

João Batista Rodrigues Júnior

**Avaliação Crítica das Perícias de Lesões Corporais em
Crianças no Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte – Minas
Gerais – durante o período de um ano e da Contribuição na
Investigação do Crime de Maus-tratos.**

BELO HORIZONTE
2009

João Batista Rodrigues Júnior

**Avaliação Crítica das Perícias de Lesões Corporais em
Crianças no Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte – Minas
Gerais – durante o período de um ano e da Contribuição na
Investigação do Crime de Maus-tratos.**

Dissertação apresentada para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Criança e do
Adolescente - Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Alexandre Rodrigues Ferreira

BELO HORIZONTE
2009

R696a Rodrigues Junior, João Batista.
Avaliação crítica das perícias de lesões corporais em crianças no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte – MG durante o período de um ano e da contribuição na investigação do crime de maus-tratos [manuscrito]. / João Batista Rodrigues Júnior. - - Belo Horizonte: 2009.
59f. il.
Orientador: Alexandre Rodrigues Ferreira.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Maus-Tratos Infantis. 2. Violência . 3. Medicina Legal. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Ferreira, Alexandre Rodrigues.
II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
III. Título.

NLM: WS 350.8.A4

DEDICATÓRIA

A toda minha família, meu porto seguro, especialmente Joana, minha amada esposa.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. José Frank Wiedreker Marotta, pela perseverança na qualidade da atividade médico-legal brasileira.

Ao Prof. José Mauro de Moraes, pelo apoio pessoal e investimento no Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte.

À Doutoranda Mércia Leite e à Mestre Janette Rodrigues Campos, pelo apoio técnico e disponibilidade.

Aos amigos do Reanimação, onde o crescimento intelectual é sempre estimulado.

RESUMO

Considerando a complexidade envolvida no atendimento e condução dos casos de maus-tratos contra a criança e a expectativa criada pela sociedade a respeito do exame realizado no Instituto Médico-Legal, este estudo buscou avaliar a real contribuição da perícia médico-legal na compreensão da violência contra a criança. Foram levantados 212 laudos realizados no Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte de perícias do tipo “lesões corporais”, realizadas em crianças de até 12 anos incompletos, durante o período de 1 ano, cuja informação do histórico indicava um suposto agressor que preenchesse critérios para que a lesão fosse classificada como maus-tratos do tipo abuso físico (pai, mãe, tios, avós, professores e babás). Foram avaliadas as variáveis idade, sexo, dia da semana e hora de realização do exame, quem foi o acompanhante, qual o suposto agressor, de que forma as lesões foram diagnosticadas, qual o segmento do corpo da criança afetado, quais foram as respostas aos quesitos oficiais e qual a classificação legal das lesões de acordo com o Código Penal Brasileiro. Encontrou-se um predomínio de crianças do sexo masculino, com distribuição de idade heterogênea, com exames realizados principalmente nos dois primeiros dias úteis da semana, preferencialmente nos horários da tarde e início da noite. Houve uma positividade para lesão em 81,6% dos casos, sendo que em 96,5% desses o diagnóstico da lesão foi feito apenas pela ectoscopia, podendo a palpação ter auxiliado no diagnóstico dos demais. Excetuando-se um caso classificado de forma controversa como grave, todos os demais foram classificados como “lesão corporal de natureza leve”, mesmo aqueles que necessitaram e compareceram ao exame complementar. O estudo demonstrou que os exames das crianças suspeitas de maus-tratos, nos moldes em que foram realizados, em nada contribuíram para o diagnóstico da violência e poderiam ter sido realizados por médicos não especializados. A principal proposta vislumbrada para melhoria do atendimento foi a criação de um centro de referência multiprofissional para atendimento das crianças suspeitas de terem sido agredidas, com elaboração de documentação médica apropriada, que poderia ser usada para confecção de laudo médico-legal indireto.

ABSTRACT

Regarding to the complexity of managing child maltreatment cases and the expectancy of the society towards the Legal Medicine Institute examination, this study was carried out to assess the real contribution of the forensic examination in the understanding of violence against children. Two hundred and twelve cases of “bodily injury” forensic examinations of children younger than 12 years old, conducted at the Legal Medicine Institute of Belo Horizonte were reviewed regarding to age, sex, day of the week and time of examination, the accompanying adult, the relationship of the alleged aggressor, the diagnostic process of the injury, the affected part of the body, the answers to the official inquiries, and the forensic classification of the injuries according to the Brazilian Penal Code. The outcomes (or findings) were only included if there was an indication of an alleged aggressor in order to fulfill the criteria for child abuse of physical type (parents, uncles and aunts, grandparents, teachers and babysitters). Male children were predominant, with heterogeneous distribution of ages. Most of the examinations were conducted during the first two workdays, during the late afternoon or early evening. Injuries were present in 81,6% of all cases and 96,5% were diagnosed by simple physical exam. The physical examination (palpation) contributed to the assessment. All cases except one were classified as “bodily injuries of mild nature”, even those who needed and were submitted to complimentary examination. One case was controversially classified as “severe”. The study showed that the forensic examination in children suspected of having been abused, did not contribute to the diagnosis, and could have also been performed by a non-forensic physician. The main objective to improve abused-child care should focuses on the creation of a reference center at which children suspected of being abused can be examined, and appropriate documentation can be accomplished to provide data for an indirect forensic report.

