relatórios periciais em Clínica Médico-Legal relativos a situações de VRI e as opiniões dos Magistrados do MP sobre aqueles documentos.

Para avaliar as duas realidades distintas no processamento do tratamento dos casos de VRI foram seleccionados a Delegação do Norte do INML e o GML de Viseu e os Magistrados do MP que utilizam o trabalho daqueles serviços. Foram usadas estas áreas por corresponderem ao local de trabalho das pessoas envolvidas no presente estudo. Por outro lado, foram escolhidas aquelas duas instituições por representarem, simultaneamente, duas realidades distintas, não só em relação aos técnicos que realizam as perícias (especialistas de Medicina Legal e peritos médicos contratados), mas também, em relação ao contexto social dos casos em estudo, relacionado com a localização geográfica (centro/norte, interior/litoral) e com a componente urbanidade/ruralidade<sup>113</sup>.

---

<sup>113</sup> De acordo com a categorização dos índices de desenvolvimento humano por NUTs.

Para a avaliação dos pontos fortes e fracos dos relatórios periciais relativos a situações de VRI, foram avaliados 224 relatórios elaborados no âmbito da Clínica Forense, por suspeita de violência nas relações de intimidade.

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

- a) Relatório de Clínica Forense;
- b) Elaborado no Gabinete Médico-Legal de Viseu ou na Delegação do Norte do INML
- c) No âmbito do Direito Penal;
- d) Por queixa de violência nas relações de intimidade (cônjuge, ex-cônjuge, companheiro(a), ex-companheiro(a), namorado(a), ex-namorado(a);
- e) Concluído em 2008;
- f) Vítima maior de 17 anos, independentemente do sexo.

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

Os Magistrados cuja opinião foi objecto do nosso estudo foram seleccionados com base no mesmo pressuposto geográfico. Tratou-se de tentar recolher a opinião dos magistrados que são os destinatários dos relatórios produzidos no âmbito da Delegação do Norte do INML e do GML de Viseu. Todavia, apenas 51 dos 337 que se enquadravam no critério aceitaram o nosso repto.

Os instrumentos de recolha de dados e de análise do objecto supra foram:

- a) Grelha de análise dos relatórios de Clínica Forense em Direito Penal, relativos a VRI, elaborados na Delegação do do Norte do INML e no GML de Viseu (Anexo 1);
- b) Questionários para averiguar as opiniões dos magistrados da área de influência da Procuradoria-Geral Distrital do Porto e da Procuradoria Geral Distrital de Coimbra, Comarcas de Viseu, acerca do conteúdo dos relatórios produzidos em Clínica Forense na VRI (Anexo 2).

### 1.1. Ficha de avaliação da qualidade dos relatórios

Elaborou-se uma ficha de avaliação da qualidade dos relatórios periciais em Clínica Forense destinada às situações de violência nas relações de intimidade (VRI), através da adaptação da actual ficha de auditoria dos relatórios periciais em uso no INML (Anexo 3).

Para a adaptação desta ficha foram ainda considerados os instrumentos de avaliação de vítimas de violência conjugal, que se encontram validados e publicados: *Danger Assessment* (Campbell, 1995, 2004), *SPECS/RARA* (Metropolitan Police Service, 2003), *Domestic Violence Screening Instrument* (Williams & Houghton, 2004), *Domestic Violence Inventory* (Gelles, 1995), *Spousal Assault Risk Assessment* (Kropp et al.), *Domestic Violence Mosaic* (Beck & Associates, 1998), *Questionário de Avaliação de Risco a Vítimas de Violência Doméstica* (GNR) e *Inventário sobre Violência Conjugal* (Machado et al., 2000).

A ficha teve em conta o modelo de relatório pericial actualmente em vigor no INML, incluindo, portanto, os diversos capítulos deste relatório<sup>114</sup>. Manteve-se a pontuação a atribuir a cada um dos capítulos, sendo a avaliação final o somatório de todos.

Referir-nos-emos, então, a cada um dos capítulos e respectivas alterações introduzidas à luz das necessidades da avaliação em casos de VRI.

Em relação aos nove primeiros capítulos não se punham quaisquer dúvidas, pelo que não foram objecto de alteração. São eles, a saber: (1) N° do Processo; (2) Nome do Perito; (3) GML/Delegação; (4) Data da Supervisão do Relatório; (5) Nome e Cargo do Auditor; (6) Data do Exame; (7) N° do Exame (único e concluído, preliminar, intercalar, final); (8) Tipo de Exame (presencial, documental); (9) Intervalo de tempo entre data do exame e conclusão do relatório.

As alterações que introduzimos referem-se às condições (preenchidas ou não) que desdobram cada uma das temáticas dos capítulos seguintes e que foram objecto de uma explicitação detalhada que permitia, depois, a atribuição da pontuação na categoria<sup>115</sup>. Por outro lado, também fizemos alterações nas formas de pontuar cada uma das categorias, ponderando em cada uma os critérios de atribuição de pontuação. Mantivemos, contudo, em todos os capítulos a partir do 9º, a pontuação instituída originalmente e que é a seguinte:

- a) Valor 3 - “correcto”;

<sup>114</sup> Actualmente e desde finais de 2009, esta ficha obedece às Normas Procedimentais no Âmbito das Perícias de Clínica Forense em Direito Penal N° 1.1 de 11/2009.

<sup>115</sup> Isto é, foi atribuída uma escala de pontuações, consoante a existência ou inexistência de referência a determinados factores, que constam do “esqueleto” de exame do programa informático do INML, MedLeg Net.

- b) Valor 2 - “correcto mas com incorrecções gramaticais e (ou) de formatação”;
- c) Valor 1 - “correcto mas com imprecisões na descrição”;
- d) Valor -1 - “mal estruturado e (ou) incompleto/não inclui dados relevantes”.

Em algumas categorias esta descrição dos níveis de pontuação sofreu pequenas modificações de adaptação (sintácticas e semânticas).

As alterações mais substantivas introduzidas na grelha de análise ocorreram nos capítulos 12, 13 e 14, como de seguida se refere:

#### a) Capítulo 12 – Descrição dos Antecedentes Pessoais

Os antecedentes pessoais podem ter grande relevância no estudo clínico e médico-legal do caso. Em relação aos antecedentes patológicos, compreende-se facilmente que numa situação de agressão, qualquer doença pré-existente pode ser um factor de agravamento de resultado. Por exemplo, se alguém sofre de deficiência de factor 8, conhecida como hemofilia, uma simples bofetada pode provocar uma lesão hemorrágica mais grave do que seria expectável.

O mesmo se verifica com os antecedentes traumáticos: alguém que foi vítima de violência de qualquer tipo, mesmo na infância, é alguém, à partida, com algum grau de fragilidade que importa conhecer e atender quando se faz a avaliação do dano. Também, como se confirma pela literatura, os antecedentes de violência são factores preditivos de risco, que têm de ser, por isso, levados em conta.

Ainda nos antecedentes, é importante considerar os relativos a “hábitos de consumo”. O álcool e as substâncias psicotrópicas, lícitas ou ilícitas, embora não podendo ser directamente responsabilizadas pela violência, provocam alterações de consciência que podem estar na origem de actos violentos ou agravar os resultados de uma agressão.

Dados estes considerandos, fica justificada que na avaliação de relatórios de Clínica Forense em casos de VRI se torna necessário levar em conta o item “hábitos de consumo”, que constituiu o acrescento que realizámos.

No trabalho empírico os itens propostos designam-se como antecedentes patológicos, traumáticos e de consumo.

Do ponto de vista dos critérios de atribuição da pontuação avaliámos assim a categoria 12:

- Todos os itens foram referidos: 3 (correcto) ou 2 (correcto mas com incorrecções gramaticais ou de formatação);
- Foi referido pelo menos um item: 1 (correcto mas com imprecisões);
- Não foi referido qualquer item: -1 (não inclui dados relevantes).

#### b) Capítulo 13 – Descrição do Contexto Familiar

Consideramos este capítulo como o mais importante da avaliação do exame em Clínica Forense nos casos de VRI.

A verdade é que quando a violência acontece na relação íntima, ela não é, felizmente e na maioria dos casos, fisicamente grave. Muitas vezes não passa do “levantar da voz”, de ameaças, de maus-tratos verbais, de injúrias, de uma bofetada ou de um “abanão”, tudo situações que “não deixam marca” física.

Ora, tradicionalmente, o exame médico-legal em Direito Penal, trata de avaliação de dano físico e preocupa-se sobretudo com o tipo e gravidade das lesões, com as sequelas que ficam, com o tempo que demoraram a curar e o que isso implicou em termos de incapacidades para o trabalho, bem como o tipo de crime que configuram e a moldura penal em que se inscrevem, como atrás se disse. Nestes exames, de uma forma geral, não tem qualquer relevância, ou tem muito pouca, o contexto familiar. Já nos casos de VRI, é o estudo pormenorizado deste contexto que nos pode elucidar sobre: os motivos da violência; as pessoas sujeitas a ela e que de uma forma ou de outra, correm riscos, tal como a presente vítima; sobre as datas de aparecimento da violência, o seu tipo, a sua recorrência ou agravamento. É este estudo que nos pode alertar para a existência de factores de risco de mais ou maior violência, como a existência de ameaças à integridade física, a posse de armas de fogo ou armas brancas e o seu eventual uso como ameaça. Também a caracterização do abusador, sob o ponto de vista da vítima que o conhece bem, a existência de ideação homicida ou suicida ou o conhecimento da existência de outras patologias do foro psiquiátrico que ele possa apresentar, são factores importantes nesta caracterização. Ainda se pode apurar da existência de eventual apoio familiar ou social à vítima. Desta rubrica faz parte, também, o historial de queixas às autoridades, sua eventual retirada e razões para isso, existência de detenções anteriores do suposto abusador, entre outros aspectos.

Todos estes factos conjugados com as restantes informações, são pedra angular na caracterização da VRI, organização do relatório clínico e construção do processo para a produção da prova.

O programa informático MedLeg.Net apresenta, neste capítulo e como lembrete, um resumo de todas aquelas informações que os peritos devem colher, não sendo, no entanto, exaustivo e, eventualmente, ignorando alguma cuja recolha poderia ser mais relevante.

Para a avaliação deste capítulo introduziram-se, então, 18 itens considerados essenciais para permitir aferir a existência de factores de risco de nova ou mais grave violência e que são os seguintes:

- Referência à descrição do agregado familiar (pessoas, escolaridade, profissões, antecedentes patológicos, existência de comportamentos desviantes, outros);
- Referência à data de início da relação de intimidade actual;
- Referência à data de início do abuso;
- Referência ao tipo de abuso inicial (físico, psicológico/emocional, sexual, exploração económica, outro);
- Referência à forma de evolução dos abusos quanto ao seu tipo;
- Referência à forma de evolução dos abusos quanto à sua frequência;
- Referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças;
- Referência à existência de ameaças durante a gravidez;
- Referência a ameaças com armas;
- Referência a ameaças de homicídio por parte do suposto abusador;
- Referência a queixas anteriormente efectuadas (às autoridades);
- Referências a queixas anteriormente retiradas;
- Referências a detenções anteriores do suposto abusador;
- Referência a situações de violência doméstica nas famílias de origem dos supostos vítima e abusado;
- Referência a outras pessoas envolvidas (abusadas ou assistindo aos abusos, designadamente crianças e idosos);
- Referência à existência de convicção da suposta vítima de poder ser alvo de tentativa de homicídio;
- Referência à existência de ideação suicida por parte da suposta vítima;
- Referência ao apoio social/familiar com que conta a suposta vítima.

Assim:

- Todos os itens constam no relatório: 3 (correcto), ou 2 (correcto mas com incorrecções gramaticais ou de formatação);
- Referidos pelo menos nove itens: 1 (correcto mas com imprecisões);
- Referido um número inferior: -1 (incompleto).

### c) Capítulo 14 – Descrição das Queixas

Como se disse em ponto anterior, o exame médico-legal tradicional em Direito Penal, refere-se sobretudo ao plano físico, seja ele funcional ou situacional<sup>116</sup>. Nesta vertente da VRI, contudo, parece-nos essencial que para além do aspecto físico se inclua também o aspecto emocional e o referente à vivência do processo abusivo, já que, como referido, mesmo que não existam marcas físicas, ninguém pode acreditar que a vítima se sinta feliz e contente com a situação, que não sinta receio pelo futuro, que não sinta apreensão e medo pelo facto de estar a apresentar queixa e a seguir ter de voltar ao contacto com o abusador e, que não atravesse fases de desespero e angústia, sobretudo quando existem filhos ou quando tem de encarar ameaças à sua vida ou à dos seus filhos. Foi por essa razão que introduzimos um novo item na grelha, relativo a essas situações e que chamámos “referência à vivência do processo abusivo”. Fomos fazer a colheita destas informações e incluímo-la nesta rubrica, fosse onde fosse que elas constassem no relatório, não nos limitando a encontrá-la na rubrica “queixas”.

Designámos então as variáveis a avaliar nesta rubrica, como: (1) queixas de ordem funcional; (2) queixas de ordem situacional; (3) queixas relativas ao processo abusivo.

Quanto às regras que seguimos para pontuar este capítulo, elas foram as que seguem:

- Todos os itens foram referidos: 3 (correcto), ou 2 (correcto mas com incorrecções gramaticais ou de formatação);
- Foi referido um item: 1 (correcto mas com imprecisões na descrição);
- Se não foi referido qualquer item: -1 (não inclui dados relevantes).

Em relação aos restantes capítulos apenas estabelecemos novos critérios de pontuação, não tendo acrescentado quaisquer outros itens. Os critérios ficaram definidos do seguinte modo:

### a) Capítulo 10 – Descrição da História do Evento

Este capítulo é, de acordo com a literatura e a nossa experiência de peritos, um dos mais importantes na avaliação dos casos de VRI, juntamente com o capítulo 13 correspondente à descrição do contexto familiar.

<sup>116</sup> Consideram-se as queixas constantes da rubrica “capacidades” do Inventário de Avaliação de Dano Corporal, a saber: postura, deslocamentos e transferências; manipulação e preensão; comunicação; cognição e afectividade; controlo de esfíncteres; sexualidade e procriação. Consideram-se, ainda as queixas presentes na rubrica “situações” do mesmo documento: actos da vida corrente; vida afectiva e social, vida profissional ou de formação.

Logo à partida, é aqui que se encontra a referência ao “tipo de ocorrência” e ao “agressor” e quando se procura fazer um estudo estatístico sobre estes casos, esta referência é essencial, porque neste caso da VRI e seguindo a nossa proposta de trabalho, vamos identificar todos os casos de “agressão”, protagonizados por: “cônjuge”, “ex-cônjuge”, “companheiro/a”, “ex-companheiro/a”, “namorado/a”, “ex-namorado/a”.

Por outro lado, é neste capítulo que se faz a “descrição da ocorrência”, a referência ao “tipo de instrumento da agressão”, bem como à “data” e “hora” em que ocorreram os eventos, assim como ao “resultado declarado” e à eventual “assistência médica”. Esta descrição deve ser um relato exaustivo da história contada pela vítima, que vai permitir ao perito adequar as lesões encontradas (que serão descritas mais adiante) à agressão que a vítima refere, e também, ter uma ideia da violência dos actos.

Atribuímos, então, uma denominação à referência a cada um daqueles itens como segue:

- 10.1- referência à data;
- 10.2- referência à hora;
- 10.3- referência ao tipo de ocorrência;
- 10.4- referência ao instrumento de agressão;
- 10.5- referência ao agressor;
- 10.6- referência à descrição da ocorrência;
- 10.7- referência ao resultado das agressões declarado;
- 10.8- referência à assistência médica.

Foi em consideração destas regularidades empíricas que organizámos a pontuação deste capítulo:

- Todos os itens propostos foram referidos: 3 (correcto), ou 2 (correcto mas com incorrecções gramaticais ou de formatação);
- Foram referidos os cinco primeiros itens, essenciais para a caracterização da agressão em VRI: 1 (correcto mas com imprecisões na descrição);
- Falta qualquer um dos cinco primeiros itens: -1 (incompleto).

## b) Capítulo 11 – Descrição dos Dados Documentais

Este capítulo destina-se a referir a existência de documentos relativos ao processo, quer tenham sido enviados pelo tribunal, pelas polícias, ou por instituições de saúde. Na maioria das

vezes, dizem respeito a relatórios médicos produzidos quando a assistência médica foi necessária depois da ocorrência dos factos.

O programa informático permite três opções: “não existe qualquer dado documental referente a este caso”, “existe mas não nos foi facultado”, “existe e está junto aos autos”. Neste caso, o programa abre uma janela que permite introduzir referências à entidade que remete a informação, a data da documentação e permite ainda fazer um extracto dessa mesma documentação. Nomeámos assim os itens desta rubrica: (1) 11.1- referência à entidade; (2) 11.2- referência à data da documentação; (3) 11.3- referência ao extracto da documentação.

A pontuação a atribuir a este capítulo será:

- Existe referência a documentação e dela constam “referência à entidade”, “data” e “extracto”: 3 (correcto), ou 2 (correcto mas mal formatado);
- Desde que referido “não existem dados documentais” ou “existem mas não foram facultados” a pontuação será também de 2 que corresponde ao “correcto mas mal formatado”<sup>117</sup>;
- Foi referido o item 11.3, relativo ao “extracto da documentação”: 1 (correcto mas com imprecisões na descrição);
- Não foi referido o item 11.3: -1 (incompleto).

### c) Capítulo 15 – Descrição das Lesões ou Sequelas

O relatório denomina esta rubrica de “Exame Objectivo” e inclui: (1) o estado geral, (2) lesões e/ou sequelas relacionadas com o evento e (3) Lesões e/ou sequelas sem relação com o evento.

Pela mesma ordem de ideias referida nos capítulos anteriores, a descrição das lesões terá de ser feita de modo exaustivo e pormenorizado, tentando adequar a história contada e os instrumentos utilizados no suposto abuso, ao tipo de lesões físicas existentes e verificando se as datas referidas se adequam ao estado das lesões ou suas sequelas.

O relatório informático, apresenta uma listagem de todas as partes do corpo onde podem encontrar-se lesões ou sequelas, estejam ou não relacionadas com o evento agressivo.

Em todos os casos a pontuação é atribuída conforme a grelha da ficha de supervisão de relatórios do INML.

---

<sup>117</sup> A opção por manter esta “indistinação” prende-se com a necessidade de preenchimento obrigatório deste capítulo quando se faz a avaliação dos relatórios a partir da ficha de avaliação do INML.

#### d) Capítulo 16 – Descrição dos Exames Complementares de Diagnóstico

Os exames complementares de diagnóstico (ECD) serão pedidos, se forem considerados necessários pelo médico que efectua o exame, nos exames presenciais e na altura em que realiza exames preliminares ou intermédios. Assim, num exame preliminar, ou num único e concluído, nunca existem ECDs para descrever. Por outro lado, na maior parte dos casos, não é necessário solicitar quaisquer ECDs.

Não se considera que a entrevista social, que acontece na Delegação do Norte do INML, seja um ECD e não pode ser referida como tal.

Desde que não existam ECDs para descrever, mas desde que disso se dê nota, o capítulo é pontuado com 2 que corresponde ao “correcto mas mal formatado”. Se a rubrica não existir no relatório, a pontuação será de -1. Em todos os outros casos a pontuação é atribuída conforme a grelha da ficha de supervisão de relatórios do INML.

#### e) Capítulo 17 – Discussão

Este capítulo existe apenas nos relatórios que se concluem, pelo que não está presente nos preliminares e nos intercalares.

Faz parte da “Discussão” a avaliação donexo de causalidade entre a história contada e as lesões e/ou sequelas observadas, bem como a referência à data da cura ou da consolidação médico-legal das mesmas lesões<sup>118</sup>. Mas há casos em que não existindo qualquer tipo de lesões, não se pode ajuizar sobre o nexode causalidade e, muito menos, atribuir dias de doença ou incapacidade. O programa informático inclui uma janela na rubrica seguinte, a “Conclusão”, que refere que “na ausência de lesões traumáticas ou suas sequelas, não é possível retirar conclusões”. Nestes casos, e não existindo outra janela no programa que permita referir aquilo mesmo, terá de ser o perito a dizer que “não se pode ajuizar sobre nexode causalidade ou dias de doença”. Considerámos a presença dos dois tipos de informação nesta rubrica e demos-lhe no trabalho empírico a seguinte designação: (1) nexode causalidade; (2) data de cura/consolidação. Deste modo:

- Os dois itens foram referidos: 3 (correcto), ou 2 (correcto mas com incorrecções gramaticais ou de formatação);

---

<sup>118</sup> Segundo T. Magalhães, considera-se cura das lesões a reconstituição completa da situação anterior, sem sequelas. Considera-se consolidação das lesões o momento em que elas se fixam e adquirem um carácter permanente, não sendo necessários mais tratamentos, a não ser para evitar um agravamento da situação e, em que é possível observar um certo grau de incapacidade permanente que constitui um prejuízo definitivo [Magalhães, T. (2007) *Texto de apoio do Curso de Mestrado em Ciências Forenses – 2007-2008*. (documento policopiado)].

- Não foi referido qualquer um dos itens: -1;
- Não se concluiu o relatório e logo não há discussão: 1 .

#### f) Capítulo 18 – Conclusões (preliminar ou final)

Este capítulo depende do número do exame. Se ele é único e concluído ou final, a conclusão será final, se ele é preliminar ou intercalar, a conclusão será preliminar.

Mantiveram-se as pontuações atribuídas nas fichas de supervisão dos relatórios de clínica médico-legal do INML.

#### g) Capítulo 19 – Fotodocumentação

Pensamos que esta rubrica deve constar em todos os relatórios de avaliação de dano, seja em que ramo do Direito for, porque *uma imagem vale mais que mil palavras*. Ela faz parte da ficha de avaliação dos relatórios de Clínica Forense.

Optámos por não a introduzir neste trabalho de investigação, porque, ainda há falta de equipamentos adequados, nomeadamente nos gabinetes e não podíamos permitir que isso fosse um factor de discriminação na avaliação dos relatórios. Contudo dispusemo-nos a contabilizar, como curiosidade, a que eventualmente tivesse sido realizada.

Os 214 relatórios foram recolhidos a partir do sistema MedLeg.Net, analisados e pontuados de acordo com a ficha antes descrita.

## **1.2. Questionário de opinião destinado aos Magistrados do Ministério Público**

Para estudar a opinião dos Magistrados do Ministério Público quanto ao valor do relatório pericial em caso de VRI para a produção da prova, foi construído um questionário que replicava os capítulos da grelha de avaliação antes descrita (Anexo 2). Foram usadas sobretudo perguntas fechadas (objecto de uma apreciação ordenada qualitativa que se assemelha a uma escala de Lickert, pontuadas entre 1 e 5 quanto ao grau de importância que assumiam para o respondente) e incluindo em todas as questões um pedido de comentário pessoal que cada um entendesse fazer sobre o assunto.

O questionário foi elaborado de forma a conhecer a opinião dos Magistrados sobre a adequação dos relatórios médicos periciais relativos a casos de VRI, em teoria, isto é, quanto aos conteúdos que, segundo eles, devem constar num relatório deste tipo, e também em concreto, ou seja, tendo em consideração os casos reais da sua experiência.

Como referido, a construção do questionário levou em conta a actual organização da ficha clínica usada no INML em Clínica Forense, dividida em capítulos, procurando-se de alguma forma entender quais os capítulos que são mais valorizados por aqueles profissionais quando apreciam os relatórios médicos e conhecer o seu grau de satisfação em relação à qualidade dos mesmos.

Este questionário foi enviado aos Magistrados das Comarcas para quem o Gabinete Médico-Legal de Viseu e a Delegação do Norte do INML produzem trabalho. Para tal, foi solicitado ao Procurador Geral do Porto e ao Procurador do Círculo Judicial de Viseu o favor de enviarem o questionário, através dos canais informáticos internos, a todos os Magistrados do MP que trabalham nos Tribunais das suas respectivas jurisdições. Foi considerado um prazo alargado de seis meses para a recepção dos inquéritos, que seriam devolvidos via e-mail para a investigadora.

Esta forma, que parecia ser a mais adequada por não necessitar de utilização de suporte papel e por garantir que todos os destinatários recebiam o inquérito, para além de ser a forma mais fácil de responder, mostrou-se afinal pouco eficaz, porque ao fim de quatro meses tínhamos recebido pouco mais de vinte inquéritos.

Foram então, numa segunda fase, contactados pessoalmente todos os serviços do Ministério Público pertencentes ao Círculo de Viseu, explicando-se-lhes de forma individual, o interesse deste contributo, a alguns tendo sido entregue o inquérito em suporte papel e a outros reenviado o mesmo via e-mail. Em relação ao Porto, foi contactado de novo o Procurador Geral Distrital que reenviou novo pedido aos Magistrados da sua jurisdição<sup>119</sup>.

A aceitação de todos os questionários recebidos, depois de validados, mesmo daqueles que pertenciam a outros tribunais que não os que trabalham directamente com a Delegação, permitiu aumentar a amostra. Foram recebidos 51 questionários, preenchidos e validados, 24 referentes a Magistrados da área de influência da Delegação do Norte do INML e 11 da área de influência do GML de Viseu. Em relação aos questionários provenientes da área de influência da Procuradoria-Geral do Porto, ainda se realizou uma sub-divisão entre os provenientes da área de influência da Delegação do Norte do INML (Tribunais do Porto, Gaia, Matosinhos, Gondomar, Maia, Póvoa de Varzim, Vila do Conde e Valongo), que denominámos como

---

<sup>119</sup> Entre o 1º e o último questionário devolvidos mediarão 7 meses.

“Delegação A”, e, os provenientes da área de influência dos GML do Norte (Chaves, Vila Real, Bragança e Mirandela, Guimarães, Braga, Viana do Castelo, Penafiel e Santa Maria da Feira) que pertencem, também, à jurisdição da Delegação do Norte (restantes Tribunais), que designámos como “Delegação B”. Os questionários provenientes do Círculo de Viseu foram denominados como “Gabinete”.

## 2. MÉTODOS

O estudo estatístico para tratamento dos dados foi idêntico para os dados recolhidos pelos dois instrumentos: grelha de análise dos relatórios e questionários, porquanto na maioria dos casos as dimensões eram sobreponíveis. Procedeu-se também à análise qualitativa das respostas abertas constantes dos questionários, que foram todavia em número reduzido.

O tratamento estatístico dos dados recolhidos, após codificação e informatização, foi efectuado com os programas SPSS (versão 15.0). As análises estatísticas, de tipo descritivo, realizadas foram contagens, percentagens, medidas de tendência central e de dispersão. Para a apresentação destes dados escolheram-se gráficos de barras. Na comparação de itens categóricos realizaram-se, quando tal foi possível e adequado, testes de *qui quadrado* ( $\chi^2$ ). Na comparação dos *score* final e dos *scores* atribuídos aos diferentes itens foi aplicado o teste paramétrico de amostras independentes – *t de student*. Analisou-se a dispersão das respostas aos diversos itens, tanto no trabalho de avaliação dos relatórios, como no trabalho sobre a opinião dos magistrados, utilizando gráficos do tipo *box-plot*.