LISTA DE FIGURA E TABELAS

Lista de Figura

Figura 1- Fluxograma da Denúncia de Maus-tratos.....	26
--	----

Lista de Quadro

Quadro 1- Manifestações clínicas da violência contra a criança.....	24
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1- Distribuição das idades das crianças submetidas a exame pericial	38
Tabela 2- Distribuição das perícias em relação ao dia da semana de realização do exame.....	39
Tabela 3- Demora (em dias) do suposto trauma à perícia.....	39
Tabela 4- Distribuição das perícias em relação ao horário de realização.....	40
Tabela 5- Acompanhante da perícia informado no histórico do laudo	40
Tabela 6- Suposto agressor informado no histórico do laudo.....	41
Tabela 7- Segmentos onde foram encontrados vestígios de lesões em 173 perícias .	42
Tabela 8- Respostas ao primeiro quesito – Perícia de LC.....	42
Tabela 9- Respostas ao segundo quesito – Perícia de LC	43
Tabela 10- Respostas ao terceiro quesito – Perícia de LC	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EX – Exemplo

IML – Instituto Médico-Legal

IML-BH – Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte

LC – Lesões Corporais

MG – Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
3 REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1. Contexto histórico	13
3.2. Legislação.....	15
3.3. Maus-tratos: da suspeita à perícia médico-legal	22
4 MATERIAL E MÉTODOS	27
4.1. Delineamento do estudo	27
4.2. Estrutura da Medicina Legal de Belo Horizonte.....	28
4.3. A perícia de “Lesões Corporais” e as respostas aos quesitos oficiais....	29
4.4. Seleção de casos	33
4.5. Refinamento do banco de dados.....	37
5 RESULTADOS.....	38
6 DISCUSSÃO.....	46
7 CONCLUSÕES	54
8 COMENTÁRIOS FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	
ANEXO I - Carta de Aprovação do COEP	59
ANEXO II – Ata da Defesa da Dissertação	60

1 INTRODUÇÃO

A padronização do atendimento às crianças suspeitas de terem sofrido maus-tratos no Brasil é relativamente recente, tendo sido especialmente impulsionada pela Constituição Brasileira de 1988. A sociedade ainda está se organizando para o combate à violência infantil, e os atores sociais buscam o conhecimento de seus papéis para melhor exercerem suas atividades.

A investigação de uma situação de abuso requer várias etapas, iniciando-se na suspeita de ocorrência, passando pela denúncia, apuração e aplicação de medidas legais. A dificuldade de entendimento desse complicado sistema por vezes torna a adesão dos profissionais de saúde menos efetiva, com menor número de casos investigados, colaborando pouco para o fim que se deseja que é a diminuição da violência contra a criança.

Qualquer cidadão presume que o papel do médico é cuidar da saúde. É também de fácil percepção que o papel da Polícia é investigar, e que o papel do Judiciário é aplicar a lei. A atuação do Conselho Tutelar e especialmente do Serviço de Medicina Legal na apuração dos fatos é, no entanto, pouco clara para a sociedade.

O termo “maus-tratos” pode ser impreciso, referindo-se a dois conceitos distintos. O primeiro conceito é o do “crime de maus-tratos”, referenciado no artigo 136 do Código Penal Brasileiro¹. O segundo conceito aborda as definições sócio-culturais de maus-tratos, de maneira genérica. Nesse último conceito, apesar de poder ser dividido em abusos físicos, abusos sexuais, abusos psicológicos e negligência², entende-se que se expressa de forma dinâmica, não havendo limites rígidos entre essas quatro categorias formais de classificação³. Isoladamente, a negligência ou abandono é o tipo de maus-tratos mais comumente encontrado nas notificações⁴, porém os maus-tratos do tipo abuso físico ocupam importante papel nessa casuística^{3,5}, chegando a ser citado como maior incidência de acordo com a literatura estudada⁶. Por abuso físico entende-se “o uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir essa criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes”². Por deixar, em grande parte dos casos, marcas visíveis e periciáveis nas vítimas, é natural imaginar que o diagnóstico de abuso físico seja relativamente fácil, mas diuturnamente o tratamento dessa questão é complexo e, embora a notificação de suspeita de maus-tratos seja legalmente obrigatória, estima-se que entre 10 a 20 casos deixam de ser registrados para cada notificação realizada⁴. Considerando o exame médico-legal como a última instância técnica para o diagnóstico do abuso físico, na prática se

verifica dificuldades até nesse âmbito, por limitações técnicas, pessoais ou doutrinárias. Descortinar a estrutura de abordagem dos casos suspeitos de abuso físico em nosso meio pode auxiliar a revisão de conceitos, a avaliação do cumprimento da expectativa social e a proposição de novos modelos de atendimento, caso sejam necessários.

2 OBJETIVOS

Analisar as perícias de “Lesões Corporais” (LC) realizadas no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte (IML-BH) no período de um ano, envolvendo crianças até doze anos incompletos de idade, nas quais seja compatível a suspeita de maus-tratos do subtipo abuso físico; discorrer sobre o papel da Medicina Legal no processo de investigação desses casos, a fim de avaliar se esse tipo de perícia contribui com novas informações na investigação de um caso de suposta violência contra a criança.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Contexto Histórico

A história da humanidade é permeada, praticamente em toda a sua extensão, pela descrição de atos de violência contra as crianças. Relatos sobre a vida de crianças e adolescentes das civilizações greco-romana e hebréia já ilustram a presença da violência. Uma lei do século XIII a.C. instruía os pais sobre como castigar filhos desobedientes e rebeldes e, quando eles tinham dificuldades na realização dessa tarefa, um conselho era solicitado para lidar com o filho problema, punindo-o e apedrejando-o até a morte. Condenar à morte crianças portadoras de deficiências ou malformações também era prática comum, pois se acreditava que não seriam socialmente úteis, estando assim justificada sua eliminação⁷.