Para testar a hipótese teórica de que há diferenças nos registos dos aspectos que relevam do contexto situacional, a que se chamou “Contexto familiar” (para seguir a orientação da ficha de exame clínico), que tinham inspirado teoricamente a grelha de análise, foram realizados estudos de correlação entre itens da grelha. Usaram-se análises factoriais de redução dos componentes principais, nos conjuntos de itens em que se pretendeu identificar maiores tendências. Nesses casos foi utilizado o método Varimax. Valores de prova inferiores a 0.05 são considerados como indicando significância estatística para os testes *t de student* e para os testes preparatórios à análise factorial. Nos casos dos testes de  $\chi^2$  os valores foram considerados significativos para um  $p=0.01$ .

Na análise das respostas abertas utilizou-se o programa N-VIVO versão 8. A codificação seguiu o modelo da categorização emergente e apresentam-se os dados relativos às referências codificadas. Considerou-se como unidade de codificação a expressão com sentido e/ou frase.



## **V. RESULTADOS**



## **1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS RELATÓRIOS PERICIAIS RELATIVOS A VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE**

Os relatórios periciais foram analisados segundo o modelo de ficha de colheita de dados anteriormente apresentada (Anexo 1), constituída pelas categorias que também servem para a apresentação dos resultados: (1) descrição da história do evento; (2) descrição dos dados documentais; (3) descrição dos antecedentes pessoais; (4) descrição do contexto familiar; (5) descrição das queixas; (6) descrição das lesões e/ou sequelas; (7) descrição dos exames complementares de diagnóstico; (8) discussão; (9) conclusões.

Numa segunda abordagem, foram feitas algumas análises cruzadas, que dão conta da presença e ausência de preocupações relativas a aspectos físicos, psicológicos e contextuais da avaliação da vítima de que os relatórios fazem eco.

### **1.1 Caracterização geral dos relatórios**

Foram analisados 224 relatórios médicos de Clínica Médico-Legal relativos a casos de VRI, 110 (49.1%) elaborados na Delegação do Norte do INML e 114 (50.9%) no Gabinete Médico-Legal de Viseu (tabela 1). Serão os mesmos referidos como Delegação e GML.

<b>Origem dos relatórios</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Delegação	110	(49.1)
Gabinete	114	(50.9)
Total	224	(100)

**Tabela 1. Distribuição dos relatórios analisados segundo a sua Origem**

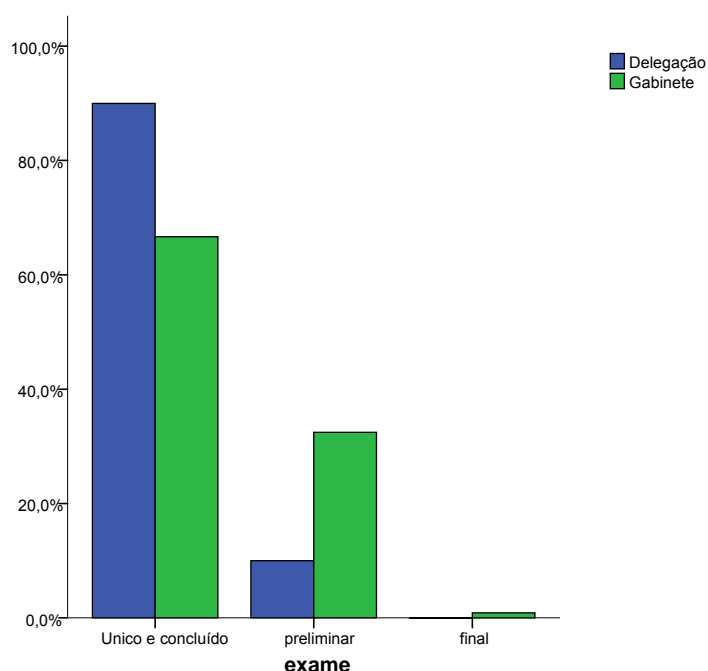
Os relatórios diziam respeito a vítimas de ambos os géneros, mas o número referente a indivíduos de sexo masculino foi pouco significativo (n=19, 8.5%), pelo que não considerámos esta variável no estudo subsequente.

A maior parte dos exames, 78.1%, são “únicos e concluídos” e em cerca de um quarto dos casos (21.4%), o exame foi “preliminar” (tabela 2).

Exame	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Único e concluído	99 (90)	76 (66.7)	175 (78.1)
preliminar	11 (10)	37 (32.5)	48 (21.4)
final	0 (0)	1 (0.9)	1 (0.4)
Total	110 (100)	114 (100)	224 (100)

**Tabela 2. Distribuição dos relatórios por Número de exame**

Nos dois locais, o número de exames “únicos e concluídos” é francamente superior ao de “preliminares”. No GML, a percentagem de exames “preliminares” é mais elevada do que na Delegação (gráfico 1).



**Gráfico 1. Distribuição dos relatórios por Número de exame e origem**

## 1.2. História do Evento

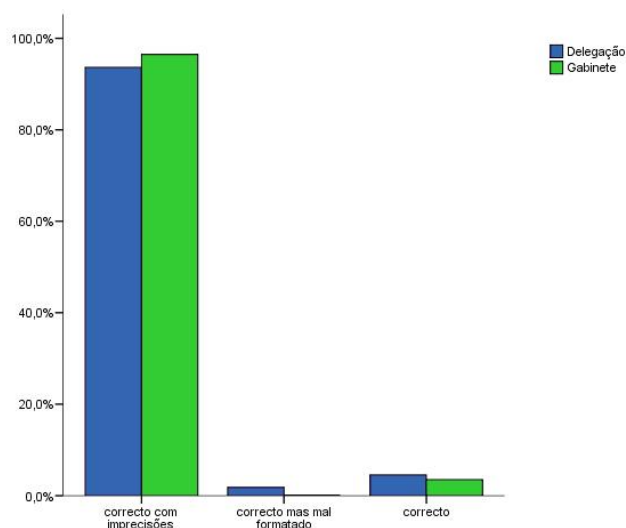
Ao analisarmos os modos de presença da “História do evento” nos relatórios, constatamos que 95% dos relatórios apresenta uma descrição que se inclui na pontuação 1 (correcta mas com imprecisões), ou seja, indicam data e hora, tipo de ocorrência, suposto agressor e suposto instrumento de agressão, mas não fazem, por sistema, referência à descrição da ocorrência. Apenas cerca de 5% dos relatórios apresenta pontuação de “correcta”,

significando que toda a informação consta, embora uma pequena percentagem tenha alguns erros de formatação ou de grafia ( tabela 3).

Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Correcto com imprecisões	103 (93.6)	110 (96.5)	213 (95.1)
Correcto mas mal formatado	2 (1.8)	0 (0)	2 (0.9)
Correcto	5 (4.5)	4 (3.5)	9 (4.0)
Total	110 (100)	114 (100)	224 (100)

**Tabela 3. Distribuição dos relatórios analisados segundo a História do evento por origem**

Apenas 9 relatórios (4%), equitativamente divididos entre Delegação e GML, apresentam pontuação máxima neste item. Todos os outros, de qualquer das proveniências, não fazem a “descrição da ocorrência”, tendo sido classificados como “correcto com imprecisões” e totalizam 95.1%, como se poderá verificar mais adiante. O número de relatórios correctos mas mal formatados neste item é irrelevante (n=2). O valor do  $\chi^2=2.270$  (claramente abaixo do valor de significância) indica que temos de concluir pela hipótese nula, isto é, que não há diferenças nas categorias de pontuação atribuídas na história do evento entre a Delegação e o Gabinete. É fácil de visualizar esta conclusão no gráfico 2.



**Gráfico 2. Distribuição dos relatórios analisados segundo a História do evento por local de origem**

Uma subsequente análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos e descritivos da história do evento (data, hora, tipo de ocorrência, instrumento de agressão, agressor, descrição da ocorrência, resultado declarado, assistência médica), permite aquilatar as

razões pelas quais uma maioria dos relatórios foi considerada como contendo imprecisões: à exceção da descrição da ocorrência, todos os itens constavam dos relatórios com presenças numéricas idênticas. Aquele item, em particular, estava referido em apenas 7% dos relatórios da Delegação e 4% dos relatórios do GML (tabela 4).

Referências	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
referência à data	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
referência à hora	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
tipo de ocorrência	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
instrumento de agressão	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
agressor	1.00	110	0.00	0.99	114	0.09	1.00	224	0.07
descrição da ocorrência	0.07	110	0.26	0.04	114	0.18	0.05	224	0.23
resultado declarado	0.87	110	0.33	0.90	114	0.30	0.89	224	0.32
assistência médica	0.98	110	0.13	0.99	114	0.09	0.99	224	0.12

**Tabela 4. Análise comparativa dos resultados nos itens relativos e descritivos da História do evento divididos por local de origem<sup>120</sup>**

### 1.3. Dados documentais

A maior parte dos relatórios (82.1%) refere que “não existem dados documentais”. Como se atribuiu a mesma pontuação à “não existência” e à situação de “correcto mas mal formatado ou com incorrecções gramaticais”, pode existir uma confusão de leitura de resultados, que convém deixar esclarecido. Assim neste grupo estão integrados os relatórios destas duas situações.

Uma percentagem de 82.1% dos relatórios apresentaram, assim, uma descrição aceitável desta rubrica, se levarmos em consideração que num número significativo de casos, não existe ou não é apresentada qualquer documentação.

Em 16.7% dos relatórios do GML, não se encontrou qualquer referência a esta rubrica, que tinha sido apagada do relatório.

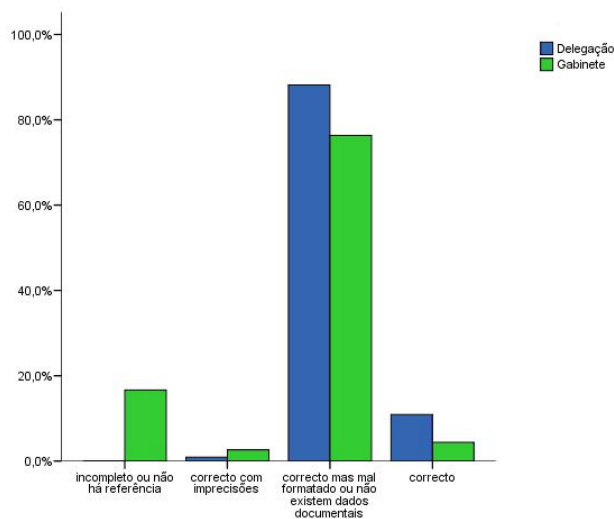
O valor do  $\chi^2=23.362$  indicia que existe uma diferença entre os dois grupos de relatórios considerados, para um  $p=0.001$  (tabela 5).

<sup>120</sup> Considerando que a variação de resposta se situava entre 0 e 1, os valores assinalados podem ser lidos como se de percentagens se tratasse.

Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Incompleto ou não há referência	0 (0)	19 (16.7)	19 (8.5)
Correcto com imprecisões	1 (0.9)	3 (2.6)	4 (1.8)
Correcto mas mal formatado ou não existem dados documentais	97 (88.2)	87 (76.3)	184 (82.1)
Correcto	12 (10.9)	5 (4.4)	17 (7.6)
Total	110 (100)	114 (100)	224 (100)

**Tabela 5. Distribuição da pontuação obtida na categoria Dados documentais e origem**

A mesma diferença pode ser constatada visualmente no gráfico 3.



**Gráfico 3. Distribuição da pontuação obtida na categoria Dados documentais por origem**

De forma geral, quando há referência a dados documentais, eles são, quase sempre, todos referidos. A sua não referência, parece passar pela sua não existência.

Desta forma, apenas 10% se referiu à entidade, 8% à data da documentação e 9% ao extracto da documentação (tabela 6).

	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
referência à entidade	0.14	110	0.34	0.07	114	0.26	0.10	224	0.30
referência à data da documentação	0.12	110	0.32	0.04	114	0.21	0.08	224	0.27
extracto de documentação	0.13	110	0.33	0.06	114	0.24	0.09	224	0.29

**Tabela 6. Análise comparativa dos resultados nos itens relativos e descritivos dos Dados documentais divididos por origem**

## 1.4. Antecedentes pessoais

Nos 224 relatórios revisados, apenas dois (0.8%) incluíam referência aos três tipos de antecedentes pessoais. A grande maioria (81.3%), faz referência a antecedentes patológicos ou traumáticos, mas é muito raro que se faça referência a hábitos de consumo.

O único relatório “correcto” pertencia ao lote do GML. Na Delegação existia um com informação “correcta, mas com erros de formatação”.

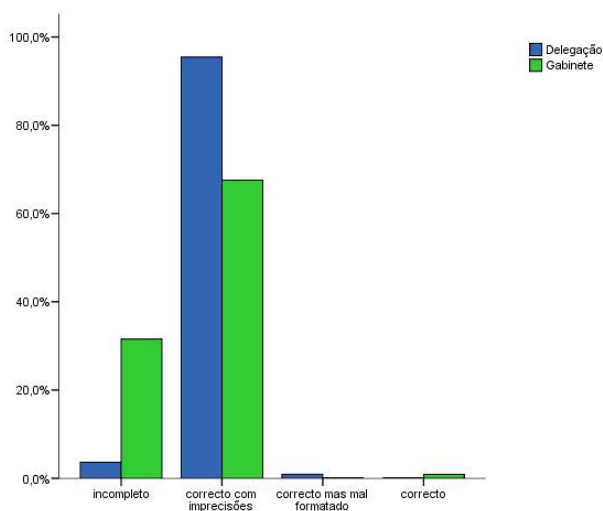
Um total de 77 relatórios do GML (67.5%) apresentavam-se “correctos com imprecisões” (mencionando pelo menos um dos antecedentes), contra 105 (95.5%) da Delegação. O GML apresentava uma percentagem de 31.6% de relatórios “incompletos” (não mencionavam qualquer tipo de antecedentes ou tinham apagado a rubrica).

O valor do  $\chi^2$  é de 31.846 para um  $p=0.001$ , pelo que é significativa a diferença entre os dois grupos considerados (tabela7).

Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Incompleto	4 (3.6)	36 (31.6)	40 (17.9)
Correcto com imprecisões	105 (95.5)	77 (67.5)	182 (81.3)
Correcto mas mal formatado	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.4)
Correcto	0 (0)	1 (0.9)	1 (0.4)
Total	110 (100)	114 (100)	224 (100)

**Tabela 7. Distribuição da pontuação obtida na categoria Antecedentes pessoais e origem**

Visualmente, podem ser apreciados aqueles resultados no gráfico 4.



**Gráfico 4. Distribuição da pontuação obtida na categoria Antecedentes pessoais segundo a origem**

Mais de 90% dos relatórios não faz menção a antecedentes de hábitos de consumo. Os antecedentes patológicos e traumáticos são referidos em quase todos os relatórios da Delegação, 97% e 95%, respectivamente, enquanto os relatórios do GML os referem apenas em 66% e 54% (tabela 8).

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

**Tabela 8. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos e descritivos dos Antecedentes pessoais distribuídos pela sua origem<sup>121</sup>**

## 1.5. Contexto familiar

Como se referiu no capítulo das Metodologias, considerou-se que:

- Se todos os itens constassem no relatório, a pontuação seria de 3 valores (correcto) ou 2 valores (correcto mas mal formatado);
- Se fossem referidos pelo menos nove dos itens considerados, o valor seria de 1 (correcto com imprecisões);
- Se fosse referido um número inferior, o valor seria de -1 (incompleto).

Dos 224 relatórios revisados, apenas um foi considerado correcto. Em 71 (31.79%) foram considerados pelo menos nove itens, enquanto em 152 (67.9%), foi referido um número inferior. A grande maioria das vezes, nos relatórios da Delegação, faz-se a referência ao envio ao Serviço Social, e no GML, refere-se apenas que existe historial de maus-tratos (tabela 9). ( $\chi^2=76,929$ ;  $p<0.001$ )

Categorias de pontuação	Delegação		Gabinete		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Incompleto	44	(40)	108	(94.7)	152	(67.9)
Correcto com imprecisões	65	(59.1)	6	(5.3)	71	(31.7)
Correcto mas mal formatado	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Correcto	1	(0.9)	0	(0)	1	(0.4)
Total	110	(100)	114	(100)	224	(100)

**Tabela 9. Distribuição da pontuação obtida na categoria Contexto familiar por origem**

Se considerarmos que a referência ao envio ao Serviço Social (onde é feito um relatório pormenorizado de todo o contexto familiar) é suficiente para considerar este capítulo como

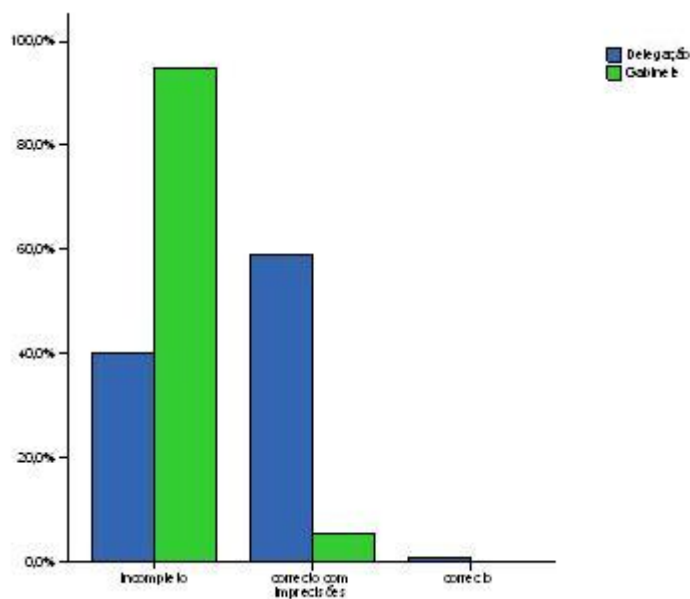
<sup>121</sup> Considerando que a variação de resposta se situava entre 0 e 1, os valores assinalados podem ser lidos como se de percentagens se tratasse.

totalmente respondido, então os resultados melhoram francamente ( $\chi^2= 224.00$ ;  $p<0.001$ ). Assim sendo, em 224 relatórios revisados passarão a existir 110 correctamente redigidos neste capítulo, numa percentagem de cerca de 50%, correspondentes à Delegação (tabela 10).

Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Incompleto	0 (0)	108 (94.7)	108 (48.2)
Correcto com imprecisões	0 (0)	6 (5.3)	6 (2.7)
Correcto mas mal formatado	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Correcto	110 (100)	0 (0)	110 (49.1)
Total	110 (100)	114 (100)	224 (100)

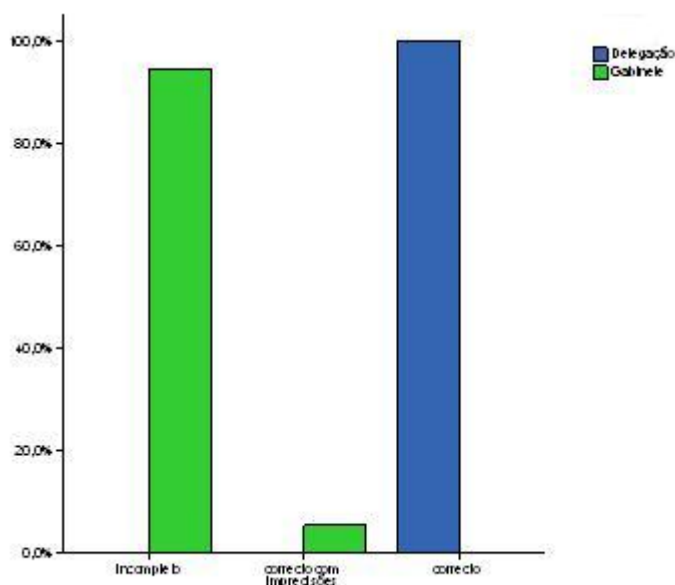
**Tabela 10. Distribuição da pontuação obtida na categoria Contexto familiar por origem (versão 2)**

Remetendo-nos à primeira abordagem deste capítulo, em que todos os relatórios estão em igualdade de tratamento, verificamos que na grande maioria dos relatórios do GML, 95%, se refere um número inferior a nove itens, enquanto na Delegação isso se verifica em apenas 40%, sendo de 59.1% o número dos que dão uma resposta superior a nove itens (gráfico 5).



**Gráfico 5. Distribuição das frequências na categoria Contexto familiar por origem (versão 1)**

Se considerarmos a segunda opção, dar valor máximo aos relatórios da Delegação que remetem para o Serviço Social, então, este capítulo estará “correcto” em todos os 110 relatórios, contribuindo com um valor de 3 para a nota final da avaliação (gráfico 6).



**Gráfico 6. Distribuição das frequências na categoria Contexto familiar por origem ( versão 2)**

Passando a fazer a análise comparativa da referência aos itens considerados importantes na rubrica “Contexto familiar”, verificamos que cerca de um quarto dos relatórios (25% da Delegação e 33% do GML) se referem à constituição do agregado familiar. Já a escolaridade, as profissões e os antecedentes patológicos das pessoas que formam o agregado familiar, constam em percentagem inferior a 10%. Também em 10% dos relatórios existe referência à existência de comportamentos desviantes daqueles elementos (tabela 11).

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

**Tabela 11. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos ao Contexto familiar por origem ( 1º conjunto de itens<sup>122</sup>)**

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

A referência ao tipo de abuso inicial, foi registada em 17% dos casos.

<sup>122</sup> Considerando que a variação de resposta se situava entre 0 e 1, os valores assinalados podem ser lidos como se de percentagens se tratasse.

A referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo, à frequência, ao grau de ameaças ou seu tipo, foi inferior a 10%.

Só em 2% do número total de relatórios se encontrou referência a agressões durante a gravidez ou a ameaças com armas de fogo, sendo este valor ligeiramente superior nos relatórios da Delegação (tabela 12).

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

**Tabela 12. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos ao Contexto familiar por origem (2º conjunto de itens)**

A referência a ameaças de homicídio por parte do suposto abusador foi feita em 11% dos relatórios da Delegação e em 4% dos relatórios do GML; referências a queixas anteriores às autoridades foram registadas em 25% da Delegação e 12% do GML, enquanto referências a queixas retiradas apenas se encontraram em 9% dos relatórios da Delegação e em 2% do GML; notas sobre detenções anteriores do suposto abusador encontraram-se em 2% do total dos relatórios; apenas em 0.3% se referiu a existência de eventual situação de violência nas famílias de origem da vítima e agressor; referência a outras pessoas a assistirem ou a serem vítimas de abuso fez-se apenas em 14% dos casos; referências à convicção da suposta vítima de poder ser alvo de tentativa de homicídio, à existência de algum tipo de ideação suicida e à existência de apoio social/familiar com que a suposta vítima possa contar, constavam em menos de 5% dos relatórios (tabela 13).

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

**Tabela 13. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos ao Contexto familiar por origem (3º conjunto de itens)**

## 1.6. Descrição das Queixas

Foram consideradas queixas de ordem funcional, de ordem situacional e relativas ao processo abusivo.

Apenas em 16 relatórios (7.1%) do total foram registadas as três ordens de queixas. 80% dos relatórios faziam referência a uma das queixas, enquanto 12% não referiam qualquer queixa (tabela 14).

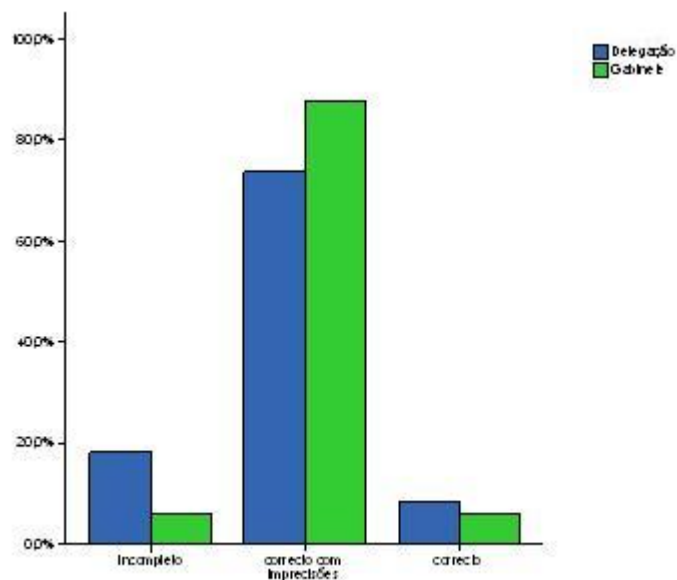
Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Incompleto	20 (18.2)	7 (6.1)	27 (12.1)
Correcto com imprecisões	81 (73.6)	6 (87.7)	181 (80.8)
Correcto mas mal formatado	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Correcto	9 (8.2)	7 (6.1)	16 (7.1)
Total	110 (100)	114 (100)	224 (100)

**Tabela 14. Distribuição das frequências na categoria Queixas por origem**

Os relatórios “correctos”, 7% do total, distribuem-se de forma semelhante entre a Delegação e o GML.

A grande maioria dos relatórios faz menção a pelo menos uma das queixas, tanto na Delegação como no GML (80.8%). Nenhuma queixa se encontra referida em 18% de relatórios da Delegação e em 6% do GML (gráfico7).

O valor do  $\chi^2$  é de 8.435, que não é um valor suficiente para um  $p=0.001$ , pelo que não se pode concluir pela diferença no preenchimento desta categoria em ambos os grupos de relatórios.



**Gráfico 7. Distribuição das frequências na categoria Queixas por origem**

Nesta rubrica, como se estava à espera, as queixas de ordem funcional aparecem em grande número (88% do total dos relatórios), em menor número aparecem as de ordem situacional (46%), mas são muito raras as menções a queixas relativas ao processo abusivo (8%) (tabela15).

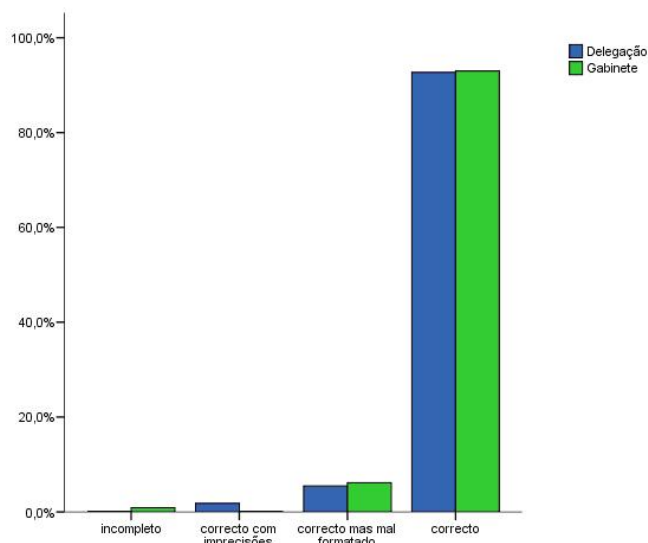
	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
queixas de ordem funcional	0.81	110	0.39	0.94	114	0.24	0.88	224	0.33
queixas de ordem situacional	0.57	110	0.50	0.34	114	0.48	0.46	224	0.50
queixas relativas à vivência do abuso	0.09	110	0.29	0.07	114	0.26	0.08	224	0.27

**Tabela 15. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos às Queixas por origem<sup>123</sup>**

## 1.7. Descrição das Lesões e/ou Sequelas

Praticamente 99% dos relatórios apresentaram-se “correctos”, com uma pequena percentagem (5.8%) de incorrecções na formatação (gráfico 8).

<sup>123</sup> Considerando que a variação de resposta se situava entre 0 e 1, os valores assinalados podem ser lidos como se de percentagens se tratasse.



**Gráfico 8. Distribuição das frequências na categoria Lesões por origem**

Como se esperava, a descrição das lesões e ou sequelas está correcta em quase todos os relatórios. Não há diferenças substanciais entre Delegação e GML como atesta o valor do  $\chi^2= 3.083$  (tabela 16).

Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Incompleto	0 (0)	1 (0.9)	1 (0.4)
Correcto com imprecisões	2 (1.8)	0 (0)	2 (0.9)
Correcto mas mal formatado	6 (5.5)	7 (6.1)	13 (5.8)
Correcto	102 (92.7)	106 (93.0)	208 (92.9)
Total	110 (100)	114 (100)	224(100)

**Tabela 16. Distribuição das frequências na categoria Lesões por origem**

## 1.8. Exames complementares de diagnóstico

Em 96 relatórios, no total dos 224 (43%) este capítulo não constava do relatório.

Em cerca de 40% dos relatórios foi referido que não foi feita qualquer descrição por não existirem exames complementares (correcto mas mal formatado).

Em 17% dos relatórios, considerou-se o envio ao Serviço Social, como ECD ou incluíram-se nesta rubrica dados documentais (correcto com imprecisões).

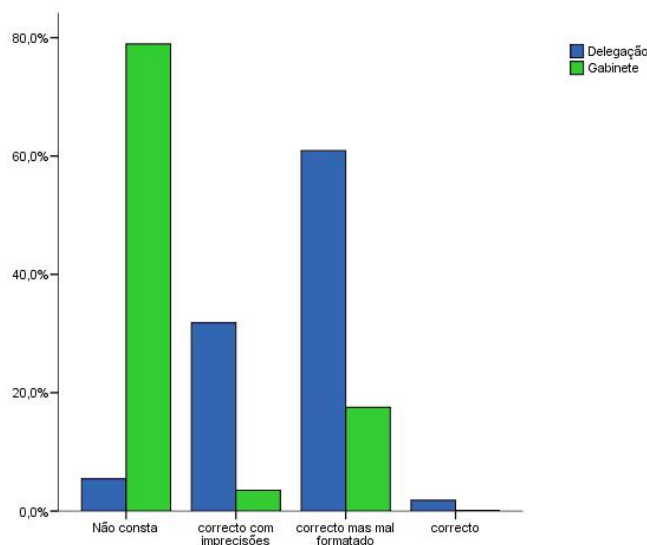
Em 78% dos relatórios do GML não se encontrou referência a este capítulo que foi “apagado” do relatório.

Em cerca de 40% do total dos relatórios não foi efectuada qualquer descrição por não existirem ECDs, mas esse facto foi indicado no relatório (tabela 17).

Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Mal estruturada /incompleta/ não inclui dados relevantes/ não existe referência a este capítulo	6 (2.7)	90 (78)	96 (42.9)
Correcto com imprecisões/envio ao SS	35 (15.6)	4 (1.8)	39 (17.4)
Correcto mas mal formatado/Não existem ECD	67 (29.9)	20 (8.9)	87 (38.8)
Correcto	2 (0.9)	0 (0)	2 (0.9)
Total	110 (100)	114 (100)	224 (100)

**Tabela 17. Distribuição das frequências na categoria Exames complementares de diagnóstico por origem**

Existem diferenças significativas entre os dois grupos como indica o  $\chi^2$  ( $\chi^2= 125.5$ ;  $p<0.001$ ) e se pode apreciar de forma gráfica (gráfico 9).



**Gráfico 9. Distribuição das frequências na categoria Exames complementares de diagnóstico por origem**

## 1.9. Discussão

Como se referiu, a “Discussão” acontece sempre que se termina um relatório e se podem tirar “Conclusões finais”, ou seja, nos relatórios únicos e concluídos ou nos relatórios finais.

Em 55% dos casos a avaliação da Discussão esteve “correcta”. Em 27% não foi efectuada por não se ter concluído o relatório (correcto mas sem discussão). Em 18% dos relatórios há imprecisões de análise, que se prendem com a inexistência de referência a discussão em relatórios onde era obrigatório que constasse (tabela 18).

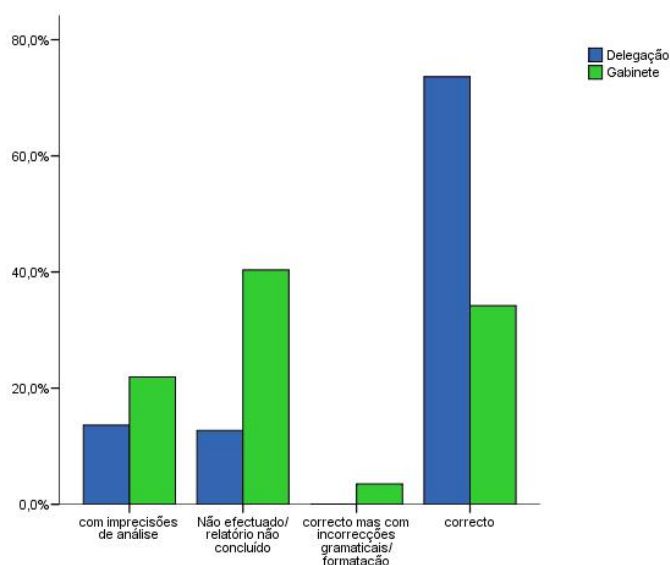
Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Com imprecisões de análise	15 (13.6)	25 (21.9)	40 (17.9)
Correcto mas sem discussão	14 (12.7)	46 (40.4)	60 (26.8)
Correcto mas mal formatado	0 (0)	4 (3.5)	4 (1.8)
Correcto	81 (73.6)	39 (34.2)	120 (53.6)
Total	110 (100)	114 (100)	224 (100)

**Tabela 18. Distribuição das frequências na categoria Discussão por origem**

Pormenorizando: a “Discussão” foi considerada correcta em 73.6% dos relatórios provenientes da Delegação e 34.2% do GML que deviam corresponder ao número de relatórios únicos e concluídos ou finais. Em cerca de 13% dos relatórios da Delegação e de 40% dos relatórios do GML não se efectuou discussão por não se ter concluído o relatório (correcto mas sem discussão), o que está de acordo com os números de relatórios preliminares.

Em 15 (13.6%) relatórios da Delegação e 25 (21.9%) do GML, num total de cerca de 18% de todos os relatórios, apesar de existir um relatório final, não se fez discussão (com imprecisões de análise).

O valor do  $\chi^2$  foi de 38.207, indicando que existe diferença no modo de pontuação atribuída aos relatórios das duas localidades. É possível observar essas diferenças no gráfico 10.



**Gráfico 10. Distribuição das frequências na categoria Discussão por origem**

Sob o ponto de vista da análise comparativa da presença nos relatórios dos dois itens relativos à discussão e que são o “nexo de causalidade” e a “data de cura ou consolidação”, verificamos que: quando há lugar a discussão, em 77% dos relatórios provenientes da Delegação, faz-se menção aos dois itens considerados no capítulo, enquanto nos provenientes do GML, onexo de causalidade é referido em 53% dos relatórios e a data de cura ou consolidação em 38%<sup>124</sup> (tabela 19). No GML, em 42 relatórios (36.8%) encontrou-se registo dos dois itens e em 18 relatórios (15.8%) foi assinalado apenas o “nexo de causalidade”.

	Delegação			Gabinete			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
referência aonexo de causalidade.	0.77	106	0.42	0.53	114	0.50	0.65	220	0.48
referência à data da cura ou de consolidação das lesões	0.77	106	0.42	0.38	114	0.49	0.57	220	0.50

**Tabela 19. Análise comparativa dos resultados obtidos nos itens relativos à Discussão por origem**<sup>125</sup>

## 1.10. Conclusões preliminares

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

Dos 51 relatórios terminados com este tipo de conclusão, 75% pertenciam ao GML e 25% à Delegação, estando de acordo com o número do relatório (preliminar) a que dizem respeito. Foram de 92.3% e 89.5% as percentagens de conclusões “correctas”, respectivamente da Delegação e do GML, em relação aos totais parciais.

O  $\chi^2$  diz-nos que não existem diferenças entre os relatórios proveniente de ambos os locais descritos ( $\chi^2= 0.351$ ;  $p<0.001$ ) (tabela 20).

Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Incompleto	0 (0)	1 (2.6)	1 (0.4)
Correcto com imprecisões	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Correcto mas mal formatado	1 (7.7)	3 (7.9)	4 (1.8)
Correcto	12 (92.3)	34 (89.5)	46 (20.5)
Total	13 (100)	38 (100)	51 (100)

**Tabela 20. Distribuição das frequências na categoria Conclusões preliminares por origem**

A ilustração gráfica (gráfico 11) mostra uma imagem do que acima referimos:

<sup>124</sup> Também aqui tem de ser tido em conta o “número de ordem dos relatórios” (nº de relatórios preliminares, únicos e concluídos ou finais).

<sup>125</sup> Considerando que a variação de resposta se situava entre 0 e 1, os valores assinalados podem ser lidos como se de percentagens se tratasse.

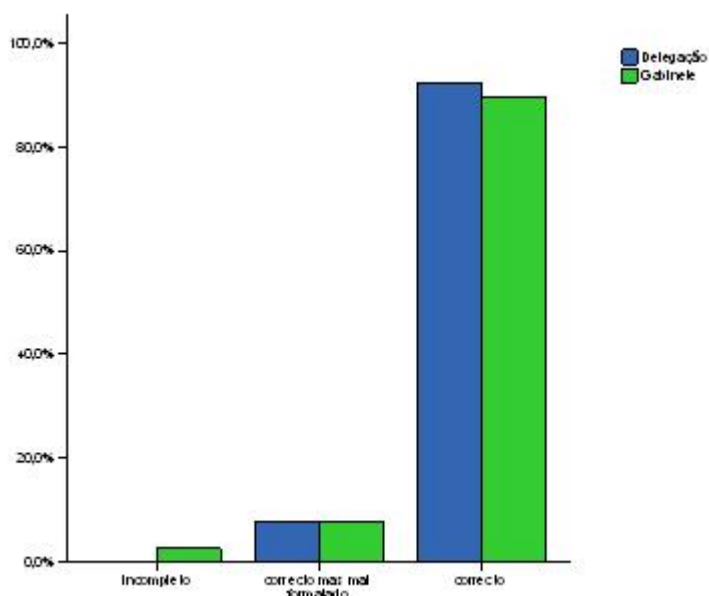


Gráfico 11. Distribuição das frequências na categoria Conclusões preliminares por origem

### 1.11. Conclusão final

Dos 224 relatórios, 173 (77.2%) apresentavam “conclusão final”<sup>126</sup>. Desses, 94% apresentavam conclusões “correctas”. O maior número de relatórios com conclusões finais pertenceu à Delegação, 97 contra 76 do GML, já que neste local tinha havido um maior número de conclusões preliminares (tabela 21).

Categorias de pontuação	Delegação	Gabinete	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Incompleto	3 (3.1)	1 (1.3)	4 (1.8)
Correcto com imprecisões	7 (7.2)	0 (0)	7 (3.1)
Correcto mas mal formatado	1 (1.0)	3 (3.9)	4 (1.8)
Correcto	86 (88.7)	72 (94.7)	158 (70.5)
Total	97 (100)	76 (100)	173 (100)

Tabela 21. Distribuição das frequências na categoria Conclusões finais por origem

As percentagens de conclusões “correctas” foram bastante semelhantes nos relatórios provenientes dos dois locais. O  $\chi^2$  diz-nos que não existem diferenças entre eles ( $\chi^2=7.806$ ;  $p<0.001$ ) e, o aspecto gráfico dos resultados é o que segue no gráfico 12.

<sup>126</sup> Ou seja, pertenciam ao grupo com “número de exame” correspondente a “único e concluído” ou “final”.

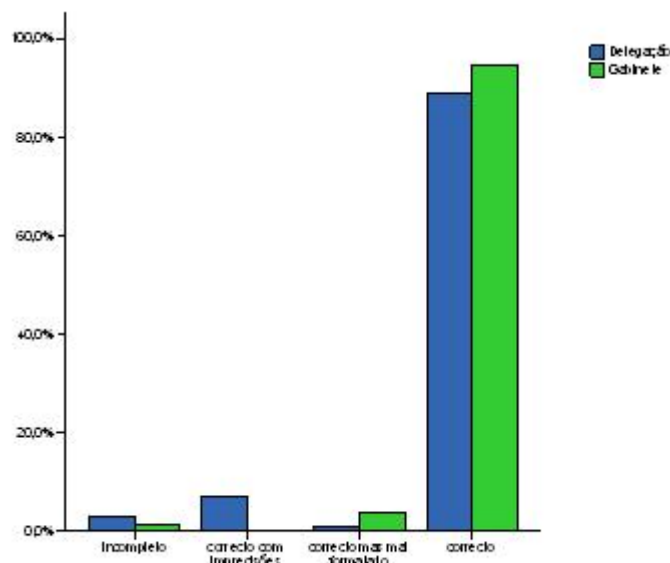


Gráfico 12. Distribuição da pontuação obtida na categoria Conclusões finais

## 1.12. Fotodocumentação

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

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

Comparámos as médias obtidas nos relatórios oriundos da Delegação do Norte e do GML de Viseu quanto às categorias constantes do guião. Constatámos que a categoria das “Lesões” é aquela cujos resultados se aproximam do máximo possível. Ao contrário, o “Contexto familiar” e os “Antecedentes pessoais” são as categorias que estão pior pontuadas na globalidade dos relatórios. Exceptuando as categorias “Queixas” e “Conclusões finais”, as pontuações atribuídas são favoráveis aos relatórios da Delegação. Existem diferenças, estatisticamente significativas, nas pontuações atribuídas nos “Dados documentais”, “Antecedentes pessoais”, “Contexto familiar”, “Discussão” e “Conclusão” entre os relatórios do GML de Viseu e da Delegação do Norte (tabela 22).

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

**Tabela 22. Análise comparativa das pontuações médias e desvio-padrão relativo às categorias constantes do guião de análise dos relatórios.**

Um dado interessante a ter em conta é a análise da dispersão dos valores obtidos nos relatórios oriundos das duas origens geográficas: há maior dispersão de respostas nas categorias “Dados documentais” e “Antecedentes pessoais” nos relatórios oriundos do GML; ao invés, há maior dispersão de respostas nos relatórios da Delegação nas categorias “Contexto familiar” e “Queixas”. Não há dispersão significativa na categoria “Lesões”, seja na Delegação seja no GML, o que infere o raciocínio que todos dão idêntica e efectiva importância a esta categoria. Tais juízos podem ser vistos graficamente no quadro de *boxplot* seguinte (gráfico 13).

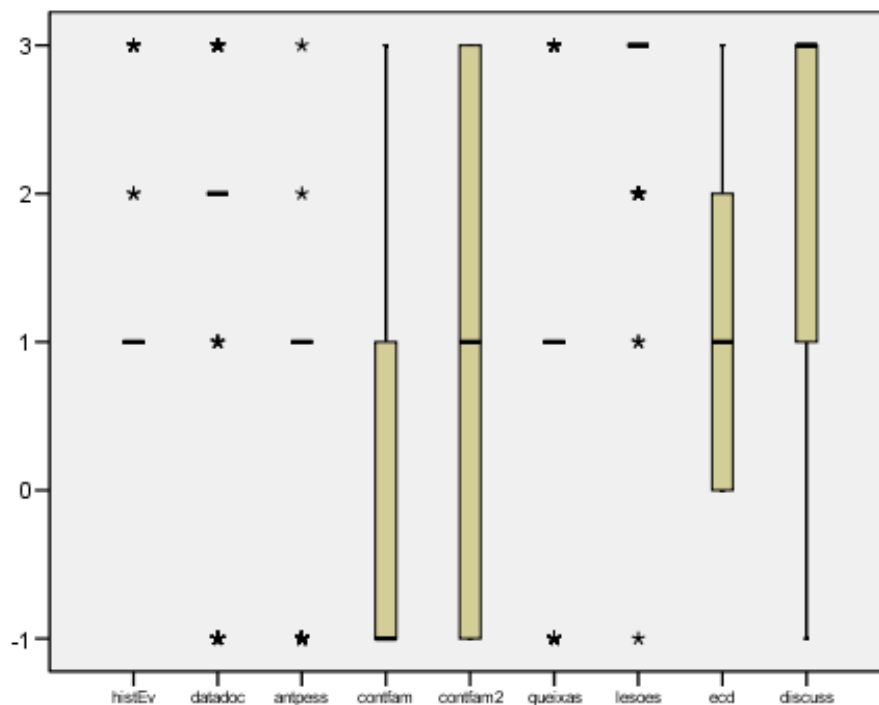


Gráfico 13. *Box-plot* comparativo da dispersão das pontuações atribuídas às categorias constantes do guião de análise dos relatórios

#### 1.14. Estudo correlacional e redução dos itens aos componentes principais

Foi testada a hipótese teórica de que há diferenças nos registos dos aspectos que relevam do contexto situacional. Para testar à *posteriori* esta hipótese, que tinha inspirado teoricamente a grelha de análise, foram realizados estudos de correlação entre os itens da grelha relativos ao “Contexto familiar”. O estudo correlacional (tabelas 23 e 24) permitiu validar genericamente a leitura que tinha sido feita inicialmente.

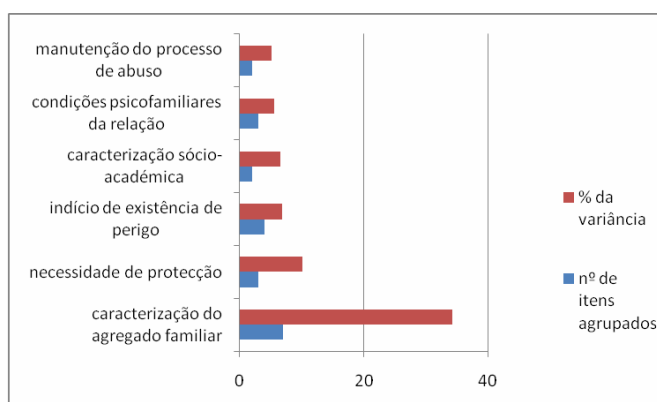
Efectuou-se uma análise estatística de redução da variância dos itens para identificação, a *posteriori*, dos principais componentes, para a qual se utilizou o método Varimax, disponibilizado pelo SPSS. A ferramenta estatística devolveu seis componentes principais responsáveis por 68.7% da variância total dos dados (gráfico14 , tabelas 23 e 24), que são:

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

categoria de caracterização das pessoas do agregado familiar e caracterização do abuso na relação de intimidade, que explica 34.3% da variância.

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

O resultado de tal estudo pode apreciar-se de forma gráfica ( gráfico 14):



**Gráfico 14. Capacidade explicativa da variância dos componentes em que foram agrupados os itens do Contexto familiar.**

Total Variância explicada									
Componentes	Valores iniciais			Extração das somas dos quadrados			Rotação das somas dos quadrados		
	Total	(%) de Variância	Cumulativa (%)	Total	(%) de Variância	Cumulativa (%)	Total	(%) de Variância	Cumulativa (%)
1	7.6	(34.3)	(34.3)	7.6	(34.3)	(34.3)	4.1	(18.5)	(18.5)
2	2.2	(10.1)	(44.5)	2.2	(10.1)	(44.5)	2.9	(13.0)	(31.5)
3	1.5	(7.0)	(51.4)	1.5	(7.0)	(51.4)	2.7	(12.1)	(43.6)
4	1.5	(6.6)	(58.1)	1.5	(6.6)	(58.1)	2.0	(9.1)	(52.7)
5	1.2	(5.5)	(63.6)	1.2	(5.5)	(63.6)	1.9	(8.6)	(61.3)
6	1.1	(5.1)	(68.7)	1.1	(5.1)	(68.7)	1.6	(7.4)	(68.7)
7	0.9	(4.2)	(72.9)						
8	0.9	(4.0)	(76.9)						
9	0.8	(3.6)	(80.5)						
10	0.7	(3.2)	(83.7)						
11	0.6	(2.6)	(86.3)						
12	0.5	(2.4)	(88.7)						
13	0.4	(2.0)	(90.7)						
14	0.4	(1.8)	(92.5)						
15	0.3	(1.5)	(94.0)						
16	0.3	(1.4)	(95.4)						
17	0.3	(1.2)	(96.6)						
18	0.2	(0.9)	(97.5)						
19	0.2	(0.9)	(98.4)						
20	0.2	(0.7)	(99.0)						
21	0.1	(0.6)	(99.7)						
22	0.1	(0.3)	(100.0)						

**Tabela 23. Distribuição da variância pelos componentes**

Matriz de rotação dos componentes	1	2	3	4	5	6
referência à descrição do agregado familiar (pessoas)	0.80	0.04	0.15	0.15	0.04	0.22
referência à descrição do agregado familiar (escolaridade)	0.14	0.23	0.04	0.82	0.01	0.06
referência à descrição do agregado familiar (profissões)	0.27	0.23	0.02	0.74	0.09	0.15
referência à descrição do agregado familiar (antecedentes patológicos)	0.70	0.27	-0.09	0.02	0.36	-0.11
referência à descrição do agregado familiar (comportamentos desviantes)	0.59	0.41	0.04	0.05	0.23	-0.10
referência à data do início da relação de intimidade actual	0.76	-0.05	0.14	0.28	0.09	0.19
referência à data do início do abuso	0.83	-0.01	0.21	0.13	0.00	0.18
referência ao tipo do abuso inicial (físico, psicológico/emocional, sexual, exploração económica)	0.62	0.11	0.42	0.18	0.09	0.05
referência à forma de evolução dos abusos quanto ao seu tipo	0.34	0.17	0.54	0.35	0.28	-0.13
referência à forma de evolução dos abusos quanto à sua frequência	0.10	0.09	0.49	0.48	0.29	0.12
referência à forma de evolução dos abusos quanto ao seu tipo e grau de ameaças	0.19	0.22	0.87	0.04	-0.01	0.10
referência à existência de agressões durante a gravidez	0.06	0.83	0.09	0.17	0.10	0.06
referência a ameaças com armas	0.08	0.82	0.28	0.18	0.05	0.09
referência à data do início da relação de intimidade actual	0.34	0.45	0.62	-0.16	-0.12	0.12
referência existência de ameaças de homicídio por parte do suposto abusador	0.33	0.13	0.23	0.17	-0.19	0.63
referência queixas anteriores (às autoridades)	0.12	0.10	0.01	0.09	0.15	0.85
referência queixas retiradas	-0.08	0.32	0.19	0.19	0.44	0.30
referência detenções anteriores do suposto abusador	0.31	0.00	0.30	0.01	0.69	0.00
situações de violência doméstica nas famílias de origem dos supostos vítima e agressor	0.54	0.13	0.32	-0.21	0.28	0.40
referência existência de outras pessoas abusadas ou assistindo aos abusos	0.07	0.09	0.57	0.05	0.33	0.11
referência convicção de suposta vítima de poder ser alvo de tentativas de homicídio	0.15	0.17	0.00	0.08	0.73	0.01
referência existência de ideação suicida por parte da suposta vítima	0.13	0.81	0.17	0.21	0.21	0.13

Método de rotação: Varimax with Kaiser Normalization.

**Tabela 24 . Distribuição da variância pelos componentes (rotação)**  
( As colunas referem-se aos componentes produzidos pela análise)

## **2. AVALIAÇÃO DA OPINIÃO DOS MAGISTRADOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO**

Os questionários (Anexo 2) foram analisados segundo as categorias que também servem para a apresentação dos resultados: (1) história do evento; (2) dados documentais; (3) antecedentes pessoais; (4) contexto familiar; (5) queixas; (6) lesões e/ou sequelas; (7) exames complementares de diagnóstico; (8) discussão; (9) conclusões; (10) fotodocumentação; (11) relatório social. Em cada uma destas categorias, para além de um conjunto de itens que aquilatava a importância atribuída pelos respondentes à informação prestada, constava ainda um conjunto de outras questões relativas à apreciação da qualidade da informação que, sobre aquelas categorias, os relatórios periciais que os Magistrados têm analisado, evidenciam. Em complemento, faz-se a apresentação dos dados qualitativos resultantes da inclusão de sugestões e observações feitas pelos Magistrados nas referidas categorias, em regime de resposta aberta.

Na apresentação dos dados realiza-se uma primeira análise global, relativa à tendência do conjunto dos respondentes e, posteriormente, uma análise comparativa entre os subgrupos que constituem a amostra: os Magistrados que trabalham directamente com a Delegação do Norte do INML (comarcas do Porto, Matosinhos, Gaia, Gondomar, Maia, Póvoa de Varzim, Vila do Conde e Valongo) (variável Delegação A); os Magistrados que pertencendo à Região Norte trabalham com os GML adstritos à Delegação (variável Delegação B); e os Magistrados que trabalham com o GML de Viseu (variável Gabinete).

### **2.1. Caracterização geral dos respondentes**

A amostra é constituída por 51 respostas aos questionários enviados aos Magistrados do Ministério Público que pertencem à área de actuação dos serviços da Delegação do Norte do INML e do Gabinete Médico Legal de Viseu, num total de 337 Magistrados. Aquelas 51 respostas correspondem à opinião de 15% daqueles profissionais, tendo a resposta dos Magistrados do Círculo de Viseu correspondido a 50% do número global de profissionais daquela área (tabela 25).

	População (n)	Amostra (n)	(%)
Delegação A	171	24	(14)
Delegação B	144	16	(11)
Gabinete	22	11	(50)
Total	337	51	(15)

**Tabela 25. Representatividade da amostra quanto à localização dos Magistrados**

Dos 51 questionários, 24 pertencem a Magistrados que trabalham directamente com os serviços da Delegação do Norte (47%), 11 dizem respeito a Magistrados que trabalham com os

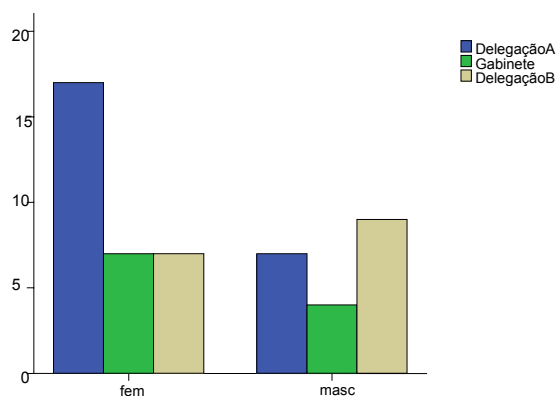
serviços do GML de Viseu (22%) e 16 a Magistrados que trabalham com os GML da área de influência da Delegação do Norte do INML (31%).

Dos 51 respondentes, 31 eram do sexo feminino (61%) (tabela 26).

		DelegaçãoA		Gabinete		DelegaçãoB		Total	
		n	(%) do Total	n	(%) do Total	n	(%) do Total	n	(%) do Total
género	feminino	17	(33)	7	(14)	7	(14)	31	(61)
	masculino	7	(14)	4	(8)	9	(18)	20	(39)
Total		24	(47)	11	(22)	16	(31)	51	(100)

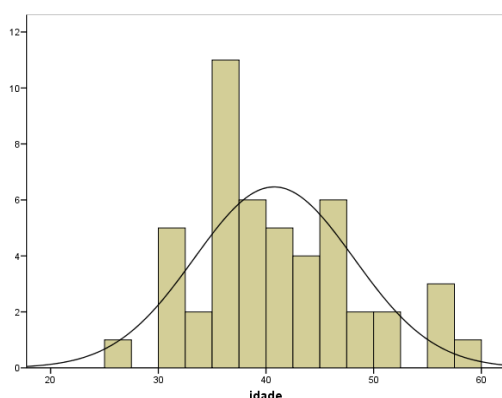
**Tabela 26. Distribuição da amostra segundo o género**

A distribuição segundo o género, pelas três proveniências, foi a que consta do gráfico 15. Apesar da maioria dos Magistrados respondentes ser do sexo feminino, essa tendência não se verifica quando se observa a distribuição dos magistrados numa análise cruzada com a sua pertença laboral, no caso dos Magistrados que trabalham com os Gabinetes Médico Legais do Norte (Delegação B) (gráfico 15).