As perseguições de crianças no Egito e em Belém, por ocasião dos nascimentos de Moisés e Jesus Cristo, respectivamente, constituem outros episódios documentados dessa violência^{3,7,8}.

Entre os séculos I e V d. C. a Igreja Cristã passou a ter maior influência sobre os costumes e comportamentos e desestimulou a prática de graves castigos físicos⁷.

Já no século XVII a Filosofia e a Teologia, representadas por Santo Agostinho, elaboraram uma imagem dramática da infância, alegando que as crianças seriam símbolo da força do mal, esmagadas pelo peso do pecado original³.

Mesmo com a citação histórica de episódios de violência contra a criança, essa era vista com certa naturalidade, e não existiam providências a serem tomadas. O Código de Hamurabi trata os filhos como pertences de seus pais, e chega a propor textualmente no artigo 193 “Se o filho de um dissoluto ou de uma meretriz aspira voltar à casa paterna, se afasta do pai adotivo e da mãe adotiva e volta à sua casa paterna, se lhe deverão arrancar os olhos”. Ainda nesse código, no artigo 195, é citado “Se um filho espanca seu pai se lhe deverão decepar as mãos”. De forma estranha, nada é previsto se um pai espanca o filho⁹.

As primeiras descrições de exames de crianças agredidas datam do século XVII. Zacchia, em 1626, levantou os problemas médico-legais dos maus-tratos na infância durante a realização de necropsias consequentes a esse tipo de violência. Tardieu, na França, em 1879, dedicou um longo trabalho ao “Estudo médico legal sobre as sevícias e os maus-tratos

exercidos contra as crianças”, sendo atribuído a este autor o primeiro uso do termo “criança espancada”^{5,7}.

As primeiras sociedades protetoras da infância surgiram em Paris em 1865, e, posteriormente, em Lyon, e tinham como objetivo garantir a inspeção médica das crianças colocadas pelos pais aos cuidados de nutrizas, além de aperfeiçoar os métodos de educação, de higiene e a proteção das crianças de classes pobres⁸.

A preocupação com a violência contra a criança nas Américas começou em 1874, com o caso de Mary Ellen Wilson, abandonada pela mãe. Com a morte do pai na Guerra Civil, ficou sob os cuidados da madrasta e do marido, que a maltratavam fisicamente e a negligenciavam, acorrentando-a à própria cama, tendo sido encontrada por religiosos e assistentes sociais da época em grave estado de desnutrição. Como não existia nenhuma entidade que defendesse os direitos das crianças, Mary Ellen foi protegida pela Sociedade Norte Americana para Prevenir a Crueldade contra os Animais, com base no pressuposto que, como criança, fazia parte do reino animal^{7,8}.

Um marco importante no século passado aconteceu quando, em 1946, Caffey, radiologista infantil americano renomado, publicou os achados de fraturas múltiplas de ossos longos, associadas a hematoma subdural, em seis lactentes cujos pais não conseguiam explicar de forma razoável a gênese das lesões. Em 1953 Silverman realizou um estudo retrospectivo de crianças com quadro clínico semelhante ao descrito por Caffey e concluiu que as lesões eram causadas por traumatismos provocados, sendo ratificado por Woolley e Evans em 1955. Já em 1957, com uma casuística maior, o próprio Caffey pôde afirmar que as lesões eram resultado inequívoco de maus-tratos a crianças por parte de adultos. Em 1962, Kempe, Silverman, Steel *et al.* consolidaram o quadro clínico que foi designado Síndrome da Criança Maltratada ou Síndrome de Caffey^{5,7,8}.

Existem divergências se o primeiro caso de descrição brasileira de espancamento infantil é atribuído a um dos professores da Faculdade de Ciências Médicas de São Paulo, em 1973 ou ao Prof. Canger Rodrigues, em 1974. Certo é que, dessa época em diante, as descrições desse tipo de evento se multiplicaram cada vez mais na nossa literatura^{5,7}.

3.2 Legislação

A Constituição Federal de 1988¹⁰ e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA de 1990 foram, indubitavelmente, um grande passo do Brasil na abordagem da violência infantil¹¹, apontando caminhos para organização da condução dos casos. No capítulo VII, artigo 227 dessa Carta¹⁰ tem-se:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Nesse mesmo artigo, o parágrafo 4º explicita “A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”¹⁰.

O ECA, disposto através da lei 8.069 de 13 de julho de 1990, veio sedimentar a proteção à criança. Deste Estatuto, destacam-se os artigos alusivos à definição legal do termo “criança”, “responsabilidade e via de comunicação” de casos de violência contra a criança e base legal para atividade dos Conselhos Tutelares¹¹:

Art 2º - Considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Art 13º - Os casos de suspeita e confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art 56º - Os dirigentes de estabelecimentos de ensino fundamental comunicarão ao Conselho Tutelar os casos de:

I – maus-tratos envolvendo seus alunos.