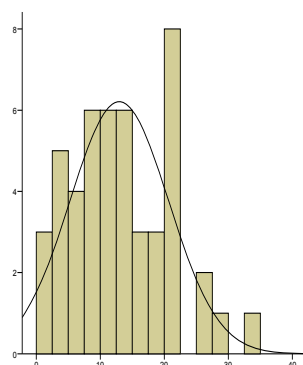
**Gráfico 15. Distribuição segundo o género em relação à distribuição pelos Serviços**

Em relação à média de idades dos respondentes verificou-se que é de 41 anos. Contudo, ao analisar a distribuição por escalões verifica-se que existe um pico etário situado nos 36 anos, que constitui a moda, e que está situada na cauda ascendente da curva de Gauss (gráfico 16).



**Gráfico 16. Distribuição das idades dos Magistrados**

A média do tempo de serviço dos respondentes é de 13 anos. Todavia, ao analisar a distribuição por escalões, constata-se que existe um pico nos 22 anos de serviço que constitui a moda e que está situada na cauda descendente da curva de Gauss, exactamente ao contrário do que havia acontecido com a distribuição etária (gráfico 17).



**Gráfico 17. Distribuição pelo tempo de serviço dos Magistrados**

12.9 anos, é a média de anos de tempo de serviço da globalidade dos Magistrados que responderam a esta questão. Nos Magistrados que trabalham com os gabinetes pertencentes à Delegação e denominados por Delegação B, a média de tempo de serviço é ligeiramente mais baixa, ao contrário da variável idade que é mais elevada neste grupo (tabela 27).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Media	n	SD	Media	n	SD	Media	n	SD	Media	n	SD
idade	39.91	23	5.977	39.64	11	8.755	43	14	8.431	40.75	48	7.405
tempo serviço	13.61	23	5.533	12.64	11	9.102	12.14	14	9.891	12.96	48	7.71

**Tabela 27. Análise média comparativa da idade e tempo de serviço segundo a distribuição dos Serviços**

## 2.2. História do evento

A maioria dos Magistrados considera importante (43% -nível 5 e 25.5% - nível 4) a “Descrição da história do abuso na perspectiva da vítima”. A “Descrição das lesões resultantes sob a perspectiva da vítima” também é considerada importante. Os outros itens vão diminuindo de importância. A maioria é unânime ao considerar que não necessita de mais informação na rubrica “História do evento” do que a que é apresentada habitualmente (tabela 28).

		Grau de importância atribuído pelo MP					
		0	1	2	3	4	5
Descrição do abuso, na perspectiva da suposta vítima	n	1	3	2	10	13	22
	(%)	(2.0)	(5.9)	(3.9)	(19.6)	(25.5)	(43.1)
Descrição das lesões resultantes, na perspectiva da suposta vítima	n		2.0	3.0	9.0	18.0	19.0
	(%)		(3.9)	(5.9)	(17.6)	(35.3)	(37.3)
Descrição da assistência médica, na perspectiva da suposta vítima	n		4.0	6.0	13.0	13.0	15.0
	(%)		(7.8)	(11.8)	(25.5)	(25.5)	(29.4)
Descrição dos aspectos anteriores, na perspectiva do acompanhante da suposta vítima	n		5.0	6.0	12.0	15.0	13.0
	(%)		(9.8)	(11.8)	(23.5)	(29.4)	(25.5)
Necessidade de inclusão de outra informação	n	13.0	9.0	12.0	1.0	7.0	9.0
	(%)	(25.5)	(17.6)	(23.5)	(2.0)	(13.7)	(17.6)

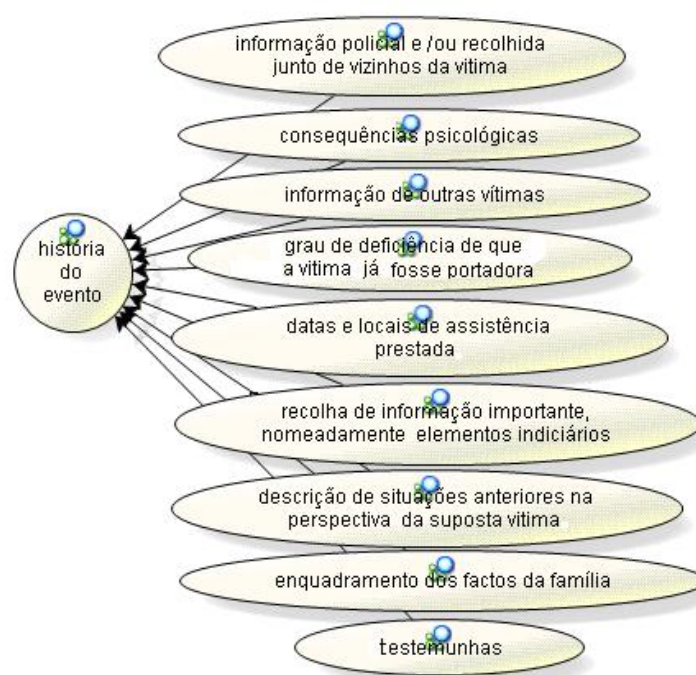
**Tabela 28. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na História do evento**

Quando se comparam as respostas dadas de acordo com os subgrupos constituídos, isto é, segundo a sua relação de trabalho com o INML, constata-se que não existem diferenças significativas entre as opiniões dos Magistrados que trabalham com os diferentes serviços do INML, no que diz respeito às informações constantes na rubrica “História do evento”. Esse mesmo dado é validado pelos valores do  $\chi^2$  que são respectivamente: “descrição do abuso na perspectiva da vítima” – 13.895, “descrição das lesões resultantes na perspectiva da vítima” - 10.76, “descrição da assistência médica na perspectiva da vítima” - 7.248, “descrição dos aspectos anteriores na perspectiva do acompanhante” - 7.855, “necessidade de inclusão de outra informação” - 7.130 (tabela 29). Não há diferenças entre eles, nem mesmo para o intervalo de confiança de 0.05.

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Media	n	SD	Media	n	SD	Media	n	SD	Media	n	SD
Descrição do abuso, na perspectiva da suposta vítima	3.92	24	1.14	4.00	11	1.18	3.81	16	1.60	3.90	51	1.29
Descrição das lesões resultantes, na perspectiva da suposta vítima	3.83	24	1.17	3.73	11	1.10	4.31	16	0.87	3.96	51	1.08
Descrição da assistência médica, na perspectiva da suposta vítima	3.71	24	1.16	2.82	11	1.25	3.88	16	1.26	3.57	51	1.25
Descrição dos aspectos anteriores, na perspectiva do acompanhante da suposta vítima	3.50	24	1.25	3.00	11	1.18	3.81	16	1.33	3.49	51	1.27
Necessidade de inclusão de outra informação	2.25	24	1.82	1.55	11	1.44	2.38	16	2.13	2.14	51	1.84

**Tabela 29. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na História do evento**

Apesar da maioria dos Magistrados entender que não há necessidade de inclusão de outra informação na rubrica “História do evento”, alguns apresentaram sugestões. Assim, essas sugestões que recolhemos em associação ao item “necessidade de inclusão de outra informação” organizam-se nas subcategorias listadas na figura 1. Tais sugestões apresentam a diversidade de opinião dos respondentes sobre o que falta habitualmente nos relatórios periciais que têm analisado.



**Figura 1. Dispersão das sugestões dos Magistrados quanto à História do evento**

Quanto à apreciação pelos Magistrados da qualidade dos relatórios periciais no que diz respeito à rubrica “História do evento”, bem como à repercussão dessa descrição no trabalho

do MP, verifica-se que a maioria (88.2%) daqueles profissionais considera que a qualidade da descrição da história do evento na perspectiva da vítima é boa (entre 3 e 5 pontos) e 84.3% consideram-na relevante na realização do seu trabalho. O mesmo acontece com os outros itens da rubrica história do evento, que são considerados relevantes no trabalho do MP (tabela 30).

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
qualidade da descrição do abuso na perspectiva da vítima	n		2.0	4.0	16.0	25.0	4.0
	(%)		(3.9)	(7.8)	(31.4)	(49.0)	(7.8)
repercussão dessa descrição no trabalho do MP	n		2.0	6.0	19.0	17.0	7.0
	(%)		(3.9)	(11.8)	(37.3)	(33.3)	(13.7)
qualidade da descrição das lesões na perspectiva da vítima	n		2.0	5.0	20.0	21.0	3.0
	(%)		(3.9)	(9.8)	(39.2)	(41.2)	(5.9)
repercussão dessa descrição no trabalho do MP	n	1.0	4.0	5.0	22.0	14.0	5.0
	(%)	(2.0)	(7.8)	(9.8)	(43.1)	(27.5)	(9.8)
qualidade da descrição da assistência médica na perspectiva da vítima	n	1.0	5.0	13.0	14.0	15.0	3.0
	(%)	(2.0)	(9.8)	(25.5)	(27.5)	(29.4)	(5.9)
repercussão dessa descrição no trabalho do MP	n		5.0	13.0	15.0	12.0	6.0
	(%)		(9.8)	(25.5)	(29.4)	(23.5)	(11.8)

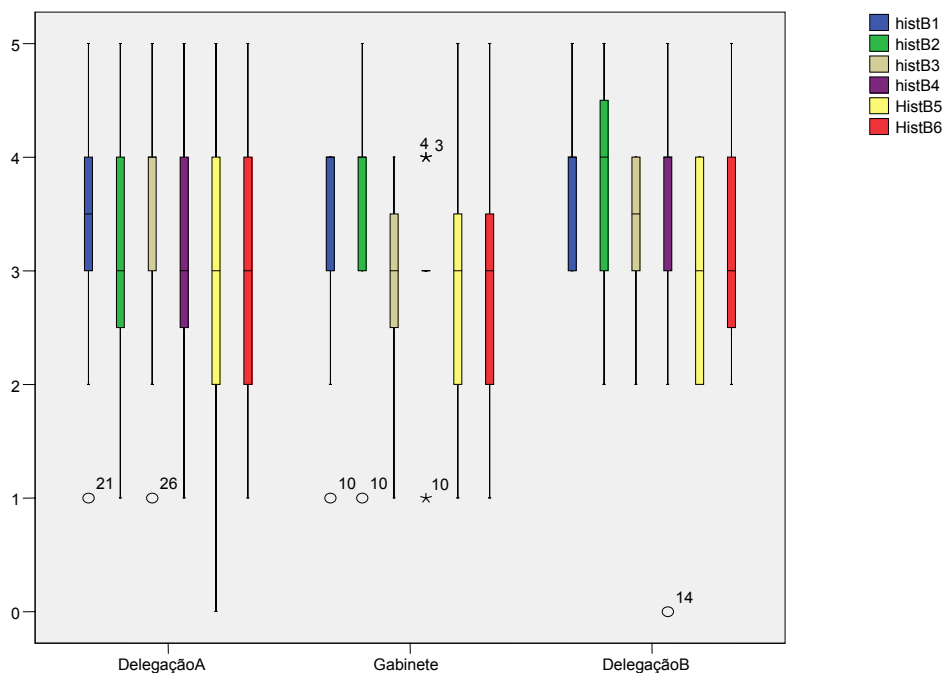
**Tabela 30. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na qualidade da História do evento**

Existem diferenças significativas entre os Magistrados que trabalham com os diferentes serviços no que diz respeito ao item “repercussão da descrição do abuso no trabalho do MP” ( $t=2.29$ ). Nos restantes itens relativos a qualidade e importância da rubrica “História do evento” não se encontraram diferenças. Os valores do  $\chi^2$ , validam esta afirmação: “qualidade da descrição do abuso na perspectiva da vítima” - 7.03, “repercussão dessa descrição no trabalho do MP” - 10.545, “qualidade da descrição das lesões na perspectiva da vítima” - 7.37, “repercussão dessa descrição no trabalho do MP” - 12.618, “qualidade da descrição da assistência médica na perspectiva da vítima” - 7.579, “repercussão dessa descrição no trabalho do MP” - 3.729 (tabela 31).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Media	n	SD	Media	n	SD	Media	n	SD	Media	n	SD
qualidade da descrição do abuso na perspectiva da vítima	3.42	24	1.02	3.36	11	1.03	3.69	16	0.60	3.49	51	0.90
repercussão dessa descrição no trabalho do MP	3.08	24	0.97	3.55	11	1.04	3.81	16	0.91	3.41	51	1.00
qualidade da descrição das lesões na perspectiva da vítima	3.50	24	0.98	2.91	11	0.94	3.44	16	0.63	3.35	51	0.89
repercussão dessa descrição no trabalho do MP	3.08	24	1.18	3.00	11	0.78	3.38	16	1.26	3.16	51	1.12
qualidade da descrição da assistência médica na perspectiva da vítima	2.92	24	1.32	2.73	11	1.27	3.00	16	0.89	2.90	51	1.17
repercussão dessa descrição no trabalho do MP	2.92	24	1.18	2.73	11	1.27	3.38	16	1.09	3.02	51	1.18

**Tabela 31. Medidas de tendência central relativas aos itens da qualidade da História do evento**

Todavia, como se vê no quadro, existe alguma proximidade da dispersão de opiniões dos Magistrados do Porto e do Norte, quando comparados com os de Viseu, ou seja, são muito semelhantes as opiniões dos Magistrados em relações aos itens referidos (gráfico 18).



**Gráfico 18. Box-plot comparativa da dispersão de respostas à qualidade da descrição da História do evento e sua repercussão no trabalho dos Magistrados do MP**

- histB1- qualidade da descrição do abuso na perspectiva da vítima
- histB2- repercussão dessa descrição no trabalho do MP
- histB3- qualidade da descrição das lesões na perspectiva da vítima
- histB4- repercussão dessa descrição no trabalho do MP
- histB5- qualidade da descrição da assistência médica na perspectiva da vítima
- histB6- repercussão dessa descrição no trabalho do MP

## 2.3 Dados documentais

Os “Dados documentais” são importantes para a grande maioria dos magistrados, seja qual for a forma como o perito faça a sua apresentação. Parece, contudo, que há uma preferência pela “Descrição apenas dos aspectos relevantes relativos ao caso clínico” (grau de importância - 4 e 5) (68.7%). Quanto à qualidade dos dados documentais, 56.8% dos Magistrados atribuí um valor entre o grau 4 e 5 (tabela 32).

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
transcrição completa dos registos	n	1.0	7.0	8.0	8.0	11.0	16.0
	(%)	(2.0)	(13.7)	(15.7)	(15.7)	(21.6)	(31.4)
descrição detalhada dos registos	n		4.0	8.0	14.0	14.0	11.0
	(%)		(7.8)	(15.7)	(27.5)	(27.5)	(21.6)
descrição apenas dos aspectos relevantes relativos aos caso clínico	n	2.0	2.0	9.0	3.0	14.0	21.0
	(%)	(3.9)	(3.9)	(17.6)	(5.9)	(27.5)	(41.2)
qualidade da descrição dos registos clínicos	n			1.0	21.0	22.0	7.0
	(%)			(2.0)	(41.2)	(43.1)	(13.7)

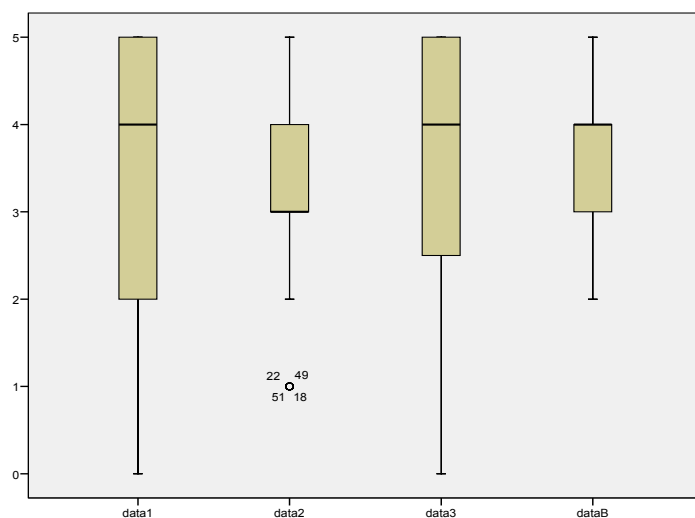
**Tabela 32. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição dos Dados documentais**

Relativamente às diferenças de opinião entre os Magistrados correspondentes aos diversos serviços, pode concluir-se que não são significativas, existindo apenas uma valorização ligeiramente superior da “descrição apenas dos aspectos relevantes relativos ao caso clínico” pelos Magistrados correspondentes ao GML de Viseu, verificando-se também que estes, juntamente com os correspondentes à Delegação A, são os que consideram ser melhor a qualidade dos relatórios neste ponto. Os dados do  $\chi^2$  permitem validar essa semelhança: “transcrição completa dos registos” - 6.366, “descrição detalhada dos registos” - 3.774, “descrição apenas dos aspectos relevantes relativos ao caso clínico” - 8.653, “qualidade da descrição dos registos clínicos” - 4.937 (tabela 33).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
transcrição completa dos registos	3.3	24.0	1.6	3.4	11.0	1.4	3.5	16.0	1.5	3.4	51.0	1.5
descrição detalhada dos registos	3.2	24.0	1.3	3.8	11.0	1.2	3.4	16.0	1.2	3.4	51.0	1.2
descrição apenas dos aspectos relevantes relativos aos caso clínico	3.6	24.0	1.4	4.1	11.0	1.5	3.6	16.0	1.6	3.7	51.0	1.5
qualidade da descrição dos registos clínicos	3.8	24.0	0.7	3.7	11.0	0.6	3.6	16.0	0.9	3.7	51.0	0.7

**Tabela 33. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na descrição dos Dados documentais**

Esta análise é visível no *box-plot* seguinte (gráfico 19).



**Gráfico 19. Box-plot da dispersão de respostas à qualidade da descrição dos Dados documentais**

data1 - transcrição completa dos registos  
 data2 - descrição detalhada dos registos  
 data3 - descrição apenas dos aspectos relevantes relativos aos caso clínico  
 dataB - qualidade da descrição dos registos clínicos

## 2.4 Antecedentes pessoais

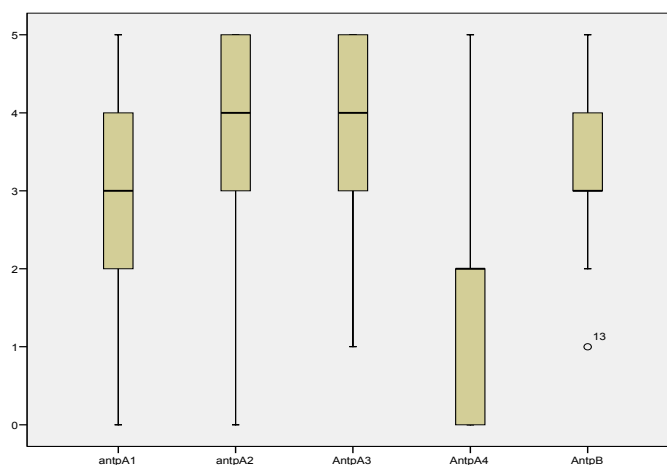
A maioria dos Magistrados atribuiu valores de 4 e 5 à importância da referência aos antecedentes pessoais nos relatórios, sendo que 60.8% pensam que os hábitos de consumo são muito relevantes (4 e 5) (tabela 34).

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
doenças	n	1.0	6.0	9.0	15.0	10.0	10.0
	(%)	(2.0)	(11.8)	(17.6)	(29.4)	(19.6)	(19.6)
antecedentes traumáticos	n	1.0	4.0	5.0	15.0	11.0	15.0
	(%)	(2.0)	(7.8)	(9.8)	(29.4)	(21.6)	(29.4)
hábitos de consumo	n		4.0	3.0	13.0	16.0	15.0
	(%)		(7.8)	(5.9)	(25.5)	(31.4)	(29.4)
necessidade de inclusão de outros aspectos	n	16.0	7.0	16.0	4.0	6.0	2.0
	(%)	(31.4)	(13.7)	(31.4)	(7.8)	(11.8)	(3.9)
qualidade da descrição dos antecedentes pessoais	n		1.0	3.0	28.0	15.0	4.0
	(%)		(2.0)	(5.9)	(54.9)	(29.4)	(7.8)

**Tabela 34. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição dos Antecedentes pessoais**

Não encontramos diferenças significativas entre as opiniões dos magistrados consoante a sua relação de pertença, tal como mostram os valores do  $\chi^2$  que são respectivamente: “antecedentes patológicos” – 11.208, “antecedentes traumáticos” – 8.679, “hábitos de consumo” – 4.171, “necessidade de inclusão de outros aspectos” - 10.363, “qualidade da descrição dos antecedentes pessoais” - 7.771.

Essas tendências estão presentes na *box-plot* (gráfico 20).



**Gráfico 20. Box-plot da dispersão de respostas aos itens associados aos Antecedentes pessoais**

AntpA1 - doenças  
 AntpA2 - antecedentes traumáticos  
 AntpA3 - hábitos de consumo  
 AntpA4 - necessidade de inclusão de outros aspectos  
 AntpB - qualidade da descrição dos antecedentes pessoais

Os Magistrados, de uma forma geral, não vêem necessidade de serem introduzidos outros itens no relatório, todavia há diferença significativa no grau atribuído a esta necessidade entre aqueles que correspondem ao sub-grupo Delegação A e os restantes, sendo que, os primeiros admitem a possibilidade de inclusão de outros aspectos. Esta diferença atinge um valor de  $t\text{-student}=2.35$ . 54.9% dos Magistrados considera que a qualidade da descrição desta rubrica nos relatórios é razoável (nível 3) e apenas 37.2% atribuiu valores superiores (4 ou 5). São os Magistrados relacionados com o GML de Viseu os mais satisfeitos com a qualidade desta rubrica nos relatórios (tabela 35).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
doenças	3.21	24	1.41	3.36	11	1.29	2.81	16	1.33	3.12	51	1.35
antecedentes traumáticos	3.50	24	1.32	3.45	11	1.13	3.50	16	1.55	3.49	51	1.33
hábitos de consumo	3.63	24	1.28	3.55	11	1.21	3.88	16	1.09	3.69	51	1.19
necessidade de inclusão de outros aspectos	2.17	24	1.49	1.00	11	1.10	1.38	16	1.54	1.67	51	1.49
qualidade da descrição dos antecedentes pessoais	3.29	24	0.86	3.55	11	0.52	3.31	16	0.87	3.35	51	0.80

**Tabela 35. Medidas de tendência central dos itens agrupados na descrição dos Antecedentes pessoais**

## 2.5 Contexto familiar

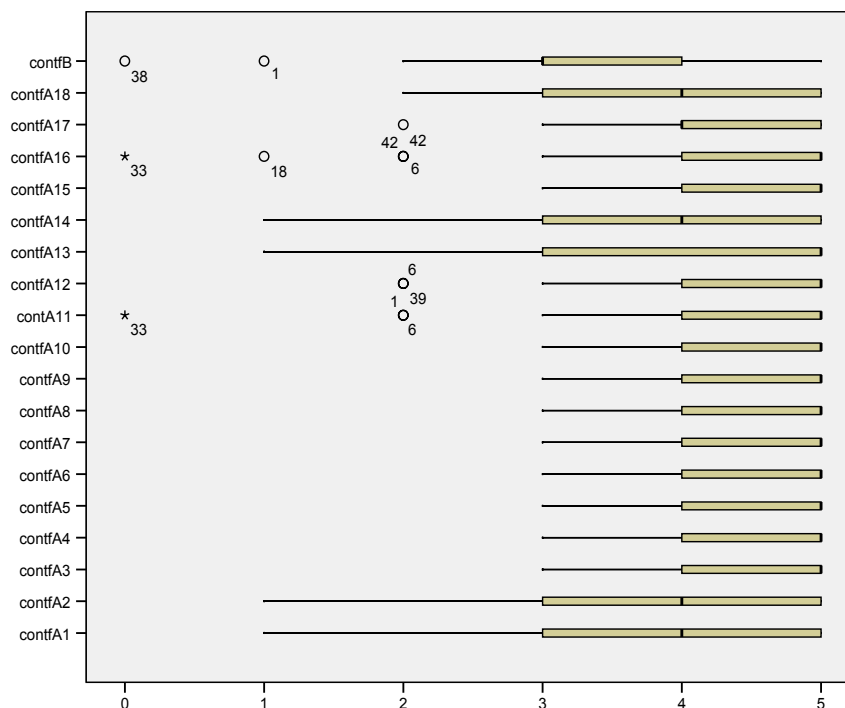
A maioria dos itens escolhidos para caracterizar o contexto familiar são reputados pelos Magistrados, de uma forma geral, de importantes (nível 4) ou muito importantes (nível 5) (tabela36).

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
referência à descrição do agregado familiar	n		1.0	4.0	17.0	12.0	17.0
	(%)		(2.0)	(7.8)	(33.3)	(23.5)	(33.3)
referência à data do início da relação actual	n		3.0	3.0	10.0	16.0	19.0
	(%)		(5.9)	(5.9)	(19.6)	(31.4)	(37.3)
referência à data do início do abuso	n				3.0	14.0	34.0
	(%)				(5.9)	(27.5)	(66.7)
referência ao tipo de abuso inicial	n				2.0	14.0	35.0
	(%)				(3.9)	(27.5)	(68.6)
referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo	n				3.0	15.0	33.0
	(%)				(5.9)	(29.4)	(64.7)
referência à forma de evolução dos abusos quanto à frequência	n				3.0	12.0	36.0
	(%)				(5.9)	(23.5)	(70.6)
referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças	n				4.0	11.0	36.0
	(%)				(7.8)	(21.6)	(70.6)
referência à existência de agressões durante a gravidez	n				3.0	15.0	33.0
	(%)				(5.9)	(29.4)	(64.7)
referência a ameaças com armas	n				3.0	11.0	37.0
	(%)				(5.9)	(21.6)	(72.5)
referência a existência de ameaça de homicídio por parte do agressor	n				8.0	11.0	32.0
	(%)				(15.7)	(21.6)	(62.7)
referência a queixas efectuadas anteriormente às autoridades	n	1.0		2.0	9.0	9.0	30.0
	(%)	(2.0)		(3.9)	(17.6)	(17.6)	(58.8)
referência a queixas anteriormente retiradas	n			2.0	9.0	14.0	26.0
	(%)			(3.9)	(17.6)	(27.5)	(51.0)
referência a detenções anteriores do suposto abusador	n		1.0	2.0	11.0	10.0	27.0
	(%)		(2.0)	(3.9)	(21.6)	(19.6)	(52.9)
referência a situações de violência doméstica nas famílias de origem da vítima e abusador	n		2.0	6.0	14.0	10.0	19.0
	(%)		(3.9)	(11.8)	(27.5)	(19.6)	(37.3)
referência à existência de outras pessoas envolvidas	n				3.0	13.0	35.0
	(%)				(5.9)	(25.5)	(68.6)
referência à convicção da vítima de poder ser alvo de tentativa de homicídio	n	1.0	1.0	2.0	6.0	13.0	28.0
	(%)	(2.0)	(2.0)	(3.9)	(11.8)	(25.5)	(54.9)
referência à existência de ideação suicida por parte da vítima	n			1.0	11.0	14.0	25.0
	(%)			(2.0)	(21.6)	(27.5)	(49.0)
referência ao apoio social/familiar com que conta a suposta vítima	n			3.0	11.0	19.0	18.0
	(%)			(5.9)	(21.6)	(37.3)	(35.3)
qualidade da descrição dos aspectos relativos ao "contexto familiar"	n	1.0	1.0	2.0	27.0	18.0	2.0
	(%)	(2.0)	(2.0)	(3.9)	(52.9)	(35.3)	(3.9)

**Tabela 36. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição do Contexto familiar**

Quanto aos testes do  $\chi^2$  aplicados, só se encontrou diferença significativa no item “referência à data de início do abuso” cujo  $\chi^2=17.083$  para  $p=0.01$ . Todos os outros itens não mostraram diferenças significativas.

Esse facto alia-se à pequena dispersão das opiniões expressas, como se constata na *box-plot* (gráfico 21).



**Gráfico 21. Box-plot da dispersão de respostas aos itens associados ao Contexto familiar**

- ContfA1 - referência à descrição do agregado familiar
- ContfA2 - referência à data do início da relação actual
- ContfA3 - referência à data do início do abuso
- ContfA4 - referência ao tipo de abuso inicial
- ContfA5 - referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo
- ContfA6 - referência à forma de evolução dos abusos quanto à frequência
- ContfA7 - referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças
- ContfA8 - referência à existência de agressões durante a gravidez
- ContfA9 - referência a ameaças com armas
- ContfA10 - referência a existência de ameaça de homicídio por parte do agressor
- ContfA11 - referência a queixas efectuadas anteriormente às autoridades
- ContfA12 - referência a queixas anteriormente retiradas
- ContfA13 - referência a detenções anteriores do suposto abusador
- ContfA14 - referência a situações de violência doméstica nas famílias de origem da vítima e abusador
- ContfA15 - referência à existência de outras pessoas envolvidas
- ContfA16 - referência à convicção da vítima de poder ser alvo de tentativa de homicídio
- ContfA17 - referência à existência de ideação suicida por parte da vítima
- ContfA18 - referência ao apoio social/familiar com que conta a suposta vítima
- ContfB - qualidade da descrição dos aspectos relativos ao “contexto familiar”

Todavia, os itens “referência à descrição do agregado familiar”, “referência à data de início da relação de intimidade actual” e “referência a situações de violência nas famílias dos supostos vítima e abusador”, apresentam médias abaixo do valor 4, o que indicia menor importância atribuída pelos respondentes.

Já a qualidade dos relatórios que recebem, nesta rubrica, é considerada razoável por 52.9% (3), boa por 35.3% (4) e muito boa por apenas 3.9% (5) dos Magistrados. Contudo, estes valores ficam sempre aquém dos valores atribuídos à importância, em 16 dos 18 itens estudados (tabela 36).

Na análise comparativa entre os três sub-grupos constituídos constata-se que para o sub-grupo Delegação B, todos os itens são importantes ou muito importantes (as médias ultrapassam o valor 4), mas já a qualidade dos relatórios se fica pelo valor médio de 3.38. O sub-grupo Gabinete valoriza preferencialmente os itens “referência à forma de evolução dos abusos quanto à frequência”, “referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças”, “referência à existência de agressões durante a gravidez”, “referência a ameaças com armas” e “referência a outras pessoas envolvidas” e valoriza menos, de forma notória, o item “referência à descrição do agregado familiar”. A Delegação A valoriza especialmente os itens: “referência à data de início do abuso”, “referência ao tipo de abuso inicial”, “referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo”, “referência à forma de evolução dos abusos quanto à frequência”, “referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças”, “referência à existência de agressões durante a gravidez”, “referência a ameaças com armas”, “referência a existência de ameaça de homicídio por parte do agressor”, “referência a queixas efectuadas anteriormente às autoridades” e “referência à existência de outras pessoas envolvidas” (médias superiores a 4.5). O aspecto menos valorizado refere-se à qualidade dos relatórios que recebem (tabela 37).

Apesar destas diferenças e face ao reduzido número de magistrados respondentes no sub-grupo “Gabinete” apenas se encontraram diferenças significativas entre a Delegação A e o Gabinete nos itens: “referência à data do início do abuso” ( $t=2.59$ ), “referência ao tipo de abuso inicial” ( $t=2.81$ ), “referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo” ( $t=2.37$ ) e “referência à existência de ideação suicida por parte da vítima” ( $t=2.17$ ).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
referência à descrição do agregado familiar	3.67	24	1.01	3.18	11	0.98	4.38	16	0.96
referência à data do início da relação actual	3.67	24	1.17	3.73	11	1.10	4.31	16	1.14
referência à data do início do abuso	4.67	24	0.64	4.09	11	0.54	4.88	16	0.34
referência ao tipo de abuso inicial	4.75	24	0.53	4.18	11	0.60	4.81	16	0.40
referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo	4.71	24	0.62	4.18	11	0.60	4.69	16	0.48
referência à forma de evolução dos abusos quanto à frequência	4.71	24	0.62	4.27	11	0.65	4.81	16	0.40
referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças	4.67	24	0.64	4.36	11	0.81	4.75	16	0.45
referência à existência de agressões durante a gravidez	4.54	24	0.66	4.36	11	0.67	4.81	16	0.40
referência a ameaças com armas	4.75	24	0.53	4.36	11	0.67	4.75	16	0.58
referência a existência de ameaça de homicídio por parte do agressor	4.54	24	0.72	4.18	11	0.87	4.56	16	0.73
referência a queixas efectuadas anteriormente às autoridades	4.50	24	0.78	3.82	11	1.25	4.19	16	1.33
referência a queixas anteriormente retiradas	4.38	24	0.77	4.00	11	1.10	4.25	16	0.93
referência a detenções anteriores do suposto abusador	4.29	24	0.86	3.64	11	1.21	4.38	16	1.09
referência a situações de violência doméstica nas famílias de origem da vítima e abusador	3.75	24	1.15	3.27	11	1.42	4.06	16	1.06
referência à existência de outras pessoas envolvidas	4.67	24	0.64	4.36	11	0.67	4.75	16	0.45
referência à convicção da vítima de poder ser alvo de tentativa de homicídio	4.42	24	0.83	4.09	11	1.04	4.00	16	1.55
referência à existência de ideação suicida por parte da vítima	4.46	24	0.78	3.82	11	0.87	4.19	16	0.91
referência ao apoio social/familiar com que conta a suposta vítima	4.04	24	1.04	3.82	11	0.75	4.13	16	0.81
qualidade da descrição dos aspectos relativos ao “contexto familiar”	3.25	24	0.94	3.27	11	0.90	3.38	16	0.72

**Tabela 37. Medidas de tendência central relativas aos itens associados ao Contexto familiar**

## 2.6 Queixas

A grande maioria dos Magistrados atribui o valor 4 aos itens relativos às queixas funcionais e situacionais. Sobre a necessidade de eventual inclusão de outros aspectos, a maioria respondeu desfavoravelmente (tabela 38).

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
queixas funcionais	n		1.0	4.0	12.0	27.0	7.0
	(%)		(2.0)	(7.8)	(23.5)	(52.9)	(13.7)
queixas situacionais	n		1.0	3.0	13.0	28.0	6.0
	(%)		(2.0)	(5.9)	(25.5)	(54.9)	(11.8)
necessidade de inclusão de outros aspectos	n	19.0	3.0	19.0	5.0	4.0	1.0
	(%)	(37.3)	(5.9)	(37.3)	(9.8)	(7.8)	(2.0)
qualidade da descrição das queixas	n	2.0			24.0	21.0	4.0
	(%)	(3.9)			(47.1)	(41.2)	(7.8)

**Tabela 38. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição das Queixas**

Não se encontraram diferenças significativas entre os Magistrados quando se aplicou o teste de  $\chi^2$ .

Os Magistrados correspondentes ao sub-grupo Delegação B ainda consideram aquela inclusão menos necessária ( $t=2.93$ ). Já em relação à qualidade dos relatórios que têm apreciado nesta rubrica, a opinião geral é de que ela é razoável ou boa (3 e 4) (tabela 39).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
queixas funcionais	3.79	24.0	0.78	3.45	11.0	0.93	3.69	16.0	1.01	3.69	51.0	0.88
queixas situacionais	3.79	24.0	0.78	3.36	11.0	0.81	3.75	16.0	0.93	3.69	51.0	0.84
necessidade de inclusão de outros aspectos	2.08	24.0	1.41	1.27	11.0	1.10	0.81	16.0	1.22	1.51	51.0	1.39
qualidade da descrição das queixas	3.63	24.0	0.71	3.55	11.0	0.52	3.13	16.0	1.36	3.45	51.0	0.94

**Tabela 39. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na descrição das Queixas**

## 2.7 Lesões

A nota mais expressiva é a quase unanimidade (95% para os níveis 4 e 5) da importância que assume a descrição das lesões e das sequelas. Correlativamente é pouco relevante a inclusão de outra informação. Tal como em outras rubricas, a qualidade da informação recebida obteve valores mais modestos (tabela 40). Não se encontraram diferenças significativas entre os magistrados quando se aplicou o teste de  $\chi^2$ .

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
lesões	n			1.0	1.0	8.0	41.0
	(%)			(2.0)	(2.0)	(15.7)	(80.4)
sequelas	n			1.0		13.0	37.0
	(%)			(2.0)		(25.5)	(72.5)
necessidade de inclusão de outros aspectos	n	20.0	7.0	18.0		5.0	1.0
	(%)	(39.2)	(13.7)	(35.3)		(9.8)	(2.0)
qualidade da descrição das lesões	n	3.0			16.0	22.0	10.0
	(%)	(5.9)			(31.4)	(43.1)	(19.6)

**Tabela 40. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição das Lesões**

Não existem diferenças significativas na opinião dos Magistrados dos diversos departamentos (tabela 41).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
lesões	4.75	24	0.68	4.64	11	0.67	4.81	16	0.40	4.75	51	0.59
sequelas	4.67	24	0.70	4.73	11	0.47	4.69	16	0.48	4.69	51	0.58
necessidade de inclusão de outros aspectos	1.63	24	1.47	1.45	11	1.21	0.81	16	1.22	1.33	51	1.37
qualidade da descrição das lesões	3.71	24	1.12	4.00	11	0.63	3.31	16	1.45	3.65	51	1.16

**Tabela 41. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na descrição das Lesões**

## 2.8 Exames Complementares de Diagnóstico

Parece existir uma preferência pela descrição sumária dos exames complementares de diagnóstico, tendo a maioria (74.5%) ficado situada nos níveis 4 e 5 (tabela 42). Não se encontraram diferenças significativas entre os Magistrados quando se aplicou o teste de  $\chi^2$ .

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
descrição sumária dos exames complementares de diagnóstico	n	1.0	2.0	5.0	5.0	17.0	21.0
	(%)	(2.0)	(3.9)	(9.8)	(9.8)	(33.3)	(41.2)
descrição detalhada	n	2.0	4.0	8.0	23.0	11.0	3.0
	(%)	(3.9)	(7.8)	(15.7)	(45.1)	(21.6)	(5.9)
necessidade de inclusão de outros aspectos	n	21.0	7.0	18.0	3.0	1.0	1.0
	(%)	(41.2)	(13.7)	(35.3)	(5.9)	(2.0)	(2.0)
qualidade da descrição dos exames	n			10.0	14.0	19.0	8.0
	(%)			(19.6)	(27.5)	(37.3)	(15.7)

**Tabela 42. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na descrição dos Exames complementares**

Quando comparámos as médias das respostas (utilizando o *t-student*), também não se encontraram diferenças significativas nos sub-grupos considerados (tabela 43).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
descrição sumária dos exames complementares de diagnóstico	3.88	24	1.36	3.91	11	1.38	4.00	16	1.10	3.92	51	1.26
descrição detalhada	2.83	24	1.17	3.27	11	0.90	2.75	16	1.24	2.90	51	1.14
necessidade de inclusão de outros aspectos	1.29	24	1.30	1.36	11	1.03	0.94	16	1.24	1.20	51	1.22
qualidade da descrição dos exames	3.58	24	1.06	3.45	11	0.69	3.38	16	1.09	3.49	51	0.99

**Tabela 43. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na descrição dos Exames complementares**

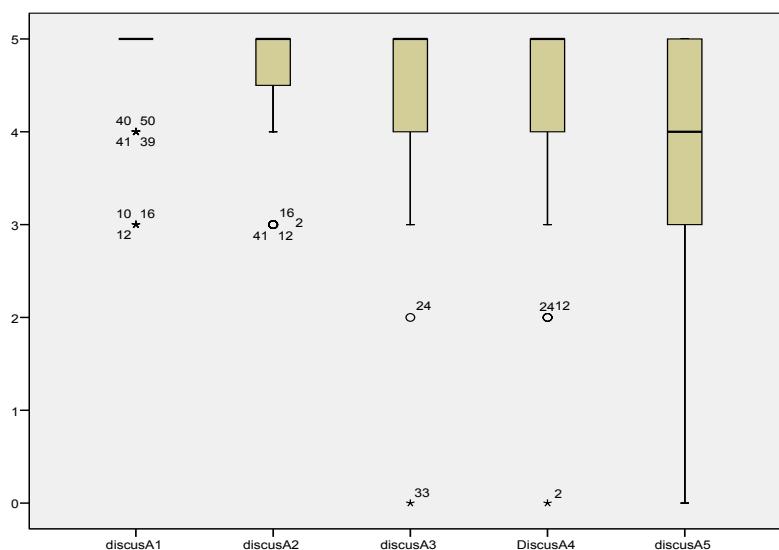
## 2.9 Discussão

A maioria dos Magistrados é de opinião que as referências ao nexo de causalidade e a referência à data de cura ou consolidação, que já constam dos relatórios, são muito importantes (mais de 90% dos respondentes assinalaram 4 ou 5). Igualmente, os Magistrados valorizaram a inclusão de aspectos ainda não constantes dos relatórios, “referência à fundamentação de danos valorados”, “referência à existência de factores de risco ou de perigo” e “referências a propostas em termos de protecção”, com níveis de 4 e 5 em percentagens que ultrapassam ou se aproximam dos 80% (tabela 44). As diferenças entre os Magistrados não foram significativas quando aplicado o teste de  $\chi^2$  para um  $p=0.01$ . Todavia, os itens “referência à data de cura/consolidação” ( $\chi^2=9.074$ ) e a “referência a propostas em termos de protecção” ( $\chi^2=21.706$ ) são significativos para um  $p=0.05$ .

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
referência ao nexo de causalidade	n				4.0	8.0	39.0
	(%)				(7.8)	(15.7)	(76.5)
referência à data de cura/consolidação	n				5.0	8.0	38.0
	(%)				(9.8)	(15.7)	(74.5)
referência à fundamentação dos diversos danos valorados	n	1.0		1.0	5.0	14.0	30.0
	(%)	(2.0)		(2.0)	(9.8)	(27.5)	(58.8)
referência à existência de factores de risco e de perigo	n	1.0		2.0	6.0	11.0	31.0
	(%)	(2.0)		(3.9)	(11.8)	(21.6)	(60.8)
referência a propostas em termos de protecção	n	2.0	1.0	4.0	7.0	16.0	21.0
	(%)	(3.9)	(2.0)	(7.8)	(13.7)	(31.4)	(41.2)

**Tabela 44. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na Discussão**

É o que mostra a *box-plot*: unanimidade na valorização dos quatro primeiros itens e considerável importância do último, apesar da maior dispersão de opiniões (gráfico 22).



**Gráfico 22. Box-plot da dispersão de respostas aos itens associados à Discussão**

discusA1 - referência ao nexos de causalidade  
 discusA2 - referência à data de cura/consolidação  
 discusA3 - referência à fundamentação dos diversos danos valorados  
 discusA4 - referência à existência de factores de risco e de perigo  
 discusA5 - referência a propostas em termos de protecção

Entre os grupos dos respondentes considerados registaram-se as seguintes diferenças significativas: a Delegação A valoriza mais os itens: “referência à data de cura/consolidação” e “referência a propostas em termos de protecção” em relação aos restantes ( $t=2.44$  e  $t=2.58$  respectivamente) (tabela 45), o que vem validar os resultados de  $\chi^2$  referidos.

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
referência ao nexos de causalidade	4.79	24	0.51	4.64	11	0.67	4.56	16	0.73	4.69	51	0.62
referência à data de cura/consolidação	4.88	24	0.45	4.27	11	0.79	4.56	16	0.73	4.65	51	0.66
referência à fundamentação dos diversos danos valorados	4.54	24	0.72	4.55	11	0.69	4.00	16	1.37	4.37	51	0.98
referência à existência de factores de risco e de perigo	4.46	24	0.78	4.00	11	1.55	4.38	16	1.02	4.33	51	1.05
referência a propostas em termos de protecção	4.38	24	0.88	3.82	11	0.60	3.25	16	1.84	3.90	51	1.30

**Tabela 45. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na Discussão**

A maioria dos Magistrados é de opinião que a qualidade da referência ao nexos de causalidade e à data de cura ou consolidação, rubricas que já constam dos relatórios, é muito importante (mais de 80% dos respondentes assinalaram 4 ou 5). No que diz respeito à avaliação da qualidade dos outros itens, e já que não aparecem nos actuais relatórios, era de esperar que não existisse. O facto de que os Magistrados terem, também, atribuído um valor a esses itens, aponta para a existência de um desejo de que eles passem a constar nos relatórios.

Também neste item a maioria pensa que não existe necessidade de inclusão de outra informação (tabela 46).

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
qualidade da discussão sobre nexo de causalidade	n			5.0	9.0	25.0	12.0
	(%)			(9.8)	(17.6)	(49.0)	(23.5)
qualidade da discussão sobre a cura/consolidação	n			3.0	7.0	26.0	15.0
	(%)			(5.9)	(13.7)	(51.0)	(29.4)
qualidade da discussão sobre a valorização dos danos	n			3.0	13.0	27.0	8.0
	(%)			(5.9)	(25.5)	(52.9)	(15.7)
qualidade da discussão sobre a existência de factores de risco e de perigo	n	1.0		15.0	12.0	17.0	6.0
	(%)	(2.0)		(29.4)	(23.5)	(33.3)	(11.8)
qualidade da referência a propostas em termos de protecção	n	2.0	2.0	16.0	10.0	17.0	4.0
	(%)	(3.9)	(3.9)	(31.4)	(19.6)	(33.3)	(7.8)
necessidade de inclusão de outros itens	n	21.0	8.0	16.0	3.0	1.0	2.0
	(%)	(41.2)	(15.7)	(31.4)	(5.9)	(2.0)	(3.9)

**Tabela 46. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na qualidade da Discussão**

Não existem diferenças significativas na forma como os diferentes grupos responderam quando se avaliam as médias (*t-student*) (tabela 47).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
qualidade da discussão sobre nexo de causalidade	3.92	24	0.88	3.64	11	0.81	3.94	16.0	1.00	3.86	51	0.89
qualidade da discussão sobre a cura/consolidação	4.13	24	0.68	4.00	11	0.77	3.94	16.0	1.06	4.04	51	0.82
qualidade da discussão sobre a valorização dos danos	3.79	24	0.72	3.45	11	0.52	4.00	16.0	0.97	3.78	51	0.78
qualidade da discussão sobre a existência de factores de risco e de perigo	3.04	24	1.20	3.18	11	0.87	3.50	16.0	1.15	3.22	51	1.12
qualidade da referência a propostas em termos de protecção	2.96	24	1.20	2.91	11	1.14	3.06	16.0	1.39	2.98	51	1.22
necessidade de inclusão de outros itens	1.21	24	1.18	1.82	11	1.40	0.88	16.0	1.41	1.24	51	1.32

**Tabela 47. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na qualidade da Discussão**

Foram cruzados os dados relativos às variáveis que inquiriam da importância no capítulo da “discussão do relatório” com a qualidade que os Magistrados reconhecem aos relatórios que têm analisado para os mesmos itens. Assim, encontraram-se diferenças

significativas entre os pares “referência ao nexos de causalidade” / “qualidade da discussão sobre nexos de causalidade” ( $t=6.17$ ), no par “referência à data de cura/consolidação” / “qualidade da discussão sobre cura/consolidação” ( $t=5.41$ ), no par “referência à fundamentação dos diversos danos valorados” / “qualidade da discussão sobre a valorização dos danos” ( $t=3.82$ ), no par “referência à existência de factores de risco” / “qualidade da discussão sobre a existência de factores de risco” ( $t=5.44$ ) e entre “referência a propostas em termos de protecção” / “qualidade da referência a propostas de protecção” ( $t=3.49$ ). Tais diferenças significam que a realidade do que os Magistrados constata na avaliação dos relatórios diverge da importância que atribuem aos aspectos relativos à “Discussão” e essa diferença é desfavorável à qualidade.

## 2.10 Conclusões

Tal como vem acontecendo em outros itens, os Magistrados valorizam massivamente a importância das “Conclusões”. Não se encontraram diferenças significativas no modo de resposta a estes itens quando aplicámos o  $\chi^2$  (“importância das conclusões”,  $\chi^2=9.046$  e “qualidade das conclusões”,  $\chi^2=8.310$ ).

Os valores da qualidade que atribuem aos relatórios que apreciaram neste tópico são inferiores aos da importância, embora considerem ambos os tópicos valiosos. Ao avaliar as respostas entre eles constatou-se que existe uma diferença média entre o nível de respostas nos dois itens que é estatisticamente significativa ( $t=5.42$ ) (tabela 48).

		Grau de importância				
		0	2	3	4	5
importância das conclusões	n	4.0	1.0	2.0	8.0	36.0
	(%)	(7.8)	(2.0)	(3.9)	(15.7)	(70.6)
qualidade das conclusões	n	7.0	1.0	9.0	26.0	8.0
	(%)	(13.7)	(2.0)	(17.6)	(51.0)	(15.7)

**Tabela 48. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados nas Conclusões**

Não existem diferenças significativas entre os vários sub-grupos de Magistrados quando apreciamos cada um dos itens de *per se*, contudo, quando comparamos os itens um

com o outro, encontramos a diferença entre o que é a informação recebida e a qualidade que a mesma deveria ter, como também comprovado pelo *t-student* (tabela 49).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
importância das conclusões	4.08	24.0	1.72	4.73	11	0.47	4.38	16	1.36	4.31	51	1.42
qualidade das conclusões	3.08	24.0	1.72	3.82	11	0.60	3.56	16	1.59	3.39	51	1.51

**Tabela 49. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados nas Conclusões**

## 2.11 Fotodocumentação

Mais de 80% dos respondentes atribuem um valor de 4 e 5 a esta rubrica. Todavia ela não está incluída nos relatórios como se depreende dos comentários constantes em alguns dos questionários. O facto de ter sido apreciada a qualidade da fotodocumentação quando ela não existe, parece indicar a sua pertinência (tabela50).

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
importância da fotodocumentação	n	5.0		1.0	2.0	17.0	26.0
	(%)	(9.8)		(2.0)	(3.9)	(33.3)	(51.0)
qualidade da fotodocumentação	n	7.0	7.0	7.0	16.0	7.0	7.0
	(%)	(13.7)	(13.7)	(13.7)	(31.4)	(13.7)	(13.7)

**Tabela 50. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados na Fotodocumentação**

Não existem diferenças significativas na maneira de pensar dos Magistrados sobre esta matéria (tabela 51).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
importância da fotodocumentação	3.96	24	1.71	4.45	11	0.69	3.88	16	1.59	4.04	51	1.50
qualidade da fotodocumentação	2.79	24	1.61	2.36	11	1.43	2.44	16	1.67	2.59	51	1.58

**Tabela 51. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados na Fotodocumentação**

## 2.12 Relatório Social

Uma percentagem de 57% dos Magistrados considera importante o relatório social, pese embora alguma discrepância nos restantes resultados, uma vez que apenas o sub-grupo Delegação A tem acesso a relatórios sociais (tabela 52).

		Grau de importância					
		0	1	2	3	4	5
importância do relatório social a acompanhar o relatório médico-legal	n	5.0	1.0	5.0	11.0	15.0	14.0
	(%)	(9.8)	(2.0)	(9.8)	(21.6)	(29.4)	(27.5)
qualidade do relatório social	n	7.0	2.0		17.0	23.0	2.0
	(%)	(13.7)	(3.9)		(33.3)	(45.1)	(3.9)

**Tabela 52. Frequências e percentagens relativas aos itens agrupados ao Relatório Social**

Não existem diferenças significativas na maneira de pensar dos Magistrados sobre este assunto (tabela 53).

	DelegaçãoA			Gabinete			DelegaçãoB			Total		
	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD	Média	n	SD
importância do relatório social a acompanhar o relatório médico-legal	3.13	24	1.60	3.45	11	1.51	3.81	16	1.42	3.41	51	1.53
qualidade do relatório social	3.29	24	1.40	2.73	11	1.42	2.88	16	1.50	3.04	51	1.43

**Tabela 53. Medidas de tendência central relativas aos itens agrupados ao Relatório Social**

## 2.13 Análise entre variáveis

Um dos aspectos essenciais do questionário aplicado aos Magistrados assentava na distinção entre a informação recebida pelos relatórios periciais e a apreciação da qualidade da mesma. Considerando numa perspectiva geral os itens relativos a estas duas dimensões, apresentam-se em seguida os estudos estatísticos que as comparam, na óptica da totalidade da amostra. Como se constata da tabela, os itens foram emparelhados de acordo com esse princípio comparativo. Verifica-se que dos 10 pares onde era possível fazer comparação se

encontrou uma diferença significativa em 9 deles, diferença que penaliza a qualidade quando comparada com a importância (tabela 54).

Teste de avaliação da diferença entre amostras emparelhadas								
	Media	S D	Erro padrão	95% Intervalo de confiança da diferença		t	df	Sig. (2-caudas)
				elevado	baixo			
Par 1	0.61	1.39	0.19	0.22	1.00	3.13	50	0.003
Par 2	0.67	1.60	0.22	0.22	1.12	2.98	50	0.004
Par 3	0.82	0.95	0.13	0.56	1.09	6.17	50	0.000
Par 4	0.61	0.80	0.11	0.38	0.83	5.41	50	0.000
Par 5	0.59	1.10	0.15	0.28	0.90	3.82	50	0.000
Par 6	1.12	1.46	0.21	0.71	1.53	5.45	50	0.000
Par 7	0.92	1.89	0.26	0.39	1.45	3.49	50	0.001
Par 8	0.92	1.21	0.17	0.58	1.26	5.42	50	0.000
Par 9	1.45	1.40	0.20	1.06	1.85	7.38	50	0.000
Par 10	0.37	1.43	0.20	-0.03	0.77	1.86	50	0.068

**Tabela 54. Análise estatística das diferenças existentes entre a apreciação da importância e a apreciação da qualidade (*t-student*)**

- Par 1 – importância da descrição das lesões pela vítima – qualidade dessa descrição
- Par 2 – importância da descrição da assistência médica, sob o ponto de vista da vítima – qualidade dessa descrição
- Par 3 – importância da discussão sobre nexos de causalidade – qualidade dessa discussão
- Par 4 – importância da referência à data de cura ou consolidação – qualidade dessa referência
- Par 5 – importância da referência à valorização de dano – qualidade dessa referência
- Par 6 – importância da referência a risco e perigo – qualidade dessa referência
- Par 7 – importância da referência a medidas de proteção – qualidade dessa referência
- Par 8 – importância das conclusões – qualidade dessa descrição
- Par 9 – importância da fotodocumentação – qualidade
- Par 10 – importância do relatório social – qualidade do que tem sido fornecido

Outra análise realizada diz respeito à repercussão da informação no trabalho do MP. Como se pode observar na tabela não se constata diferença em qualquer dos pares considerados, ou seja, quando a qualidade do primeiro elemento do par está assegurada, tal repercute-se na sua aplicabilidade no trabalho do MP (tabela 55).