Art 70º - É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente.

Art 86º - A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Art 87º - São linhas de ação da política de atendimento:

[...]

III – serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão.

Art 98º - As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

[...]

II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável.

Art 129º - São medidas aplicáveis aos pais ou responsável:

I – encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família;

II – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento de alcoólatras e toxicômanos;

III – encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;

- IV – encaminhamento a cursos e programas de orientação;
- V – obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar;
- VI – obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado;
- VII – advertência;
- VIII – perda da guarda;
- IX – destituição da tutela;
- X – suspensão ou destituição do pátrio poder.

Art 130º - Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.

Art 136º - São atribuições do Conselho Tutelar:

[...]

II – atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art 129, I a VII.

III – promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:

a) Requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança.

Art 146º - A autoridade a que se refere esta Lei é o Juiz da Infância e da Juventude, ou o juiz que exerce essa função, na forma da lei de organização judiciária local.

Art 201º - Compete ao Ministério Público:

[...]

VI – instaurar procedimentos administrativos e, para instruí-los:

[...]

b) Requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades municipais, estaduais e federais, da administração direta ou indireta, bem como promover inspeções e diligências investigatórias.

Capítulo II – Das infrações administrativas

Art 245º - Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção a saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

O Ministério da Saúde, através da Portaria número 1.968 de 25 de outubro de 2001, padronizou o formulário de notificação ao Conselho Tutelar de “todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes” atendidos no Sistema Único de Saúde. O formulário padronizado contém amplas informações a respeito do evento, incluindo “provável” causador, acompanhante, descrição sumária do ocorrido, tipo de maus-tratos sofrido, dados do atendimento médico, etc..

Usualmente o serviço público que possui peritos médicos para avaliação dos casos da esfera criminal é o Instituto Médico Legal (IML), porém o entendimento da sociedade sobre o funcionamento dos serviços de Medicina Legal, especialmente dos serviços brasileiros, diverge em muito da realidade. O serviço médico-legal se dedica, essencialmente, à realização do chamado “exame de corpo de delito”.

O exame de corpo de delito é previsto no Código do Processo Penal Brasileiro, no Capítulo II, artigos 158 a 184¹. O artigo 158 compreende o texto “Quando a infração deixar

vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado”.

A expressão “corpo de delito”, no entanto, não se refere exclusivamente ao “corpo humano”. Prova disto é que, no mesmo Código, em diversos outros momentos, a expressão é usada para determinar objetos, como no artigo 243, parágrafo 2º, quando é citado¹ “Não será permitida a apreensão de documento em poder do defensor do acusado, salvo quando constituir elemento do corpo de delito”.

Na realidade, “corpo de delito” se refere à “materialidade do delito”, podendo constituir-se da arma utilizada, da porta arrombada, do local incendiado, da janela utilizada para fuga, etc. Toda vez que o “corpo de delito” coincidir com o “corpo humano”, entra em cena o médico-legista. É esse especialista que detém o treinamento para detectar e fornecer elementos técnicos para a classificação das “lesões” ou alterações no corpo humano de interesse para a justiça.

O médico-legista, ao avaliar um paciente lesionado, segue critérios para tentar determinar quando aquela lesão ocorreu, a compatibilidade do histórico e da lesão encontrada e principalmente qual o instrumento ou meio que a provocou. Doutrinariamente chega-se a afirmar que o histórico “deve ser sucinto e não envolver as circunstâncias do fato”³⁰. “Instrumento ou meio”, na doutrina médico-legal mineira, diverge de “objeto”. O objeto atua lesando a vítima através do instrumento ou meio. Assim, um martelo atinge a vítima, sendo o objeto “martelo”, mas a maneira pela qual transfere energia para a vítima é através do “instrumento contundente”. Cabe aos médicos-legistas, na imensa maioria dos casos, determinar qual o “instrumento”, mas doutrinariamente se esquivam de fazer referência ao objeto, pois essa extrapolação aumentaria as chances de erro.

Após examinar o corpo ou partes deste, o legista descreve o exame no laudo pericial e responde aos quesitos específicos da perícia solicitada.

Quesitos são perguntas feitas aos peritos, variando segundo o tipo de perícia ou situação a ser apurada. Podem ser “oficiais”, ou seja, definidos de forma padronizada, ou específicos de cada questão investigada. O decreto lei que trata dos quesitos oficiais do Estado de Minas Gerais é o 5.141, de 25 de outubro de 1956¹².

Os quesitos oficiais são, por força de lei, vinculados aos artigos do Código Penal Brasileiro, ou seja, aos tipos penais. Porém não é o perito médico-legista o profissional que tipifica crimes. Não cabe a esse profissional, portanto, dizer se tal fato foi “estupro”, “homicídio”, “maus-tratos”, etc, já que essas classificações são delitos previstos no Código Penal Brasileiro respectivamente nos capítulos 121, 213 e 136. Tecnicamente esses “tipos

penais” somente ficariam ou não verdadeiramente caracterizados ao final de todo o rito processual penal. Nos exemplos citados acima, caberia ao legista auxiliar nas partes desse processo que dependeriam de exame médico, como a constatação da causa médica da morte para avaliação pela Autoridade da possibilidade de homicídio, a indicação da ocorrência de “conjunção carnal”, ou seja, de “coito vaginal” para qualificação do crime de estupro, etc. Em muitos casos a caracterização de um delito depende de análises que escapam à capacidade médica do perito, extrapolando sua competência. Exemplos desses casos encontram-se especialmente nas perícias envolvendo os crimes de “tortura” e de “maus-tratos”.