Teste de avaliação da diferença entre amostras emparelhadas								
	Media	S D	Erro padrão	95% Intervalo de confiança da diferença		t	df	Sig. (2-caudas)
				elevado	baixo			
Par 1	0.08	0.96	0.13	-0.19	0.35	0.59	50	0.561
Par 2	0.20	1.15	0.16	-0.13	0.52	1.22	50	0.229
Par 3	-0.12	1.03	0.14	-0.41	0.17	-0.81	50	0.420

**Tabela 55. Análise estatística das diferenças existentes entre a apreciação da importância e a apreciação da qualidade nos itens da História do evento**

- Par 1 – qualidade da descrição do abuso na perspectiva da vítima – repercussão dessa descrição no trabalho do MP
- Par 2 – qualidade da descrição das lesões na perspectiva da vítima – repercussão dessa descrição no trabalho do MP
- Par 3 – qualidade da descrição da assistência médica na perspectiva da vítima – repercussão dessa descrição no trabalho do MP

## 2.14 Estudo correlacional e redução dos itens aos componentes principais

Tendo verificado que na avaliação do “Contexto familiar” todos os itens pareciam importantes para os Magistrados, quisemos verificar se era possível aglutinar os itens em grupos mais específicos. Fizemos uma análise estatística de redução da variância dos itens para identificação, *a posteriori*, dos principais componentes, para a qual utilizamos o método Varimax, disponibilizado pelo SPSS (tabelas 56 e 57). A ferramenta estatística devolveu-nos quatro componentes principais responsáveis por 74.3% da variância total dos dados<sup>127</sup>, que são:

- a) Componente 1: itens: “referência à data do início do abuso” (13.3), “referência ao tipo de abuso inicial”(13.4), “referência à forma de evolução dos abusos quanto ao seu tipo” (13.5), “referência quanto à evolução dos abusos quanto à sua frequência” (13.6), “referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças” (13.7), “referência à existência de agressões durante a gravidez” (13.8), “referência a ameaças com armas” (13.9), que caracterizaria o abuso.
- b) Componente 2: itens: “referência à existência de ameaças de homicídio por parte do suposto abusador” (13.10), “referência a queixas anteriores às autoridades” (13.11), “referências a queixas retiradas” (13.12), “referência a detenções anteriores do suposto abusador” (13.13), “referência a outras pessoas abusadas” (13.15), “referência à convicção da suposta vítima de poder vir a ser alvo de tentativa de homicídio” (3.16), que indicaria existência de perigo para a vítima.
- c) Componente 3: itens: “referência a situações de violência nas famílias de origem da vítima e do abusador” (13.14), “referência a ideação suicida por parte da vítima” (13.17), “referência ao apoio social/familiar com que conta a vítima” (3.18), grupo de itens que se associa com as condições psico-sociais da vítima.
- d) Componente 4: itens: “referência à descrição do agregado familiar” (13.1), “referência à data de início da relação de intimidade actual” (13.2) que caracteriza o agregado familiar onde a violência acontece.

---

<sup>127</sup> As 4 componentes explicam mais de 70% da variância pelo que a redução pode ser feita. As componentes agrupam os itens referidos.

Componentes	Total	(%) da variância	Cumulativa (%)	Total	(%) da variância	Cumulativa (%)
1	8.2	(45.7)	(45.7)	8.2	(45.7)	(45.7)
2	2.4	(13.3)	(59.0)	2.4	(13.3)	(59.0)
3	1.5	(8.2)	(67.2)	1.5	(8.2)	(67.2)
4	1.3	(7.2)	(74.3)	1.3	(7.2)	(74.3)
5	1.0	(5.3)	(79.6)			
6	0.7	(4.0)	(83.7)			
7	0.5	(83.0)	(86.7)			
8	0.5	(82.8)	(89.5)			
9	0.4	(2.4)	(91.9)			
10	0.3	(1.7)	(93.6)			
11	0.3	(1.6)	(95.2)			
12	0.2	(1.4)	(96.6)			
13	0.2	(0.9)	(97.5)			
14	0.1	(0.8)	(98.3)			
15	0.1	(0.7)	(99.0)			
16	0.1	(0.5)	(99.4)			
17	0.1	(0.4)	(99.8)			
18	0.0	(0.2)	(100.0)			

**Tabela 56. Análise da redução de componentes dos itens relativos ao Contexto Familiar**

**Matriz de rotação de componentes**

	Componentes			
	1	2	3	4
contfA1	,283	,202	,016	,770
contfA2	,147	,004	,084	,873
contfA3	,877	,155	,035	,179
contfA4	,869	,030	,164	,194
contfA5	,929	,093	,113	,107
contfA6	,843	,283	,029	,154
contfA7	,828	,256	,161	,167
contfA8	,786	,366	,164	,122
contfA9	,663	,427	,269	-,160
contfA10	,384	,669	,055	-,103
contfA11	,105	,903	,194	,059
contfA12	,416	,619	,329	,079
contfA13	,021	,698	,253	,338
contfA14	,295	,244	,621	,226
contfA15	,381	,650	,042	-,029
contfA16	,122	,675	,280	,186
contfA17	,155	,281	,830	-,099
contfA18	,046	,151	,902	,078

Método de rotação: Varimax with Kaiser Normalization.

**Tabela 57. Análise da redução de componentes dos itens relativos ao Contexto Familiar – após aplicação da rotação varimax**

## **VI. DISCUSSÃO**



Considerando que tanto na apreciação dos relatórios periciais elaborados pelos peritos médicos da Delegação do Norte do INML e do GML de Viseu, quanto nas questões colocadas aos Magistrados que trabalham nas mesmas áreas regionais, foram utilizadas as mesmas rubricas do relatório-tipo utilizado em Clínica Forense em Direito Penal, já devidamente apresentadas em capítulo anterior, proceder-se-á à comparação de cada uma delas, na perspectiva das representações de ambos aqueles grupos profissionais. Esta parece ser a forma de abordagem lógica para a discussão dos resultados.

## 1. História do evento

Enquanto os Magistrados, na sua maioria, consideram importante a história do evento, tal como é contada pela vítima, não existindo diferenças significativas de opinião entre os Magistrados pertencentes aos três sub-grupos referidos, já a análise dos relatórios periciais demonstra que os peritos médicos, na sua globalidade, não consideram esse relato muito importante, uma vez que ele só aparece em cerca de 5% dos relatórios, sendo essa percentagem idêntica em ambos os departamentos considerados (Delegação do Norte e GML de Viseu). Na verdade, 95% dos relatórios apresenta uma descrição da “história do evento” que indica data e hora, tipo de ocorrência, agressor e instrumento de agressão, mas não faz, por sistema, referência à descrição da ocorrência<sup>128</sup>.

São os Magistrados que trabalham com os gabinetes que dão maior importância a estes elementos. Muitos gostariam mesmo que se fizesse referência à história contada por acompanhantes, vizinhos ou polícia. Embora pareça um pedido exagerado, porque não será essa a função do perito, serve para ser levado em conta que este ponto da “descrição da história do evento” merece ponderação, já que os Magistrados o consideram como sendo importante e relevante na realização do seu trabalho.

---

<sup>128</sup> Parece importante frisar que, quando se está a trabalhar com a aplicação informática MedLeg.Net, aparece a rubrica “história do evento”, mas quando se abre o espaço correspondente, o programa assinala de imediato o “resultado declarado” e a “assistência médica”, pelo que, se o perito não estiver atento, pode interpretar que “descrição da ocorrência” significa fazer referência aos pontos anteriores: “referência a data”, “referência a hora”, “tipo de ocorrência”, “instrumento de agressão” e “agressor”.

Assim sendo, deverá ser recomendado aos peritos médicos que não esqueçam o preenchimento desta rubrica. Por outro lado, poderá ser conveniente introduzir uma pequena alteração no esqueleto do relatório, na aplicação informática.

Como se referiu na análise dos questionários aos Magistrados, e, apesar de a maioria não considerar necessário incluir outra informação nesta rubrica, alguns apresentaram sugestões sobre o que faltaria acrescentar nos relatórios. A esta situação cabe um comentário, ainda que breve: (a) quanto à “informação a recolher junto de vizinhos da vítima”, não parece que possa ser incluída na rubrica que tratamos, uma vez que este relatório se refere apenas ao exame da vítima; quando muito, poder-se-á incluir a informação veiculada por alguém que acompanhe a vítima a exame; (b) em relação às “consequências psicológicas”, também as reputamos de muito importantes, mas têm um espaço próprio para ser mencionadas que é na rubrica “queixas”; (c) no que concerne aos “graus de deficiência de que a vítima já é portadora”, também constarão da rubrica “antecedentes pessoais”; (d) relativamente às “datas e locais onde foi prestada assistência”, serão referidos nesta mesma rubrica, e já está prevista a sua inclusão; (e) no que respeita a “recolha de informação importante, nomeadamente elementos indiciários”, não faz parte da função do perito médico, excepto no que diz respeito a recolhas no momento do exame; (f) em relação à “descrição de situações anteriores na perspectiva da vítima”, esta informação deverá constar na rubrica “contexto familiar”; (g) o mesmo deve acontecer com “enquadramento dos factos da família”; (h) quanto às “testemunhas”, a sua audição não faz parte da função do perito médico, embora possa e deva ser feita referência à sua existência<sup>129</sup>.

## **2. Dados documentais**

Este capítulo faz referência aos dados documentais que acompanham o examinando na altura do exame. São na maior parte dos casos relatórios provenientes de serviços de saúde a que o examinando recorreu em consequência da alegada agressão.

Estes elementos são considerados importantes para a maioria dos Magistrados que dão preferência à descrição «apenas» dos aspectos relevantes do caso clínico, não existindo grandes diferenças entre os vários grupos daqueles profissionais, os quais, também, não se queixam da qualidade dos relatórios que têm apreciado.

---

<sup>129</sup> Esta indicação de existência de testemunhas pode ser importante para a celeridade do processo porque pode permitir ao MP que inicie a investigação, começando por ouvir, desde logo, essas pessoas.

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

Assim, é de recomendar aos peritos que, ou apresentem uma descrição de dados relevantes, quando existam, já que isso é importante para os Magistrados, ou simplesmente, indiquem que não existem dados.

### **3. Antecedentes pessoais**

A maioria dos Magistrados atribui importância à referência aos antecedentes pessoais, e de forma mais acutilante, à referência aos hábitos de consumo e não está satisfeita com a qualidade do que tem apreciado. Na verdade, a esmagadora maioria dos relatórios faz menção, apenas, aos antecedentes patológicos e traumáticos, nada dizendo sobre os hábitos de consumo (dos 224 relatórios revisados, apenas 2 incluíam referência aos três tipos de antecedentes pessoais). Mais uma vez, o facto de “hábitos de consumo” não estar mencionado na aplicação informática, pode influenciar este resultado.

O GML apresentou a maior percentagem de relatórios que, ou não apresentavam qualquer tipo de menção a esta rubrica, ou então, a tinham “apagado” do relatório. Tal constatação, podendo significar que não existiam antecedentes pessoais relevantes, também pode querer dizer que a questão não foi colocada à vítima.

### **4. Contexto familiar**

É convicção dos Magistrados que os itens escolhidos para caracterizar o “contexto familiar” são importantes ou muito importantes, não tendo existido diferenças significativas entre os três sub-grupos constituídos. Apenas os itens “descrição do agregado familiar”, “referência à data do início da relação de intimidade actual” e “referência a situações de VD na família de origem dos supostos vítima e abusador”, foram menos valorizados. O último item, contudo, é reputado de muito importante na literatura, como factor de risco na VRI.

Todavia, e apesar do programa informático fazer referência a quase todos esses pontos, os peritos, habitualmente, não lhes fazem referência, ou limitam-se a dizer que “há história de maus tratos”.

Já em relação à qualidade dos relatórios que recebem, os Magistrados consideram-na de nível razoável, mas sempre inferior ao que desejariam.

Na verdade, quando se avaliam os relatórios periciais, verifica-se que, na maioria dos casos, há uma referência incompleta ao “contexto familiar”. Na Delegação, existindo uma técnica de Serviço Social, uma boa parte dos peritos remete para essa profissional aquela avaliação, mencionando mesmo no relatório que não se debruçaram sobre os factos da vida familiar, porque isso será analisado, em pormenor, por aquela técnica. Outros, no entanto, não fazem sequer referência a isso, nem para ela remetem. Sabemos, contudo, que em todos os processos, cujos exames médicos tivemos oportunidade de revisar, consta uma avaliação pela técnica de Serviço Social. Assim sendo, provavelmente, os peritos apenas se “esqueceram” de mencionar o facto nos relatórios.

De qualquer modo, o facto de os peritos fazerem apenas um relatório pericial de dano corporal nestes casos, não revendo o relatório após o exame da técnica de Serviço Social, parece retirar mais-valia ao próprio relatório, uma vez que não lhes permite enviar aos Magistrados uma verdadeira avaliação de risco, que, eventualmente, lhes permitiria ter mais elementos para serem mais céleres na eventual tomada de medidas adequadas à situação. O facto de os peritos médicos se limitarem a fazer a observação do dano físico, vai, certamente retirar pró-actividade à Medicina Legal neste campo da VRI.

Em relação ao GML, onde não existe técnico de Serviço Social, o problema é ainda mais grave. Cabe ao perito proceder à recolha de todos os elementos que se lhe afigurem importantes para a elaboração do relatório. Não faz qualquer avaliação de risco, nem mesmo menção a essa temática. Contudo, se as características da lesão, a história da vítima ou o senso comum o alertarem para a existência de eventual perigo, pode indicar, nas conclusões, que a “situação descrita configura uma situação de risco ou perigo para a vítima, pelo que é de aconselhar a implementação de medidas psicossociais visando a protecção da vítima, a sua integridade física e a salvaguarda da sua vida ou da dos seus filhos”. Mas, com efeito, os peritos não parecem especialmente “alertados” para a pertinência da avaliação desta rubrica no estudo dos casos de VRI, podendo existir necessidade de formação nesta área, para satisfazer os objectivos do III PCVD e as necessidades da Lei.

## 5. Queixas

Os Magistrados atribuem importância significativa à descrição das queixas, sejam de ordem funcional ou situacional. Quando se questionou sobre o interesse de se acrescentarem outros aspectos nesta rubrica, a maioria respondeu desfavoravelmente. Fica-nos a dúvida se teriam respondido do mesmo modo no caso de a pergunta ter sido colocada de forma diferente: “Vê necessidade de se incluírem referências às queixas referentes à vivência do processo abusivo?”

Em relação aos relatórios e tendo sido avaliada a existência de referência a queixas relacionadas com lesões e sequelas, funcionais e situacionais e ainda, as relacionadas com a vivência do processo abusivo, conclui-se que a maioria dos relatórios, refere as queixas de ordem física, seja funcional ou situacional, quando elas existem e não refere nada quando estas não existem. Há uma clara ausência das queixas relacionadas com a vivência do processo abusivo - apenas 8% dos relatórios apresenta alguma informação sobre este aspecto. Tal como no item anterior, não parece que os peritos valorizem devidamente a vivência do processo pela vítima, nem sequer o questionem, embora este seja um dos aspectos principais da VRI. Os valores são idênticos na Delegação e no GML, o que significa que, de modo geral, os peritos não estão alertados para este problema das mulheres maltratadas e, mais uma vez, se limitam a dar importância apenas ao dano físico. Parece assim constatar-se um silenciamento da dimensão psicológica do abuso, que tal como refere a literatura, tem muito mais importância para a avaliação deste tipo de violência e provoca muito mais sequelas do que a dimensão física.

## 6. Lesões e Sequelas

A descrição deste item é considerada muito importante por todos os Magistrados que, por outro lado, não parecem interessados em que sejam incluídos nesta rubrica outros itens. Contudo, o valor atribuído à qualidade dos relatórios que recebem fica aquém do que, para eles, seria necessário. Como não fazem comentários nem propõem alterações, não podemos saber o que gostariam de ver alterado, até porque, a descrição de lesões e sequelas nos relatórios periciais, demonstra que os peritos não têm dúvidas quando a executam. Como se esperava, essa descrição está “imaculada” em quase todos os relatórios. Todos os peritos são “peritos” em dano físico. Não há diferenças substanciais entre a Delegação do Norte e o GML.

## 7. Exames Complementares de Diagnóstico

Quando existem tais exames complementares de diagnóstico, os Magistrados parecem preferir que os peritos façam deles uma descrição quando elaboram os relatórios.

No que respeita aos relatórios periciais analisados<sup>130</sup> é de notar que em 43% dos relatórios, este capítulo não consta. De facto, no GML, a grande maioria das vezes não existem ECD. Por essa razão, os peritos “apagam” o capítulo. Esta situação não é de estranhar se se pensar que, em termos físicos, as situações são na maior parte das vezes “benignas” e não necessitam de qualquer tipo de exames. Contudo, seria talvez preferível que se mantivesse a rubrica e se dissesse que “não existem ECD”, em vez de a apagar do relatório.

Nos relatórios da Delegação, por outro lado, consta como pedido de ECD, o envio ao Serviço Social, o que também não parece correcto. Contudo, esta prática, seguida por todos os peritos, foi a maneira que encontraram de indicar no relatório que esse exame seria realizado e seria anexado ao exame clínico, como complemento. Esta prática teria o conhecimento e a aprovação dos responsáveis pelo Serviço de Clínica Forense pelo que pode ser interpretada como uma marca da cultura profissional.

Falta saber até que ponto, e à semelhança do que se faz na Delegação com os exames “sexuais”, se não seria importante fazer um pedido “obrigatório” de exame psicológico a todas as vítimas de VRI.

## 8. Discussão

A discussão realiza-se, apenas, nos casos em que o relatório se conclui.

O objectivo da avaliação desta rubrica era saber que importância atribuem os Magistrados aos diversos itens que dela constam, bem como saber se seria importante, para eles, a inclusão de novos itens, no caso particular da VRI e, nomeadamente, no que se refere como “fundamentação da valoração de dano”, “referência à existência de factores de risco” e “referência a propostas em termos de protecção da vítima”. Estes três itens não constam dos relatórios actuais. O primeiro porque, em Direito Penal, não é usual fazer-se valoração de dano; o segundo porque, também em Direito Penal e nos outros tipos de casos de violência não existem, habitualmente, situações em que seja de admitir risco de violência no futuro; o

---

<sup>130</sup> Os exames complementares de diagnóstico são complementares e só existem se algum perito os solicitar no decurso de um processo médico-legal, o que acontece raramente.

terceiro porque se faz referência a essa situação na rubrica “conclusões”, nunca tendo sido necessário “discutir “ o assunto.

Curiosamente os Magistrados, na grande maioria, além de atribuírem um alto valor aos dois primeiros itens, que já vêm mencionados nos relatórios, valorizam também a inclusão dos outros aspectos, sendo quase unânimes na sua qualificação como importantes ou muito importantes. Há, neste aspecto da prevenção de futuros actos de violência, uma clara discrepância entre o que os relatórios periciais evidenciam e a informação que os Magistrados consideram pertinente para a administração de uma Justiça mais justa.

Outro facto curioso é que, dos cinco itens a classificar, os Magistrados que trabalham com a Delegação do Norte valorizam, mais significativamente, a discussão sobre a cura/consolidação das lesões e a discussão sobre propostas em termos de protecção à vítima.

Já no que concerne a qualidade dos relatórios sobre aquele ponto de vista, os Magistrados pensam que a descrição dos dois primeiros itens, que já constam dos relatórios, é de boa qualidade, mas também atribuem alguma qualidade aos três itens seguintes, que não constam nos actuais relatórios. Este facto parece apontar para a existência de um desejo de que eles possam passar a constar em relatórios futuros.

Em relação ao cruzamento de opiniões sobre a importância dos dados relativos às variáveis incluídas nesta rubrica e a opinião sobre a sua qualidade, encontraram-se diferenças significativas em todos os pares. Significa isto que os Magistrados pensam que a qualidade desta rubrica nos relatórios, não é tão grande quanto a importância que tem.

No que diz respeito à apreciação dos relatórios periciais, verifica-se que cerca de metade estavam correctamente discutidos e em cerca de um quarto não tinha sido efectuada discussão por não se ter concluído o relatório, o que acontece sempre que aqueles são preliminares ou intercalares<sup>131</sup>. Este número está de acordo com o número de relatórios não concluídos.

Numa parte considerável de relatórios (18%) houve imprecisão de análise que se prendeu com a inexistência de referências a discussão em relatórios onde era obrigatório que constasse. Este facto ocorreu tanto em relatórios provenientes da Delegação (14%), como do GML (22%), em que, apesar de existir um relatório final, não se fez discussão. Os peritos entendem que, se a conclusão é “nada se pode concluir”, isto significa que não há qualquer

---

<sup>131</sup>Como no GML de Viseu se fizeram mais relatórios preliminares, é óbvio que é maior a percentagem de conclusões preliminares em Viseu. Não se deu especial importância à avaliação da “necessidade” de pedidos de elementos clínicos ou da exigência de nova presença da vítima, por nos parecer que essa não era, neste trabalho, a principal preocupação. Por outro lado, sabemos que alguns dos Tribunais na região de Viseu, “não admitem” que o perito termine um relatório antes de a vítima estar curada, o que faz com que muitos peritos prefiram pedir “elementos clínicos” ou mesmo voltar a “ver” a vítima para evitar ter de “responder” ao Tribunal.

discussão a fazer. Ou seja e dando um exemplo: se uma mulher foi vítima de uma agressão com uma bofetada no rosto e isso não deixou qualquer marca, e, ela não foi atendida em nenhum serviço de urgência, não hánexo de causalidade a considerar nem há data de cura a referir porque não há lesões. Logo não há discussão. Nestes casos, os peritos chegam a “apagar” o capítulo e remetem de imediato para as “conclusões”.

Outra “curiosidade” é que nos relatórios provenientes do GML, há uma preponderância de anotação do item “nexo de causalidade” em relação à “referência à data da cura ou consolidação”.

## **9. Conclusões**

As conclusões podem ser preliminares, nos relatórios preliminares e nos intercalares, ou finais, nos relatórios únicos e concluídos e nos relatórios finais.

Aos Magistrados foi questionado qual a importância desta rubrica nos relatórios e que grau de qualidade lhe atribuíam. Tal como vem acontecendo em relação a outras rubricas, os Magistrados valorizam massivamente a importância das conclusões. Quanto à qualidade, é valorizada como mediana, sendo esse valor muito inferior ao valor da importância.

No que respeita à apreciação dos relatórios e, tendo sido esta rubrica dividida em dois sub-capítulos: “conclusões preliminares” e “conclusões finais”, refere-se que 23% dos relatórios apresentaram conclusões preliminares, o que corresponde à percentagem de relatórios preliminares analisados, indicando isto que foi necessário esperar pelo envio de informação adicional, a maioria das vezes informação clínica respeitante a assistência médica na altura da ocorrência, ou que foi necessário esperar pela cura das lesões para poder retirar conclusões. O maior número de relatórios preliminares pertenceu ao GML. Deve-se isto ao facto de os peritos solicitarem, com maior frequência, os relatórios dos serviços de saúde a que as vítimas alegadamente recorreram. O objectivo será confirmar a história do evento ou as lesões que dele decorreram e que, eventualmente, na altura do exame já não são perceptíveis. Tal diferença, quantitativamente comprovada, permite-nos referir, de novo, o peso das culturas profissionais como a explicação mais plausível.

No caso das conclusões “finais”, que corresponderam a 77% dos relatórios, o maior número ocorreu nos relatórios provenientes da Delegação, ao invés do sucedido com as conclusões preliminares. A larga maioria estava “correcta” (94%), sendo a percentagem ligeiramente superior no GML em relação à Delegação.

## 10. Fotodocumentação

Mais de 80% dos Magistrados apontam esta rubrica como sendo importante, embora alguns refiram que ela nunca está incluída. Contudo ela não foi realizada em nenhum dos 224 relatórios avaliados, fossem da Delegação ou do GML.

Curiosamente, em relação à qualidade do material que têm apreciado, alguns fazem apreciações quantitativas, apesar de a fotodocumentação não existir. Este facto, parece indicar a sua pertinência ou a vontade daqueles profissionais de passarem a ter acesso a ela.

## 11. Relatório Social

Apesar de apenas a Delegação poder obter relatórios sociais, a resposta dos Magistrados quanto à importância que lhes atribuem foi positiva (acima de 4) em 57% dos inquiridos. Já a qualidade que atribuem nos deixa dúvidas, pelo que foi dito atrás. Os 24 Magistrados que têm acesso a “relatório social”, apontam-lhe uma importância de valor 3<sup>132</sup>.

## 12. Estudos comparativos entre os relatórios provenientes da Delegação do Norte e do Gabinete Médico-Legal de Viseu

Existem algumas diferenças estatisticamente significativas entre os relatórios oriundos da Delegação do Norte e do GML de Viseu no que diz respeito ao preenchimento das categorias constantes do guião dos relatórios. Tais diferenças dizem respeito às pontuações finais das rubricas “Dados documentais”, “Antecedentes pessoais”, “Contexto familiar”, “Discussão” e “Conclusões”. À excepção das rubricas “Queixas” e “Conclusões finais” as pontuações atribuídas são favoráveis aos relatórios da Delegação.

Encontrou-se grande dispersão de resposta em praticamente todas as várias rubricas do guião, o que significa que alguns dos peritos valorizam uns itens e outros valorizam outros. Foi o que aconteceu com as rubricas “Dados documentais” e “Antecedentes pessoais” que apresentaram grande dispersão nos relatórios provenientes do GML e com o “Contexto familiar” e as “Queixas”, cuja apreciação foi mais díspar na Delegação.

---

<sup>132</sup> O Relatório Social, embora podendo ser considerado uma prova, não é contudo uma prova vinculada, ou seja, está sujeita ao princípio da livre apreciação da prova “*tout court*”, estabelecido no art. 127<sup>a</sup> do CPP.

Já a rubrica que se refere às “Lesões” não apresentou dispersão significativa, o que leva a concluir que todos os peritos, independentemente da sua origem geográfica, dão a esta rubrica idêntica e efectiva importância.

### **13. Estudos comparativos entre as reduções aos componentes principais efectuadas aos itens do Contexto familiar vistos na óptica dos Magistrados do Ministério Público e dos Peritos Médicos**

O estudo correlacional e a redução aos componentes principais efectuado a partir de todos os componentes da rubrica “Contexto familiar” da forma que é vista pelos Magistrados, devolveu-nos quatro componentes a que chamámos: (1) caracterização do abuso; (2) indícios de existência de situação de perigo para a vítima; (3) caracterização das condições psico-sociais da vítima; (4) caracterização do agregado familiar e que dispusemos por ordem decrescente de importância de associação. Estes componentes parecem espelhar as preocupações dos Magistrados quanto aos factos a avaliar em situações de VRI.

Parece-nos, de uma forma global, que estes 4 itens poderão, com efeito, juntamente com a avaliação física das lesões, ajudar a fazer uma avaliação de risco de violência futura em casos de VRI.

Já o mesmo estudo aplicado às tendências de opinião dos peritos médicos encontradas nos relatórios, devolveu-nos seis componentes que designámos como: a) caracterização das pessoas do agregado familiar e caracterização do abuso; b) necessidade de protecção; c) indícios de existência de perigo; d) caracterização sócio-académica; e) condição psico-familiar da relação de intimidade; f) manutenção e continuidade do processo abusivo e relação com a Justiça.

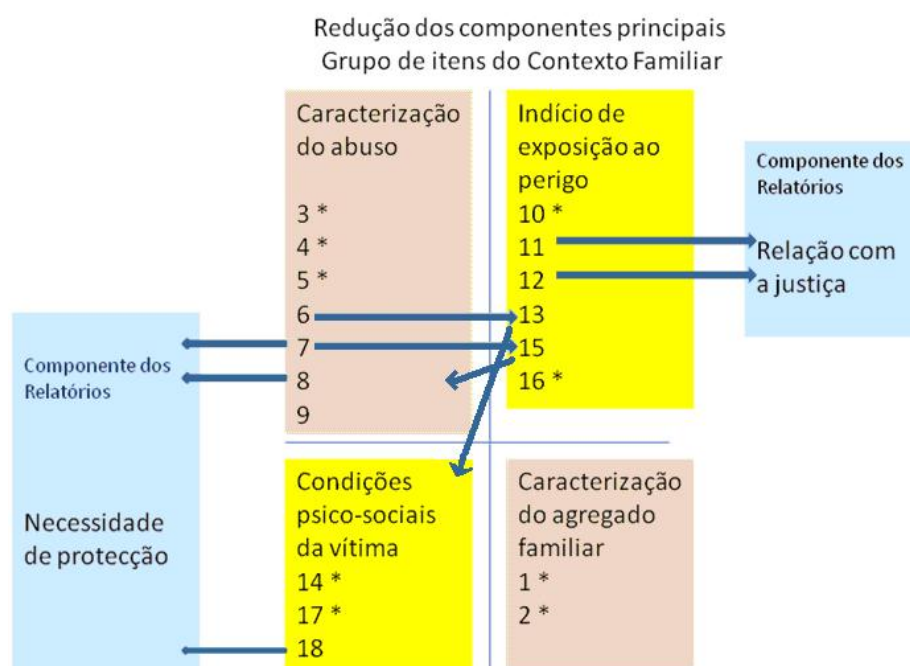
Como se disse, esta análise mais centrada nas tendências que a análise factorial de redução de componentes nos devolveu, permite-nos considerar que depois da necessária identificação e caracterização pessoal das vítimas e seus contextos, os peritos dão importância às categorias associadas à existência de ameaças e à necessidade de protecção, tal como os Magistrados.

A caracterização pessoal das vítimas não parece associar-se quer à caracterização sócio-académica daquelas, quer às condições psico-familiares, porquanto o quarto e o quinto

componentes devolvido pela análise factorial não se correlacionam directamente com a primeira tendência identificada.

O 6º componente que se associa à dimensão legal e penal do problema, mas também à eventual continuidade do processo abusivo, tem uma dimensão explicativa reduzida nos relatórios analisados, uma vez que explica 5.1% da variância total.

As relações entre os diversos componentes do “Contexto Familiar” segundo a óptica de Magistrados e Peritos Médicos está resumida na ilustração, onde pode identificar-se claramente o núcleo central que corresponde à caracterização do abuso, caracterização do agregado familiar, indícios de exposição a perigo e condições psico sociais da vítima (figura 2).



Legenda: o sentido das setas indica a pertença dos itens no conjunto dos relatórios. Os itens assinalados com asterisco são os que foram agrupados nos mesmos componentes no conjunto dos relatórios e dos inquéritos aos Magistrados

**Figura 2. Redução dos componentes principais do “Contexto familiar” segundo as opiniões de Magistrados e Peritos Médicos**



## **VII. CONCLUSÕES**



A violência doméstica é um crime. O bem jurídico a defender não é só a integridade física de uma pessoa, mas mais do que isso, a sua liberdade e o seu direito à autodeterminação no contexto familiar e de uma relação em que tem de existir igualdade de direitos. Por esta razão este crime não pode ser confundido com ofensa à integridade física. Esta é a tese que deu sentido a este trabalho e que, do ponto de vista empírico, nos orientou o olhar sobre a avaliação dos relatórios de clínica médico-legal em casos de VRI, bem como sobre as representações dos Magistrados do MP acerca daqueles instrumentos de prova.

Realizámos, então, uma revisão da literatura no que concerne este tipo de violência, procurando, antes de mais, situá-la enquanto definição e contexto. Depois procurámos mostrar o que pensam alguns dos países da Europa comunitária, sobre a matéria, bem como a forma como lidam com os problemas inerentes a ela, seja do ponto de vista social, da saúde ou do ponto de vista legal. Procurámos, também, saber como têm respondido aos desafios do Conselho da Europa no que à violência doméstica diz respeito e, sobretudo, à violência contra as mulheres, neste contexto. De seguida, fizemos uma breve passagem pela evolução do conceito de violência doméstica em Portugal, procurando dar um especial realce à violência na relação de intimidade, bem como às novíssimas leis sobre VD e vítimas.

Tentámos identificar o que os autores na literatura internacional, consideram como sendo risco e factores de risco em VRI e mostrámos como se podem utilizar esses conceitos na avaliação destas vítimas que surgem para exame de Clínica Forense.

Procurámos, por outro lado, traçar um retrato sumário do que é o trabalho do Instituto Nacional de Medicina Legal e, muito particularmente, de como se faz a avaliação das vítimas em Direito Penal, nomeadamente, as vítimas de violência doméstica, tentando apresentar uma perspectiva do que deve ser uma perícia de qualidade em avaliação de vítimas de violência na relação de intimidade, que se constitua como um verdadeiro instrumento de prova, para satisfazer as orientações dos PCVD e as necessidades da Justiça.

Reconhecendo-se que a violência na relação de intimidade é a principal forma de apresentação do crime de violência doméstica, incluindo todas as formas de abuso, físico, sexual, emocional ou outro, que aconteçam em qualquer tipo de vivência em relação de intimidade, presente ou passada, independentemente do género dos parceiros ou do tipo de relação jurídica, torna-se necessário que os exames periciais médico-legais em Direito Penal identifiquem, claramente, todas as pessoas que possam ter sido vítimas de comportamentos que configurem tal crime, assim como a Lei prevê (Art.º 152 do CP).

Se voltarmos à definição de violência contra as mulheres defendida pelo Conselho da Europa, constatamos que os conceitos que nela vigoram podem e devem ser, também, aplicados às situações de VRI <sup>133</sup>, devendo constituir a sua avaliação o objectivo do diagnóstico da situação destas situações sob o ponto de vista médico-legal, independentemente do facto de a vítima ser ou não mulher. Assim sendo, temos de concordar que a avaliação médica não se pode limitar à observação física das lesões ou sequelas que apresenta, já que a violência física é em geral, o “menor dos males” naquele tipo de violência. É, não só obrigatório, mas sobretudo prioritário, que o exame inclua uma avaliação psicológica e da vivência do processo de abuso, bem como uma avaliação de risco de eventual agravamento ou perpetuação da situação. Este foi outro dos pressupostos, sustentado na literatura apresentada, que esteve em avaliação no trabalho empírico.

Outro pressuposto, comumente aceite, é que a principal função da avaliação médico-legal daquelas vítimas é a produção de um instrumento, o relatório médico-legal, essencial no tratamento judicial destes casos, já que vai constituir um elemento de prova no processo. Era então importante saber até que ponto esse instrumento pareceria adequado a quem tem de o utilizar na aplicação da Lei.

Foram estas as ideias chave que nortearam a investigação e permitiram colocar as questões essenciais:

- a) Os relatórios de clínica médico-legal em situação de VRI, tal como são hoje elaborados, proporcionam uma eficaz e efectiva descrição daquele tipo de violência e dos seus riscos?
- b) Os relatórios de clínica médico-legal em situação de VRI, tal como são hoje elaborados, apresentam qualidade suficiente para se constituírem como uma boa prova judicial?
- c) Os Magistrados do MP têm uma representação sobre VRI semelhante aos peritos médicos?

De um modo geral, a resposta a estas três questões essenciais parece ser: “Não”.

Vejamos então em pormenor:

- a) Da revisão efectuada aos relatórios de clínica médico-legal realizados na Delegação do Norte do INML e do GML de Viseu, pode concluir-se que em ambos os locais existem deficiências no tratamento dos casos de VRI, que de forma geral continuam

---

<sup>133</sup> Ver página 6

a ser tratados como situações de ofensas corporais. Essas deficiências são semelhantes nos dois locais. Os pontos em que houve diferenças significativas entre as duas estruturas institucionais dizem, sobretudo, respeito a marcas da cultura profissional, como no caso em que os peritos do GML “apagam” rubricas quando elas não lhes parecem importantes, com o objectivo de “poupar” papel, ou no caso dos peritos da Delegação quando consideram ECD o envio da vítima ao Serviço Social, coisa que foi “combinada” entre todos, por não existir outro sítio para fazer essa referência;

- b) Em ambas as instituições se atribui reduzida importância à história do evento, o que não permite uma correcta caracterização da situação de VRI, mais consentânea com os requisitos exigidos pela sua definição pelo Conselho da Europa;
- c) Não se referem, em muitos casos os antecedentes pessoais da vítima, nomeadamente os antecedentes de hábitos de consumo, que constituem elementos essenciais na avaliação de risco;
- d) Ignora-se a forma como a vítima está a viver o processo e como isso a afecta, ou como se reorganiza, o que impede a avaliação da necessidade de atribuir o estatuto de vítima ou de vítima especialmente vulnerável;
- e) Não se avaliam, exhaustivamente, os factores relativos ao contexto familiar de forma a permitir uma correcta avaliação de risco. Aliás, de uma forma geral, os peritos parecem não atribuir valor à noção ou à sua importância para fazer a caracterização da VRI. Esta rubrica, no entanto, afigura-se como uma das mais importantes na elaboração de um relatório nestes casos de violência. Não só oferece uma panorâmica da situação familiar e do historial do conflito, como também, permite entender como sobrevive a vítima, se há outras pessoas em risco, se a vítima tem possibilidades de fuga ou pelo menos, algum tipo de ajuda familiar ou de qualquer outra instituição. Deixa, ainda, saber até que ponto a situação já é do conhecimento de outros serviços, nomeadamente da Justiça. Dá uma ideia, se bem que parcial, do tipo de indivíduo que é o agressor. Mas, sobretudo, permite iniciar a contabilização de factores de risco para a vítima, que possam de algum modo ajudar a elaborar uma “avaliação de risco”, informação esta que poderá ser vital na prevenção de futuras agressões e será, sem dúvida, crucial, no futuro, quando os magistrados tiverem de “tomar decisões” nestes casos de VD, em 48 horas, como está previsto;
- f) Em relação à discussão, os relatórios com a actual formatação são redutores, porque apenas avaliam o nexo de causalidade e o tempo de doença, conceitos que, em VRI,

são nitidamente insuficientes. Parece necessário, para garantir os direitos das vítimas e assegurar a sua protecção célere e eficaz, que se introduzam nesta rubrica, sempre que necessário, outros factores, como a avaliação de risco, a valoração do dano e propostas em termos da sua protecção.

g) Nunca foi realizada fotodocumentação.

Ora, ao não privilegiar a especificidade da recolha destas informações, tal como se infere da análise feita aos relatórios, fica comprometida, em nosso entender, uma cabal avaliação do risco que correm as vítimas de violência na relação de intimidade.

Todavia, do ponto de vista formal, os relatórios foram globalmente considerados muito correctos, porquanto:

- a) A descrição do dano físico, lesões e sequelas, é, globalmente, irrepreensível;
- b) Sempre que existem dados documentais, eles são transcritos de forma satisfatória;
- c) A rubrica conclusões, fossem finais ou preliminares, não mostrou existência de erros graves.

Em relação às opiniões dos Magistrados pode concluir-se que:

- a) Obtiveram-se 51 respostas, equivalentes a 15% do total dos profissionais da área definida, que na altura do envio dos questionários somavam 337. Dos 51 respondentes, 40 pertenciam à área de influência da Delegação do Norte do INML (24 correspondiam à área da Delegação propriamente dita e 16 aos GML do Norte) e 11 ao GML de Viseu, correspondendo estes a 50% do total de Magistrados do Círculo de Viseu;
- b) Dos respondentes, 60% pertencem ao sexo feminino. Tal distribuição é consentânea com a tendência actual da feminização do exercício da Justiça, tal como se pode constatar no site do Centro de Estudos Judiciários (CEJ), relativo às entradas na carreira da Magistratura<sup>134</sup>;
- c) Os relatórios de Clínica Médico-Legal, na informação que disponibilizam, são adequados às necessidades daqueles profissionais. Contudo, notam-lhes eles algumas falhas, nomeadamente de fornecimento de alguns dados que consideram essenciais, fazendo notar que existe discrepância entre aquilo que é a importância de algumas das rubricas dos relatórios e a qualidade do que recebem. É o caso da

---

<sup>134</sup> [www.cej.mj.pt/estudos-e-publica/](http://www.cej.mj.pt/estudos-e-publica/) (consultado em 12/01/2010).

informação sobre a história do evento, os antecedentes pessoais, o contexto familiar e a discussão;

- d) Em relação ao “contexto familiar”, alguns dos itens foram menos valorizados pelos Magistrados. É o caso da “descrição do agregado familiar” e da “referência a situações de VD na família de origem dos supostos vítima e abusador”. Todavia, enquanto o primeiro é essencial para a caracterização da família, nomeadamente saber da existência de crianças ou idosos envolvidos, o segundo é reputado de muito importante factor de risco na VRI, pela literatura;
- e) Os Magistrados gostariam que na rubrica discussão fossem introduzidos novos itens, nomeadamente a “avaliação de risco”, a “valoração do dano” e a “discussão sobre a necessidade de medidas de protecção à vítima”, para além dos já incluídos “nexo de causalidade” e “data de cura/consolidação”, sendo de salientar a alta percentagem daqueles profissionais que se manifestaram favoráveis a essa inclusão;
- f) Também notámos que os Magistrados gostariam que existisse fotodocumentação.

Parece poder concluir-se que as representações que emanam dos relatórios e caracterizam os peritos que os realizaram, bem como as representações dos Magistrados, não são, ainda, as mais adequadas à consideração da violência na relação de intimidade como um fenómeno mais abrangente e complexo que a simples agressão física.

Afigura-se assim importante, na questão da avaliação da qualidade das perícias médico-legais, que se faça uma revisão sobre a abordagem que se faz actualmente a estas vítimas.

Concluimos este trabalho com um conjunto de sugestões que, em nosso entender, poderiam alcançar tal desígnio.

Uma nova abordagem poderia passar pela introdução de pequenas alterações na estrutura do programa informático MedLeg.Net, no que diz respeito à avaliação em Direito Penal, que funcionem como “auxiliares de memória”, nomeadamente nos itens “História do evento”, “Contexto familiar” e “Discussão” se se viesse a concluir que também esta rubrica pode necessitar de alteração.

É muito provável que o tempo necessário para realizar estes exames vá ser significativamente maior em relação ao tempo que, habitualmente, os exames de Direito Penal requerem. Chama-se por isso a atenção para a necessidade de prever a dotação de novos tempos de consulta para a realização futura destes exames. Todavia, e pese embora a especulação, quantas horas de processos judiciais se poupariam, quantas ocasiões de violência

se preveniriam se os processos judiciais fossem instruídos com uma melhor qualidade da prova?

Contudo, como sempre, o factor mais importante é o humano. Parece haver necessidade de formação complementar aos peritos médicos e quiçá aos Magistrados. Esta formação deveria incidir, sobre todos os aspectos ligados à VRI, nomeadamente à forma de observação das vítimas que deve passar a ser realizada sob o ponto de vista do Art.º 152 do CP e da Lei 112/2009, de forma a garantir a qualidade da avaliação nestes casos especiais e satisfazer os objectivos do III PCVD. Contudo, parece necessário que peritos e Magistrados do MP realizem essa formação conjuntamente no sentido de conseguirem uma linguagem comum quando falam de VRI.

Temos consciência que o nosso trabalho peca por algumas limitações de que a amostra, quer dos relatórios analisados, quer do conjunto de Magistrados respondentes é, porventura, a mais importante. Mas, para além do problema referido, existem outros relativos à envergadura da tarefa de avaliação da qualidade de um dispositivo de recolha de informação capaz de ser útil e célere para os seus destinatários finais – as vítimas de violência na relação de intimidade. A avaliação estará sempre comprometida se o sistema não possuir meios adequados e generalizados de disseminação da informação dentro de si (nomeadamente de tipo electrónico), seja entre os peritos médicos e os Magistrados, seja entre as polícias e os peritos médicos, bem como dispositivos de auto-correcção.

Gostaríamos de pensar que este trabalho pode servir para melhorar a função dos nossos colegas que, diariamente, têm de avaliar este tipo de vítimas, dos Magistrados que têm de as proteger, orientar e fazer Justiça mas, sobretudo, que pode ser importante como diagnóstico de situação que permita processos de mudança e de agilização.

Tudo o que aprendemos com este trabalho servirá, pelo menos, para melhorar a nossa prestação enquanto perita médica, e enquanto formos necessários, em favor da defesa das vítimas de violência na relação de intimidade.

A mensagem final que gostaríamos de deixar é para a Fátima, onde quer que esteja: *os teus filhos, nós vamos tentar proteger.*

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Abrams, M.L., Belknap, J. & Melton, H. C. (2001), *When Domestic Violence Kills: The Formation and Findings of The Denver Metro Domestic Violence Fatality Review Committee*; Denver: Project Safeguard.
- Acosta, M. (2001); *Valoración Médico-Forense del Origen y Resultado de la Violencia Psíquica Contra las Mujeres*; Barcelona: Crítica.
- Alberdi, I. & Matas, N. (2002); *La Violencia Domestica. Informe Sobre Los Maltratos en Espana*; Fundación La Caixa, Barcelona.
- Albuquerque, P.P. (2008); *Comentário do Código Penal*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Antunes, R. & Machado, C. (2003); Dupla Invisibilidade: a violência nas relações homossexuais; *Psychologica*, 39, 167-187.
- Asensio, E.S.J. (2008); *La Violencia de Género en Galicia*; Estudos Penales y Criminologicos, XXVIII; Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Bachman & Satlzman (1995); *Violence Against Women: Estimate from the redesigned survey*. Bureau of Justice Statistics, Special report, U.S. Department of Justice.
- Baer & Scheweikert (2001) cita Kury & Smartt in *Domestic Violence: Comparative Analysis of german and UK on Dealing With Domestic Violence (2007)*.
- Beleza, T.P. (2008); Violência Doméstica; *Revista do CEJ*, 8 (especial), 1º, 281-291.
- Belo, M., Alão, A.P. & Cabral, I. (1987); *O Estado Novo e as Mulheres*. In A.C. Pinto, A. Moreira, F.M.Costa, F. Rosas, J. Serra, J.M. Brito & N. Teixeira; *O Estado Novo: Das Origens ao Fim da Autarcia, 1926-1959*, Vol II. Lisboa: Fragmentos.
- Berry, D.B. (2000); *The domestic violence Sourcebook*; Lowell House: Illinois.
- Bissoondath, N. (1994); *Selling Ilusions, The Cult of Multiculturalism in Canada*. Toronto: Penguin Books, 2002.
- Campbell, J.C. (1986); Nursing Assessment for risk of homicide with battered women; *Advance in Nursing*, vol 8, nº 4.
- Campbell, J.C., Webster, D., Koziol-Mclain, J., Black, C., Campbell, D., Cury, M.A., Gary, F., Glass, N., McFarlane, J., Sachs, C., Sharps, P., Ulrich, Y., Wilt, S.A., Mangello, J.,

- Xu, X., Schollenberger, J., Frye, V. & Laughton, K. (2003); *Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study*; American Journal of Public Health, vol. 93, nº 7.
- Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2004); *A Igualdade de género em Portugal – 2003*. Lisboa: CIDM; Presidência do Conselho de Ministros.
- Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists (1991); *Special Guidelines for Forensic Psychologists*. Law and Human Behaviour, 15.
- Conger, R.D., Cui, M., Bryant, C.M. & Elder, G.H. (2000); *Competence in Early Adult Romantic Relationships: a Developmental Perspective on Family Influences*; Journal of Personality and Social Psychology, 79.
- Corsi, J. (2003); *Maltrato y abuso en el ámbito Doméstico*; Buenos Aires: Paidós.
- Dutton, D.G. & Kropp, P.R. (2000); *A Review of Domestic Violence Instruments*; Trauma Violence and Abuse, 1.
- Egeland (1993); A history of abuse is a major risk for abusing the next generation; *Current Controversies on Family Violence*, 197-216; London: Sage.
- Fernandes, P.C. (2008); Violência Doméstica – Novo Quadro Penal e Processual Penal. *Revista do CEJ*, 8 (especial), 1º, 293-340.
- Ferreiro, L.N. (2008); *La Protección de la Mujer Víctima de Violencia de Género en Galicia: Regulación Procesal*; Estudos Penales y Criminológicos, XXVIII; Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Fleury R.E., Sullivan, C.M. & Bybee, D.B. (2000); When ending the relationship does not end the violence; *Violence Against Women*, 6, 12, 1363-1383.
- França, G.V. (2004); *Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.
- Gelles, R.J. (1997); *Intimate Violence in Families*. Thousand Oaks: Sage.
- Gelles, R.J. & Strauss, M.A. (1998); *Intimate Violence*. New York: Sims and Silverston.
- Giddens, A. (2000); *O Mundo na era da Globalização*; Editorial Presença.
- Gonçalves, F.C.R. (2005). Editorial, *Revista Portuguesa de Dano Corporal*, 15, 7-8. Coimbra.
- Gondolf, E.W. (2000); *Batterer Intervention Systems: Issues, Outcomes and recommendations*; Sage Publications, Thousand Oaks.
- Hamby, S. (1998); *Partners Violence. Preventive and Intervention. Partner Violence – A*

- Comprehensive Review of 20 Years Research*; Thousand Oaks: Sage.
- Hilton, Z.N., Harris, G.T. & Rice, M.E. (2001); *Predicting Violence by Serious Wife Assaulters*; *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 16, nº 5.
- BBC Press Stories (2003); *Hitting Home Factlife*; Available:  
[http://www.bbc.co.uk/pressoffice/pressrelease/stories/2003/01\\_january/17](http://www.bbc.co.uk/pressoffice/pressrelease/stories/2003/01_january/17): (consultado em 18/10/09).
- Home Office (2004, 2005 b); *Crime Reduction*; Available:  
<http://www.crimereduction.homeoffice.gov.uk/dv> (consultado em 22/05/09).
- Island D., & Letellier, P. (1990). The Scourge of Domestic Violence; *Gay Book*, V. 9, 14.
- Joaquim, T. (1983); *Dar à Luz*; Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Kepel, G. (1994); *A LÓuest dAllah*; Paris: Editions du Seuil.
- Kropp, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D. & Eaves, D. (1994); *Manual of Spousal Assault Risk Assessment Guide*; Vancouver, Canada: British Columbia Institute on Family Violence. E, (2000) *The Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA): Reliability and Validity in Adult Male Offenders*; *Law and Human Behaviour*, 24 (1).
- Kury, H., Smartt, U. (2007); *Domestic Violence: Comparative Analysis of German and UK on Dealing With Domestic Violence*; *Social Science Quarterly*, Vol 88, Nº 5.
- Labrador, F.J., Paz, P. & Velasco, R. (2004); *Mujeres Vitimas de la Violência Domestica. Programa de Actuación*; Madrid: Psicologia Pirâmide.
- Les Documents de Travail du Sénat (2005); Série: Législation Comparée, La Lute Contre Les Violences Conjugales, nº LC 144; Paris (<http://www.senat.fr/lc/lc144.pdf>) (consultado em 24/11/09).
- Lisboa, M., Carmo, I., Vicente, L. & Nóvoa, A. (2003); *Os Custos Sociais e Económicos da Violência Contra as Mulheres*; Lisboa: CIDM.
- Lourenço, N., Lisboa, M., Pais, E. (1997); *Violência Contra as Mulheres; Cadernos da Condição Feminina*, 48. Lisboa: CIDM.
- Lourenço, N. & Carvalho, M.J.L. (2001); *Violência Doméstica: conceito e âmbito. Tipos e espaços. Themis*, 3, 95-121.
- Lucas, F.M. (2005); *A Avaliação das Sequelas em Direito Civil*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Machado, C., Matos, M. & Gonçalves, M. (2000); *Inventário Sobre Violência Conjugal (IVC)*. Universidade do Minho.
- Machado, C., & Gonçalves, R. (2003); *Violência e Vítimas de Crime (2ª Ed.)*; vol 1- Adultos; Coimbra: Quarteto Editora.
- Machado, C., Matos, M. & Moreira, A. (2003); *Violência nas Relações amorosas: Comportamentos e Atitudes na População Universitária*; *Psychologica*, 33.
- Magalhães, T. (2005); *Maus Tratos em Crianças e Jovens. Guia Prático para Profissionais (4ª Ed)*; Coimbra: Quarteto.
- Magalhães, T., Pinto da Costa, D., Gonçalves, F.C.R., Vieira, D.N. (2003): Avaliação do dano corporal em direito penal. Breves reflexões médico-legais. *Revista do Direito Penal – Ano II- nº 1:63-82*. Portugal.
- Magalhães, T. (2005). A Vítima Como Objecto da Intervenção Médico-Legal, *Acta Médica Portuguesa*, 18, 453-458.
- Mahoney, P., William, L.M. & West, C.M. (2001); *Violence Against Women by Intimate Partners*; Sourcebook on Violence Against Women; Thousand Oaks: Sage.
- Malley-Morrison, K. & Hire, D. (2004); *Family Violence in a Cultural Perspective*. Thousand Oaks: Sage.
- Martinez, E. (2006); *Estudo descritivo dos Sistemas de Crenças, Valores e Necessidades Sentidas Pelas Mulheres Vítimas de Maus Tratos*; Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Metropolitan Police Service (2003); *MPS Risk Assessment Model for Domestic Violence Case*; London.
- Miller-Perrin, C.L., Barnett, O. & Perrin, R (1997); *Family Violence Across the Lifespan: An Introduction*; Malibu, Washington State: Sage.
- Morales, E. (2000); *La Violência Contra las Mujeres. Estudio Sobre la Situación y Características de las Mujeres en los Centros de Acogida*; Madrid: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Nelson, J.B. & Longfellow, S.P. (1996); *La Sexualidad y lo Sagrado*. Bilbao: Desclée de Brower.