O tipo penal correspondente ao crime de maus-tratos é definido no artigo 136 do Código Penal Brasileiro¹, sob o texto:

Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina: Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave: Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§ 2º Se resulta a morte: Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

§ 3º Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos.

Portanto, para caracterizar o crime, é necessário que o autor tenha necessariamente:

- Autoridade, guarda ou vigilância sobre a vítima;
- Finalidade de tratamento, ensino, educação ou custódia;
- Sujeitado a vítima a trabalho excessivo ou inadequado ou abusado de meios de correção ou disciplina.

Fica claro, de imediato, que nenhuma das situações descritas é passível de perícia pelo médico legista, não sendo esse profissional que estabelecerá quem é o suspeito, qual a sua relação com a vítima e seu modo de tratamento e qual era a sua intenção nesse tratamento. Ao legista compete a apuração dos elementos para classificação legal da lesão, caso encontrada, a determinação da causa da morte se ocorre e, eventualmente, a estimativa da idade, caso não possua documentação comprobatória.

O crime de Lesão Corporal é definido no artigo 129 do Código Penal Brasileiro¹:

Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave:

§ 1º - Se resulta:

I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - Perigo de vida;

III - Debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - Aceleração de parto.

Pena: reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º - Se resulta:

I - Incapacidade permanente para o trabalho;

II - Enfermidade incurável;

III - Perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

IV - Deformidade permanente;

V - Aborto.

Pena: reclusão, de dois a oito anos.

Lesão corporal seguida de morte:

§ 3º - Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena: reclusão, de quatro a doze anos.

Diminuição de pena:

§ 4º - Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Substituição da pena:

§ 5º - O juiz, não sendo graves as lesões, pode ainda substituir a pena de detenção pela de multa, de duzentos mil réis a dois contos de réis:

I - se ocorre qualquer das hipóteses do parágrafo anterior;

II - se as lesões são recíprocas.

Lesão corporal culposa:

§ 6º - Se a lesão é culposa:

Pena: detenção, de dois meses a um ano.

Aumento de pena:

§ 7º - Aumenta-se a pena de um terço, se ocorrer qualquer das hipóteses do artigo 121, parágrafo 4º.

§ 8º - Aplica-se à lesão culposa o disposto no parágrafo 5º do artigo 121.

Violência Doméstica:

§ 9º - Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade.

Pena: detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos.

§ 10º - Nos casos previstos nos parágrafos 1º a 3º deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no parágrafo 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço).

§ 11º - Na hipótese do parágrafo 9º deste artigo, a pena será aumentada de um terço se o crime for cometido contra pessoa portadora de deficiência.

Na análise do texto legal do crime de LC nota-se que esse crime já engloba violência de pais contra filhos no parágrafo 9º, “se a violência for praticada contra ascendente, descendente...”. Outro dado importante é que os qualificadores do crime de LC (parágrafos 1º e 2º do artigo 129) são os que, via de regra, são investigados pelos peritos médicos-legistas durante a perícia afeita a esse tipo penal. Considera-se que a lesão corporal é chamada de “grave” quando preenche qualquer um dos critérios elencados no parágrafo 1º do artigo 129 e

doutrinariamente chamada de “gravíssima” quando preenche qualquer um dos critérios do parágrafo 2º do mesmo artigo.

Os quesitos oficiais relativos ao crime de lesão corporal são¹²:

1º - Houve ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente? (Resposta especificada).

2º - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

3º - A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura, ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que podia resultar perigo comum? (Resposta especificada).

4º - Da ofensa resultou perigo de vida?

5º - Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias?

6º - Da ofensa resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente? (Resposta especificada).

Já os quesitos da perícia relativa ao crime de “maus-tratos” são¹²:

1º - A vida ou a saúde do paciente foi exposta a perigo pela privação de alimentação ou cuidados indispensáveis? (Resposta justificada).

2º - A vida ou a saúde do paciente foi exposta a perigo pela sujeição a trabalho excessivo ou inadequado? (Resposta justificada).

3º - A vida ou a saúde do paciente foi exposta a perigo pelo abuso de meios de correção ou de disciplina? (Resposta justificada).

4º - Do fato resultou lesão corporal de natureza grave? (Resposta especificada, com referência ao artigo 129, parágrafos 1º e 2º).

Objetivamente, os quesitos relativos ao crime de “maus-tratos” acabam sendo pouco usados, pois abarcam situações que escapam da competência do perito médico-legista detectar ao exame médico, chegando a pontuar o “mérito” da agressão, como “trabalho excessivo” ou “meios de correção ou disciplina”. Além disso, resta o fato de que o 4º quesito dessa perícia redireciona-a para a perícia de LC, já que faz referência direta a este tipo penal. Por esse motivo, na quase totalidade dos casos de violência física que aportam ao IML é solicitada a perícia de LC para avaliação e os quesitos correspondentes são respondidos.