- Neto, L. (2009); *O Direito e a Igualdade de Género*; Julgar, nº 8, Maio-Agosto, 2009, 161-177.
- Pais, E. (1998); *Homicídio Conjugal em Portugal. Rupturas Violentas da Conjugalidade*; Lisboa: Húgia Editores.
- Paiva, C. & Figueiredo, B. (2004); *Abuso no Relacionamento Íntimo: Estudo de Prevalência em Jovens Adultos Portugueses*; *Psychologica*, 36.
- Pence, E., Duprey, M., Paymar, M., McDonell, C. (1985). *The Justice System's Response to Domestic Assault Cases: A Guide for Policy Development*. Duluth, Minnesota: Domestic Abuse Intervention Project.
- Pereira, Carla G. (2003). *Princípios Gerais do Desenvolvimento do Sistema de Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (ISO 9001)* (documento policopiado) Matosinhos: Hospital de Pedro Hispano: Curso de Formação em Sistemas de Gestão em Qualidade.
- Presidência do Conselho de Ministros (1999); *I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, 1999-2002*. Resolução do Conselho de Ministros 55/99; Gabinete da Alta Comissária para as questões da Igualdade e da Família.
- Presidência do Conselho de Ministros (2003); *II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, 2003-2006*.
- Presidência do Conselho de Ministros (2007); *III Plano Nacional Contra Violência Doméstica, 2007-2010*. Resolução do Conselho de Ministros nº 83/2007. In Diário da República – I Série, 119.
- Quemada, R. & Prieto, P. (2004); *La Violencia Contra las Mujeres. Prevención y Detención*; Madrid: Diaz de Santos.
- Recomendação REC (2002)5 do Comité de Ministros aos Estados membros sobre a protecção das mulheres contra a violência (adoptada pelo Comité de Ministros a 30 de Abril de 2002); Conselho da Europa; [WWW.coe.int/T/E/human.../pdf\\_REC \(2002\)5](http://WWW.coe.int/T/E/human.../pdf_REC(2002)5); consultado em 26/11/09.
- Robinson, L. (2000); *Interpersonal Relationship Quality in Young Adulthood: A Gender Analysis*; *Adolescence*, 15.
- Rodrigues, M. F. (2007). *Crítérios para a Integração da Clínica Médico-Legal num Sistema de Gestão de Qualidade*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- Roehl, J., Guertin, K. (2000); *Intimate partner violence: The Current Use of Risk Assessments in sentencing Offenders*; The Justice System Journal, vol 21, nº 2.
- Roxo, M. (2004); *Segurança e Saúde no trabalho: Avaliação e Controle de Riscos*; Almedina.
- Saraga, E. (1996); *Dangerous Places: The Family as a Site of Crime*; In J. Muncie & E. Mclaughin Eds. The Problem of Crime; London: Sage.
- Saunders, D.G. (2002); *Are Physical Assaults by Wives and Girlfriends a major Social Problem?*, Violence Against Women, 8, 12.
- Secretariado para a Modernização Administrativa (SMA) (1993). *Administração Pública e Qualidade*. Lisboa.
- Sharps, P., Campbell, J.C., Campbell, D.W., Gary, F. & Webster, D. (2001); *The Role of Alcohol Use in Intimate Partner Femicide*; The American Journal of Addiction, 10(2).
- Sharps, P., Koziol-Mclain, J. & Campbell, J.C. (2001); *Health Care Providers's Missed Opportunities for Preventing Femicide*; Prev. Med., 33.
- Silva, M. R. T. (2002); Uma reflexão sobre a CIDM e o seu percurso como mecanismo institucional para a igualdade. *Notícias. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres*, 64.
- Silverman, J.G., Decker, M. R., Saggurti, N., Balaiah, D., Raj, A. (2008); Intimate Partner Violence and HIV Infection Among Married Indian Women; *Jama*; 300 (6): 703-710.
- Stanko, F., Crisp, D., Hale, C., Lucraft, H (1998); *Counting The Coasts: Estimating The Impact of Domestic Violence in The London Boroughs of Hackney*. Swindon: Crime Concern.
- Swinford, S.P., De Maris, A., Cernkovich, S.A. & Giordano, P.C. (2000); *Harsh Physical Discipline in Childhood and Violence in Later Romantic Involvements: The mediating Role of Problem Behaviours*; Journal of Marriage and The family, 62.
- Taylor, C. (1988); *Multiculturalismo. Examinando a Política de Reconhecimento*. Lisboa: Edições do Instituto Piaget (1994).
- Tuckman, B.W. (2000); *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Gulbenkian.
- Vermeulen, H. (2001); *Imigração, Integração e a Dimensão Política da Cultura*. Edições Colibri e Socinova.

- Vieira, D.N. (2002); Organização Médico-Legal Portuguesa. In C. Machado & R. Gonçalves (coord). *Violência e Vítima de Crime. Vol. I – Adultos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Vieira, D.N. (2003); Assessment of bodily damage in civil law: harmonization of an expert protocol. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Ano XII, nº 13.
- Villora, J.M.G., Ribes, A.I., Garcia, H.M.(2009); *Protocolos sobre Violência de Género*; Valência: Tirant lo Blanch.
- Walby, S. (2004); *The Coast of Domestic Violence*; London: National Statistics, Women Equality Unit.
- Websdale, N. (2000a); *Lethality Assessment Tools: A Critical Analysis*, (web page); National Electronic Network on Violence Against Women. Available: [www.vaw.umn.edu/vawnet/lethality.htm](http://www.vaw.umn.edu/vawnet/lethality.htm) (consultado em 11/09/09).
- Weisz, A., Tolman, R. & Saunders, D.G. (2000); Assessing the Risk of Severe Domestic Violence: The Importance of Survivors Prediction. *Journal of Interpersonal Violence*. 15,1.



## **ANEXOS**

**Anexo I – Grelha de análise de relatórios relativos a VRI**

**Anexo II – Questionários para averiguar as opiniões dos Magistrados do MP**

**Anexo III – Actual ficha de auditoria dos relatórios periciais em vigor no INML**



## **ANEXO I - FICHA DE SUPERVISÃO DOS RELATÓRIOS DE CLÍNICA MÉDICO-LEGAL**

### **RELATIVOS A SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE (VRI)**

1. Proc. nº	2. Nome Perito(a):										
3. GML/Delegação:	4. Data da supervisão do relatório:										
5. Nome e cargo Auditor(a):	6. Data do exame:										
7. Nº do exame: <input type="checkbox"/> Único e concluído <input type="checkbox"/> Preliminar <input type="checkbox"/> Intercalar <input type="checkbox"/> Final	8. Tipo de exame: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Documental										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">9.</td> <td>Intervalo de tempo entre data do exame e data da conclusão do relatório</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Até 8 dias (0 dias)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>&gt;8 ≤30 dias</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>&gt;30 ≤60 dias</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-1</td> <td>&gt;60 dias</td> </tr> </table>	9.	Intervalo de tempo entre data do exame e data da conclusão do relatório	3	Até 8 dias (0 dias)	2	>8 ≤30 dias	1	>30 ≤60 dias	-1	>60 dias	
9.	Intervalo de tempo entre data do exame e data da conclusão do relatório										
3	Até 8 dias (0 dias)										
2	>8 ≤30 dias										
1	>30 ≤60 dias										
-1	>60 dias										
OBS.:											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">10.</td> <td>Descrição da História do Evento</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Correcta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Correcta mas com imprecisões na descrição</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-1</td> <td>Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes</td> </tr> </table>	10.	Descrição da História do Evento	3	Correcta	2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação	1	Correcta mas com imprecisões na descrição	-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>Pontuação na Categoria 10:</b>            Se todos os itens forem referidos: 3 ou 2;            Se forem referidos os 5 primeiros itens: 1;            Se falta qualquer dos 5 primeiros itens: -1.         </div>
10.	Descrição da História do Evento										
3	Correcta										
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação										
1	Correcta mas com imprecisões na descrição										
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes										
10.1 – referência a data (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> 10.2 – referência a hora (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> 10.3 – referência ao tipo de ocorrência (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> 10.4 – referência ao instrumento de agressão (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> 10.5 – referência ao agressor (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> 10.6 – descrição da ocorrência (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> 10.7 – resultado declarado (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> 10.8 – assistência médica(Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">11.</td> <td>Descrição dos Dados Documentais</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Correcta</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Não existem dados documentais</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Correcta mas com imprecisões na descrição</td> </tr> </table>	11.	Descrição dos Dados Documentais	3	Correcta	2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação	2	Não existem dados documentais	1	Correcta mas com imprecisões na descrição	
11.	Descrição dos Dados Documentais										
3	Correcta										
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação										
2	Não existem dados documentais										
1	Correcta mas com imprecisões na descrição										

-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes	
11.1	Referência à entidade (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> )	<b>Pontuação na Categoria 11:</b> Se todos os itens forem referidos: 3 ou 2; Se for referido o item 11.3: 1; Se não for referido o item 11.3: -1.
11.2	Referência à data da documentação (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> )	
11.3	Extracto da documentação (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> )	
12.	Descrição dos Antecedentes Pessoais	
3	Correcta	
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação	
1	Correcta mas com imprecisões na descrição	
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes	
12.	Referência a antecedentes pessoais relevantes	
12.1	Patológicos (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> )	<b>Pontuação na Categoria 12:</b> Se todos os itens forem referidos: 3 ou 2; Se for referido pelo menos um item: 1; Se não for referido qualquer item: -1.
12.2	Traumáticos (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> )	
12.3	Hábitos de consumo (Sim <input type="checkbox"/> ou Não <input type="checkbox"/> )	
13.	Descrição do Contexto Familiar	
3	Correcta	
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação	
1	Correcta mas com imprecisões na descrição	
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes	
13.1.	Referência à descrição do agregado familiar	<b>Pontuação na Categoria 13:</b> Se todos os itens forem referidos: 3 ou 2; Se forem referidos pelo menos nove itens: 1; Se for referido um nº inferior a nove itens: -1.
13.1.1.	– pessoas (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.1.2.	– escolaridade (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.1.3.	– profissões (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.1.4.	– antecedentes patológicos (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.1.5.	– comportamentos desviantes (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.2	Referência à data do início da relação de intimidade actual (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.3	Referência à data do início do abuso (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.4	Referência ao tipo de abuso inicial (físico, psicológico/emocional, sexual, exploração económica, etc.) (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.5	Referência à forma de evolução dos abusos quanto ao seu tipo (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.6	Referência à forma de evolução dos abusos quanto à sua frequência (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.7	Referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.8	Referência à existência de agressões durante a gravidez (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.9	Referência a ameaças com armas (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.10	Referência à existência de ameaças de homicídio por parte do suposto abusador (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.11	Referência a queixas anteriores (às autoridades) (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.12	Referência a queixas retiradas (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.13	Referência a detenções anteriores do suposto abusador (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
13.14	Referência a situações de violência doméstica nas famílias de origem dos supostos vítima e agressor (Registado <input type="checkbox"/> ou	

Não registado <input type="checkbox"/> )
13.15 – Referência à existência de outras pessoas abusadas ou assistindo aos abusos (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )
13.16 – Referência à convicção de suposta vítima de poder ser alvo de tentativa de homicídio (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )
13.17 – Referência à existência de ideação suicida por parte da suposta vítima (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )
13.18 – Referência ao apoio social/familiar com que conta a suposta vítima (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )

14.	Descrição das Queixas
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Correcta mas com imprecisões na descrição
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes

14. Referência a queixas	<b>Pontuação na Categoria 14:</b> Se todos os itens forem referidos: 3 ou 2; Se for referido um item: 1; Se não for referido qualquer item: -1.
14.1 –De ordem funcional (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
14.2 –De ordem situacional (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	
14.3 –Relativas à vivência do processo abusivo (Registado <input type="checkbox"/> ou Não registado <input type="checkbox"/> )	

15.	Descrição das Lesões e/ou Sequelas
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Correcta mas com imprecisões na descrição
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes

OBS:

16.	Descrição dos Exames Complementares de Diagnóstico
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
2	Não efectuada qualquer descrição por não existirem exames complementares
1	Correcta mas com imprecisões na descrição / Inclui exames a constar dos Dados Documentais
-1	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes

OBS.:

17.	Discussão
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Não efectuada por não se ter concluído o relatório
-1	Com imprecisões de análise /

17.1 – Referência ao nexos de causalidade  
(Registado  ou Não registado )

17.2 – Referência à data da cura ou de consolidação das lesões  
(Registado  ou Não registado )

**Pontuação na Categoria 17:**  
 Se todos os itens forem referidos: 3 ou 2;  
 Se não for referido qualquer item: -1.

18.A	Conclusão preliminar
3	Correcta

2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Desnecessária nova presença da vítima
-1	Solicitação de elementos clínicos* incorrecta / Desnecessária a solicitação feita**
OBS.:	

18.B	Conclusão final
3	Correcta
2	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Revela discrepâncias entre o mecanismo do traumatismo, as queixas e o exame físico
-1	Incorrecta / Contradições ou lacunas relevantes / Sem elementos suficientes para concluir
OBS.:	

19.	Fotodocumentação (não contabilizada na pontuação final)
1	Realizada
0	Não realizada
OBS.:	
20.	Apreciação final - Somatório dos itens anteriores
Muito Bom : 26 a 30	Relatório correctamente elaborado
Relevante : 19 a 25	Relatório adequadamente elaborado com ligeiras deficiências, a corrigir
Adequado: 11 a 18	Relatório com deficiências importantes, merecendo ser revisto e discutido com o (a) perito (a)
Desadequado: -10 a 10	Relatório incorrectamente elaborado, exigindo, eventualmente, melhor formação do (a) perito(a)
OBS.:	

## **ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO DOS MAGISTRADOS DO MP**

### **I - CARACTERIZAÇÃO DOS RESPONDENTES**

Idade:

Género:

Feminino Masculino

Tempo da actividade profissional como Magistrado do MP (anos):

Comarca actual:

*Considerando a escala de 1 a 5, em que 1 representa o valor mínimo e 5 o valor máximo, assinale, por favor, a sua opinião sobre cada um dos aspectos seguintes, incluídos no relatório de avaliação de Clínica Forense. Serão colocadas questões sobre o seu ponto de vista do juízo teórico quanto às necessidades em termos de conteúdos do relatório pericial e outras sobre o seu juízo quanto à qualidade desses mesmos relatórios. Relativamente ao último caso, solicita-se que as respostas, sustentadas na sua prática casuística, se reportem aos casos trabalhados em 2008.*

### **II - HISTÓRIA DO EVENTO** - relatado pela suposta vítima ou seu representante

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, aos seguintes aspectos relacionados com a descrição da História do Evento no relatório pericial?

	Grau				
	1	2	3	4	5
1 - Descrição do abuso, na perspectiva da suposta vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Descrição das lesões resultantes, na perspectiva da suposta vítima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Descrição da assistência médica, na perspectiva da suposta vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Descrição dos aspectos anteriores na perspectiva do acompanhante da suposta vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Necessidade de inclusão de outra informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu favoravelmente (3 a 5), queira indicar qual, em concreto.</i>					

B - Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com a descrição da História do Evento no relatório pericial, que nível atribui a essa qualidade?

	Grau				
	1	2	3	4	5
1 - Qualidade da descrição do abuso, na perspectiva da suposta vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Repercussão dessa descrição no trabalho do M P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Qualidade da descrição das lesões resultantes na perspectiva da suposta vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Repercussão dessa descrição no trabalho do M P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Qualidade da descrição da assistência médica na perspectiva da suposta vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Repercussão dessa descrição no trabalho do M P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III - DADOS DOCUMENTAIS - *extraídos dos registos clínicos*

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, à descrição dos Registos Clínicos no relatório pericial?

	Grau				
	1	2	3	4	5
1 - Transcrição completa dos registos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Descrição detalhada dos registos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Descrição apenas dos aspectos relevantes relativos ao caso clínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B - Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com a descrição da Registos Clínicos no relatório pericial, que nível atribui a essa qualidade?

	Grau				
	1	2	3	4	5
Qualidade da descrição ou da transcrição dos Registos Clínicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu desfavoravelmente (1 e 2), queira indicar quais, em concreto, as falhas que tem detectado.</i>					

### IV - ANTECEDENTES

#### 1.1 - Pessoais

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, à descrição dos antecedentes da suposta vítima relativamente aos seguintes aspectos?

	Grau				
	1	2	3	4	5
1 - Doenças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Antecedentes traumáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Hábitos de consumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Necessidade de inclusão de outros aspectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu favoravelmente (3 a 5), queira indicar quais, em concreto.</i>					

B - Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com a descrição dos antecedentes pessoais no relatório pericial, que nível atribui a essa qualidade?

	Grau				
	1	2	3	4	5
Qualidade da descrição dos antecedentes pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu desfavoravelmente (1 e 2), queira indicar quais, em concreto, as falhas que tem detectado.</i>					

**1.2 - Contexto familiar**

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, à descrição dos seguintes aspectos caracterizadores do contexto familiar da suposta vítima?

	Grau				
	1	2	3	4	5
1 - Referência à descrição do agregado familiar ( <i> pessoas, escolaridade, profissões, antecedentes patológicos; comportamentos desviantes, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Referência à data de início da relação de intimidade actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Referência à data do início do abuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Referência ao tipo de abuso inicial ( <i>físico, psicológico/ emocional, sexual, exploração económica, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Referência à forma de evolução dos abusos quanto ao seu tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Referência à forma de evolução dos abusos quanto à sua frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Referência à forma de evolução dos abusos quanto ao tipo e grau de ameaças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Referência à existência de agressões durante a gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Referência a ameaças com armas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Referência à existência de ameaças de homicídio por parte do suposto abusador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Referência a queixas anteriormente efectuadas (às Autoridades).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Referência a queixas anteriormente retiradas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Referência a detenções anteriores do suposto abusador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Referência a situações de violência doméstica nas famílias de origem dos supostos vítima e abusador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Referência à existência de outras pessoas envolvidas (abusadas ou assistindo aos abusos, designadamente crianças e/ou idosos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Referência à existência de convicção da suposta vítima de poder ser alvo de tentativa de homicídio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Referência à existência de ideação suicida por parte da suposta vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Referência ao apoio social/ familiar com que conta a suposta vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B – Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com a descrição do contexto familiar no relatório pericial, que nível atribui a essa qualidade?

	Grau				
	1	2	3	4	5
Qualidade da descrição dos aspectos relativos ao contexto familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu desfavoravelmente (1 e 2), queira indicar quais, em concreto, as falhas que tem detectado.</i>					

**V – QUEIXAS**

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, à descrição de queixas

apresentadas pela suposta vítima, quer relativas às lesões e sequelas resultantes, quer relativas à vivência do processo abusivo?

	Grau				
	1	2	3	4	5
1 - Queixas funcionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Queixas situacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Necessidade de inclusão de outros aspectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu favoravelmente (3 a 5), queira indicar quais, em concreto.</i>					

B – Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com a descrição das queixas, que nível atribui a essa qualidade?

	Grau				
	1	2	3	4	5
Qualidade da descrição das queixas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu desfavoravelmente (1 e 2), queira indicar quais, em concreto, as falhas que tem detectado.</i>					

## VI – LESÕES OU SEQUELAS

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, à descrição das lesões ou sequelas ?

	Grau				
	1	2	3	4	5
1 – Lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Sequelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Necessidade de inclusão de outros aspectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu favoravelmente (3 a 5), queira indicar quais, em concreto.</i>					

B – Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com a descrição das lesões ou sequelas, que nível atribui a essa qualidade?

	Grau				
	1	2	3	4	5
Qualidade da descrição das lesões ou sequelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu desfavoravelmente (1 e 2), queira indicar quais, em concreto, as falhas que tem detectado.</i>					

## VII– EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, à descrição de exames complementares de diagnóstico (e.g., Rx, Ressonância)?

	<i>Grau</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1 - Descrição sumária dos exames complementares de diagnóstico, fazendo essencialmente referência às suas conclusões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Transcrição detalhada dos exames complementares de diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Necessidade de inclusão de outros aspectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu favoravelmente (3 a 5), queira indicar quais, em concreto</i>					

B – Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com a descrição de exames complementares de diagnóstico, que nível atribui a essa qualidade?

	<i>Grau</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Qualidade da descrição de exames complementares de diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VIII – DISCUSSÃO

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, no capítulo da Discussão do relatório médico-legal aos seguintes pontos:

	<i>Grau</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1- Referência ao nexo de causalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Referência à data de cura ou de consolidação médico-legal das lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - À fundamentação dos diversos danos valorados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Referência a existência de factores de risco e de perigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Referência a propostas em termos de protecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B – Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com a Discussão, que nível atribui a essa qualidade?

	<i>Grau</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1 - Discussão sobre o nexo de causalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Discussão sobre a cura/consolidação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 –Discussão sobre a valoração dos danos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – Discussão sobre a existência de factores de risco e de perigo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 – Referência a propostas em termos de protecção	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 -Necessidade de inclusão de outros itens <i>Se respondeu favoravelmente (3 a 5), queira indicar quais, em concreto.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## IX – CONCLUSÕES

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, às Conclusões formuladas no relatório pericial?

	<i>Grau</i>
	1    2    3    4    5
Importância das conclusões	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

B - Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com as Conclusões, que nível atribui a essa qualidade?

	<i>Grau</i>
	1    2    3    4    5
Qualidade das conclusões <i>Se respondeu desfavoravelmente (1 e 2), queira indicar quais, em concreto, as falhas que tem detectado.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## X – FOTO - DOCUMENTAÇÃO

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, à foto-documentação das lesões ou sequelas anexa ao relatório pericial?

	<i>Grau</i>
	1    2    3    4    5
Importância da foto-documentação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

B - Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com a foto-documentação no relatório pericial, que nível atribui a essa qualidade?

	<i>Grau</i>
	1    2    3    4    5
1 - Qualidade da foto-documentação <i>Se respondeu desfavoravelmente (1 e 2), queira indicar quais, em</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<i>concreto, as falhas que tem detectado</i>	
--	--

### XI – RELATÓRIO SOCIAL

A - Que importância atribui, do ponto de vista teórico, ao relatório social?

	<i>Grau</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Importância de relatório social a acompanhar o relatório médico-legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B - Relativamente à *Qualidade* dos relatórios periciais que tem analisado, e no que se refere aos aspectos relacionados com o Relatório Social, que nível atribui a essa qualidade?

	<i>Grau</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Qualidade do relatório social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se respondeu desfavoravelmente (1 e 2), queira indicar quais, em concreto, as falhas que tem detectado</i>					

**XII – COMENTÁRIO PESSOAL** que V. Exa. entenda fazer sobre o assunto, incluindo sugestões ou críticas aos itens mencionados.

--

Grata pela colaboração prestada

Maria José Mouraz Lopes dos Santos

**ANEXO III - FICHA DE SUPERVISÃO DOS RELATÓRIOS DE CLÍNICA MÉDICO-LEGAL**

<b>1. Proc. nº</b>		<b>2. Nome Perito(a):</b>	
<b>3. GML/Delegação:</b>		<b>4. Data da supervisão do relatório:</b>	
<b>5. Nome e cargo Auditor(a):</b>		<b>6. Data do exame:</b>	
<b>7. Natureza do exame:</b> <input type="checkbox"/> Avaliação do dano corporal - Penal <input type="checkbox"/> Avaliação do dano corporal de natureza sexual <input type="checkbox"/> Avaliação do estado de toxicod dependência - Penal <input type="checkbox"/> Avaliação do dano corporal - Trabalho <input type="checkbox"/> Avaliação do dano corporal - Civil <input type="checkbox"/> Outro:		<b>8. Nº do exame:</b> <input type="checkbox"/> Único e concluído <input type="checkbox"/> Preliminar <input type="checkbox"/> Intercalar <input type="checkbox"/> Final	
<b>9. Tipo de exame:</b> <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Documental			
<b>10. Organização administrativa do processo:</b> <input type="checkbox"/> De acordo com as normas definidas pelo INML, I.P. <input type="checkbox"/> Documentos mal ordenados <input type="checkbox"/> Documentação incompleta <input type="checkbox"/> Erros no Preâmbulo <input type="checkbox"/> Erros na numeração do relatório			
<b>11. Intervalo de tempo entre data de conclusão do relatório e data de envio à entidade requisitante</b> <input type="checkbox"/> Até 8 dias (0 dias) <input type="checkbox"/> >8 ≤30 dias <input type="checkbox"/> >30 ≤60 dias <input type="checkbox"/> >60 dias (..... dias)			
<b>12. Classificação final do relatório para efeito de facturação:</b> <input type="checkbox"/> Correcta <input type="checkbox"/> Relatório mal classificado			
<b>13.</b>	<b>Intervalo de tempo entre data do exame e data da conclusão do relatório</b>		
3	Até 8 dias (0 dias)		
	>8 ≤30 dias		
	>30 ≤60 dias		
	>60 dias		
OBS.:			

<b>14.</b>	<b>Descrição da História do Evento</b>
	Correcta
	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
	Correcta mas com imprecisões na descrição
	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
OBS.:	
<b>15.</b>	<b>Descrição dos Dados Documentais</b>
	Correcta
	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
	Correcta mas com imprecisões na descrição
	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
OBS.:	
<b>16.</b>	<b>Descrição dos Antecedentes</b>
	Correcta
	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
	Correcta mas com imprecisões na descrição
	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
OBS.:	
<b>17.</b>	<b>Descrição das Queixas</b>
	Correcta
	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
	Correcta mas com imprecisões na descrição
	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
OBS.:	
<b>18.</b>	<b>Descrição das Lesões e/ou Sequelas</b>
	Correcta
	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
	Correcta mas com imprecisões na descrição
	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
OBS.:	
<b>19.</b>	<b>Descrição dos Exames Complementares de Diagnóstico</b>
	Correcta
	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
	Não efectuada qualquer descrição por não existirem exames complementares
	Correcta mas com imprecisões na descrição / Inclui exames a constar dos Dados Documentais
	Mal estruturada e(ou) incompleta / Não inclui dados relevantes
OBS.:	
<b>20.</b>	<b>Discussão</b>
	Correcta
	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
	Não efectuada por não se ter concluído o relatório
	Com imprecisões de análise / Não fundamenta parâmetro(s) de dano

	Não considera todos os parâmetros de dano adequados ou não os valoriza correctamente
OBS.:	
<b>21.</b>	<b>Conclusão preliminar</b>
	Correcta
	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
	Desnecessária nova presença da vítima
	Solicitação de elementos clínicos* incorrecta / Desnecessária a solicitação feita**
<b>21.1</b>	<b>Conclusão</b>
	Correcta
	Correcta mas com incorrecções gramaticais e(ou) de formatação
1	Revela discrepâncias entre o mecanismo do traumatismo, as queixas e o exame físico
	Incorrecta / Contradições ou lacunas relevantes / Sem elementos suficientes para concluir
OBS.:	* registos clínicos, exames complementares de diagnóstico ou exames de especialidade ** por existirem elementos suficientes para se poder concluir
<b>22.</b>	<b>Fotodocumentação</b>
	Correcta
	Não efectuada por não se justificar / Efectuada correctamente mas referências às fotografias mal introduzidas no relatório
	Correcta mas com má qualidade das imagens e(ou) do enquadramento / Efectuada mas não incluída no relatório apesar de se justificar
	Não regista aspectos fundamentais / Não efectuada apesar de se justificar
OBS.:	
<b>23.</b>	<b>Utilização da base de dados</b>
	Correcta
	Correcta mas com ligeiras imprecisões
	Não utilização correcta da base de dados sem que isso prejudique consideravelmente o relatório
	Não utilização correcta da base de dados com importante prejuízo para a produção do relatório
OBS.:	

Somatório (itens 13 a 21)\*

22	<b>Apreciação final</b>
	Relatório correctamente elaborado
	Relatório adequadamente elaborado com ligeiras deficiências, a corrigir
	Relatório com deficiências importantes, merecendo ser revisto e discutido com o(a) perito(a)
	Relatório incorrectamente elaborado, exigindo, eventualmente, melhor formação do(a) perito(a)

\* Cálculo do score final:

(3) Muito bom: 24 a 27

(2) Relevante: 18 a 23

(1) Adequado: 10 a 17

(-1) Desadequado: -9 a 9

Comentário:

Assinatura do(a) Auditor(a)

\_\_\_\_\_