Quatro são os tipos de respostas mais comuns aos quesitos oficiais:

- “Sim”, quando possui elementos técnicos indicativos para resposta afirmativa ao quesito;
- “Não”, quando possui elementos técnicos indicativos para resposta negativa ao quesito;
- “Sem elementos para afirmar ou negar”, quando não possui elementos para a conclusão do quesito;

- “Resposta prejudicada”, terminologia utilizada quando aquele quesito não se aplica ao caso em questão ou a sua resposta está impossibilitada. O exemplo mais comum para o uso desse “chavão” é na situação em que um quesito depende, para fazer sentido, da resposta positiva do quesito anterior. Ex: 1º Quesito - Houve a morte? Resposta: Não; 2º Quesito – Qual a causa da morte? Resposta prejudicada.

3.3 Maus-tratos: da suspeita à perícia médico-legal

A despeito da antiguidade dos fatos e dos relatos, somente nas últimas três décadas é que se iniciou, de fato, a construção de conhecimento para diagnóstico da criança maltratada em nosso meio, e mesmo com a abundante literatura orientando o diagnóstico dessa situação^{2,3,5,6,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22}, sabe-se que esse diagnóstico é, na prática, dificultado por múltiplas questões^{15, 23, 24, 25}.

Um dos fatores relatados por profissionais de saúde como dificultadores do processo de condução dos casos suspeitos de maus-tratos é o desconhecimento pelo profissional de como suspeitar e qual a atitude a se tomar^{14,15}. Mesmo com os dispositivos legais criados, com penalidades previstas e responsabilidade objetiva, acredita-se que pouco se faz nesse sentido. Além do desconhecimento de como suspeitar, diagnosticar e proceder à notificação dos casos de maus-tratos, os profissionais de saúde ignoram, em sua maioria, o que é feito posteriormente para apuração e acompanhamento dos casos, e que tipo de benefício essa condução pode gerar.

A suspeita de maus-tratos pode surgir a partir de qualquer cidadão da sociedade. Familiares, vizinhos, professores e profissionais de saúde são comumente os primeiros indivíduos a levantarem essa suspeita.

Na avaliação de uma situação de suposta violência, múltiplos fatores podem ser considerados como indicadores, como comportamento da criança, relato dos envolvidos, histórico anterior, etc.

Em termos estatísticos, são os genitores os que mais são chamados a prestar contas à Justiça, na condição de acusados da prática de maus-tratos²⁶. Alguns autores referem que a mãe seria o principal agressor²⁷.

A avaliação física da criança supostamente agredida é fundamental durante a investigação de maus-tratos, especialmente do tipo abuso físico. O encontro de alterações ao exame físico pode auxiliar muito na interpretação do evento e tanto o Conselho Tutelar, a Polícia ou o Ministério Público fomentam grande expectativa sobre o resultado da perícia realizada na vítima.

As alterações ao exame físico que podem ser encontradas na avaliação da criança vítima de maus-tratos são múltiplas, com grande variabilidade de acordo com a literatura estudada^{2,3,5,14,16,22}. As alterações cutâneas representam a forma mais reconhecível e comum de abuso²² e o segmento cefálico é o mais comumente agredido⁵. Uma classificação útil é

topográfica ou sistêmica, citada pelo Ministério Público de Santa Catarina. Essa classificação divide os achados de violência em topografias ou sistemas, conforme a tabela abaixo:

QUADRO 1
 Manifestações clínicas da violência contra a criança¹⁶

Topografia	Achados
<i>Pele, mucosas e tegumento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Contusões e abrasões, principalmente na face, lábios, nádegas, braços e dorso; - Lesões que reproduzam a forma do objeto agressor (fivelas, cintos, dedos, mordedura); - Equimoses e hematomas no tronco, dorso e nádegas, indicando datas diferentes de agressão; - Alopecia resultante de arrancamento brutal e repetido dos cabelos; - Queimaduras no dorso e genitais, com marcas de objetos (cigarro, por exemplo); - Lesões endobuciais ocasionadas por laceração do freio da língua por tentativa de introdução forçada de alimentos; - Síndrome da orelha em lata (equimose unilateral, edema cerebral ipsilateral e hemorragia retiniana); - Fácies de boxeador, por traumatismo facial;
<i>Músculo-esquelético</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fraturas múltiplas – ossos longos em diferentes estágios de consolidação, secundárias à torção com sacudidas violentas, com rápida aceleração-desaceleração; - Fraturas de costelas em menores de dois anos; - Fraturas de crânio ou traumatismo craniano por choque direto ou sacudidas vigorosas (síndrome do bebê sacudido), concomitantes com edema cerebral, hematoma subdural e hemorragia retiniana, podendo também manifestar-se por convulsões, vômitos, cianose, apnéia e alterações de déficit motor; - Hematoma subperiosteal de diferentes estágios (síndrome da criança espancada);
<i>Visceral</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptura subcapsular do rim e baço, trauma hepático ou mesentérico que necessite intervenção cirúrgica de urgência;
<i>Genito-urinário</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões na área genital e perineo: observar presença de dor, sangramento, infecções, corrimento, hematomas, cicatrizes, irritações, erosões, assaduras, fissuras anais, hemorróidas, pregas anais rotas ou relaxamento do esfíncter anal, diminuição do tecido ou ausência himenal, enurese, encoprese, infecções urinárias de repetição sem etiologia definida;
<i>Psicológico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aversão ao contato físico, apatia ou avidez afetiva; - Retardo psicomotor sem etiologia definida, com melhora quando a criança se separa da família (hospitalização); - Transtorno do sono ou da alimentação; - Episódios de medo e pânico; isolamento e depressão; - Conduta agressiva e irritabilidade; - Interesse precoce em brincadeiras sexuais ou conduta sedutora; - Choro fácil sem motivo aparente; - Comportamento regressivo, autodestrutivo ou submisso; - Desenho ou brincadeiras que sugerem violência; - Baixo nível de desempenho escolar; - Fugas, mentiras, furto; - Tentativa de suicídio; - Fadiga, baixa-estima; - Aversão a qualquer atividade de conotação sexual.
<i>Outros</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Retardo pondero-estatural por aporte calórico inadequado; - Intoxicação por medicamentos especialmente anti-histamínicos e sedativos; - Síndrome de Munchausen por procuração (doenças simuladas ou provocadas falsamente pelos pais ou responsáveis).

O ECA é objetivo em indicar que a primeira instância de comunicação da suspeita ou diagnóstico de maus-tratos contra crianças deve ser o Conselho Tutelar, preferencialmente da localidade onde aconteceu o evento^{11,20}. O Conselho Tutelar apura a denúncia, podendo decidir entre uma ampla gama de condutas, com o seu poder discricionário, arquivando uma denúncia considerada infundada ou até mesmo afastando a criança do convívio com os pais nos casos de situações graves, informando ao Ministério Público e ao Juizado da Infância e da Juventude^{18,20}.

Na estrutura dos Conselhos Tutelares não está prevista a alocação de profissionais que “periciem” os casos suspeitos de maus-tratos, especialmente quando a suspeita recai sobre abusos físicos, casos em que médicos seriam os profissionais mais adequados. Com isso, quando um Conselheiro Tutelar necessita “investigar” uma determinada situação, obrigatoriamente tem que recorrer a outras instituições. Diversas instituições públicas federais, estaduais e municipais possuem, no seu quadro, profissionais médicos. No entanto, somente o Estado, através da Polícia Civil, possui um número razoável de médicos especializados na interlocução saúde-justiça. Esses profissionais estão lotados no IML, na Capital, e em Postos de Medicina Legal no interior do estado.

Um fluxograma que auxilia no entendimento da sequência de eventos durante a apuração da denúncia de violência contra a criança é o apresentado pela Promotoria da Justiça da Infância e da Juventude do Ministério Público do Estado de São Paulo, disposto na figura 1.

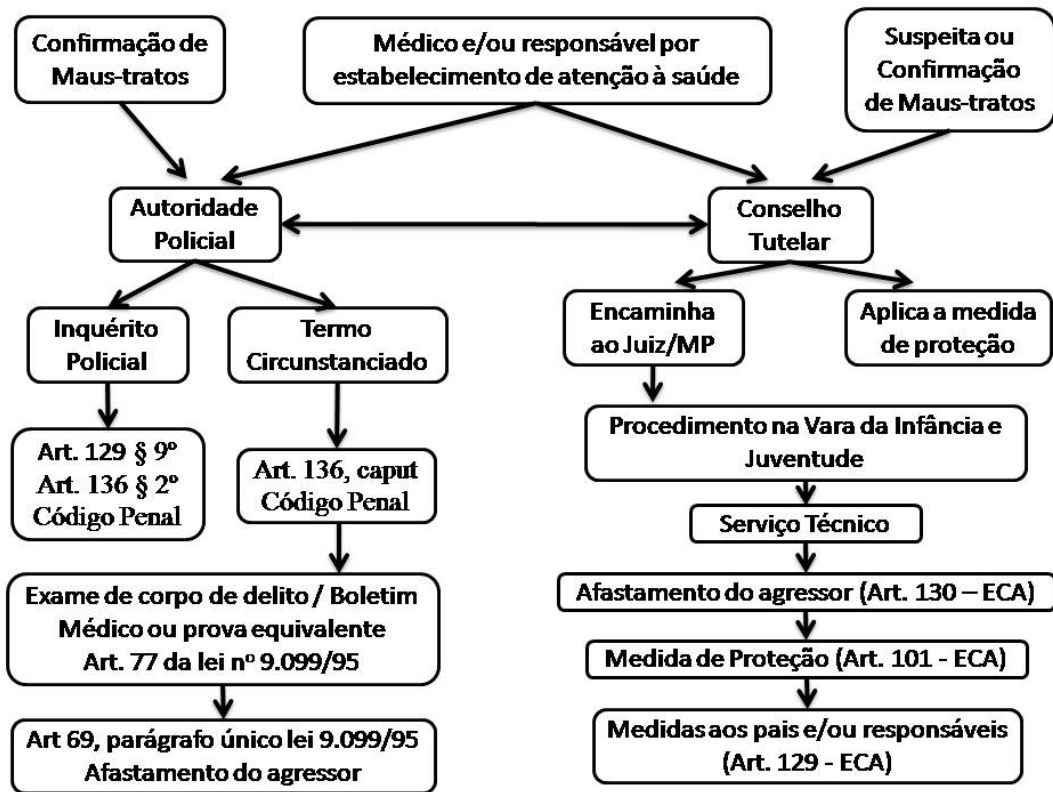


FIGURA 1: Fluxograma da Denúncia de Maus-tratos¹⁵

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Esse trabalho avalia os laudos das perícias do tipo LC, realizadas no IML-BH no período de um ano (de 01 de julho de 2006 a 30 de junho de 2007), cujos periciados foram indivíduos com até 12 anos incompletos, apurando-se a idade, o sexo, o acompanhante da criança ao exame, o suposto agressor informado, a localização das lesões, o dia da semana e a hora de aporte ao serviço, a resposta aos quesitos oficiais e a classificação legal das lesões segundo o Código Penal Brasileiro.

O IML-BH teve seu atendimento descentralizado em agosto de 2007, motivo pelo qual o período selecionado findou antes desse mês. Como o escopo deste trabalho é a avaliação do abuso físico, outras formas de maus-tratos como abuso sexual, negligência e abuso psicológico foram excluídos do estudo.

4.2 Estrutura da Medicina Legal de Belo Horizonte

O IML-BH situa-se no Bairro Nova Gameleira, na Avenida Nicias Continentino, no número 1291. Possui um quadro de mais de 200 funcionários, dentre os quais cerca de 50 são peritos médicos. No organograma do IML, as perícias se dividem naquelas realizadas pelo “plantão”, composto por 24 médicos divididos em 6 equipes, e nas perícias “especializadas”, em que são realizados os trabalhos mais específicos não urgentes, como antropologia forense, psiquiatria forense, avaliação de dano para fins de recebimento de seguros de trânsito DPVAT, etc. Em média, o IML realiza cerca de vinte e cinco mil exames periciais a cada ano, sendo que cerca de apenas 20% desse total são realizados sobre cadáveres. Portanto, 80% do movimento pericial do IML referem-se a exames realizados em indivíduos vivos, com as mais diversas demandas. Até o mês de julho de 2007 praticamente todas as perícias ditas de urgência originadas na região metropolitana de Belo Horizonte eram direcionadas para o IML da capital. Somente em agosto de 2007 os Postos Médico-legais da região metropolitana se organizaram com a finalidade de maior cobertura das perícias, através da nomeação de um novo contingente de peritos.

No IML, o legista atende solicitações de perícia de diversas autoridades, como Juízes, Promotores de Justiça, Delegados de Polícia e Presidentes de Inquéritos Policiais Militares. A autoridade que mais requisita exames médico-legais é a da Polícia Civil, representada pelo Delegado de Polícia, indivíduo que necessariamente possui bacharelado em Direito. Para conseguir a realização do exame pelo médico-legista, o conselheiro inicialmente reporta o caso à Polícia Civil, ao Ministério Público ou ao Juizado da Criança e da Juventude, quando é confeccionada a requisição de exame pericial. Muitas vezes a autoridade requisitante aguarda o resultado da perícia para entender com clareza qual seria o enquadramento legal e quais as medidas necessárias.

4.3 A perícia de “Lesões Corporais” e as respostas aos quesitos oficiais

O atendimento no IML para perícia de LC acontece durante as 24 horas do dia, todos os dias da semana. Quantitativamente, essa perícia chega a representar metade de todas as perícias realizadas no IML-BH. Praticamente todo o caso de agressão física que não tenha resultado em morte imediata é apurado sob esse título pericial, independentemente do delito do ordenamento jurídico brasileiro que está sendo apurado. Assim, na avaliação do roubo de um objeto no qual a vítima foi agredida, na documentação da detenção do indivíduo que chega preso à delegacia com sinais de ter sido agredido, na avaliação do crime de LC propriamente dito (artigo 129 do Código Penal) ou até nos casos suspeitos de maus-tratos contra idosos ou crianças é usual se fazer o exame de LC.

Na execução da perícia de LC, o perito procede inicialmente a anamnese, com entrevista do próprio paciente e/ou do acompanhante ou responsável (por vezes em momentos distintos, a fim de detectar inconsistências nos relatos). A anamnese integrará o laudo pericial no item “histórico”, e é comum que seja dada ênfase à data e hora da ocorrência, qual o suposto agressor, que tipo de objeto usou para a agressão e se a vítima recebeu algum tipo de atendimento médico antes da procura da Unidade Policial. O conteúdo do histórico do laudo, apesar de informativo, não é doutrinariamente levado em consideração pelo perito na conclusão dos quesitos, já que se trata de informação relatada, e não periciada.

O exame físico durante a perícia de LC, do ponto de vista prático, é direcionado pelas informações prestadas e inclui a avaliação da superfície corporal, podendo-se fazer uso de testes funcionais, especialmente para marcha, força de membros, audição ou visão. Diante de uma alteração do exame, o perito descreve seu tipo, sua topografia, seu aspecto e suas dimensões.

As lesões encontradas no exame físico do indivíduo supostamente agredido são comumente resultantes da ação do instrumento contundente, ou seja, através da mudança do estado de movimento ou repouso do corpo, pela ação da energia cinética. Dentre as lesões contusas encontradas em indivíduos vítimas de traumas, merecem atenção pela frequência a escoriação, a equimose e o hematoma.

A escoriação é o arrancamento traumático da epiderme, causada pelo atrito do objeto que age de forma contundente, expondo a derme²⁸. Por definição, a cura desta lesão se dá por epitelização, e não por cicatrização. Portanto, apesar de poder deixar manchas na pele, nunca deixaria cicatriz.

A equimose é a infiltração do sangue nas malhas do tecido²⁸. Comumente conhecida como contusão ou roxo, é erroneamente chamada de hematoma. Sofre um processo de alteração em sua coloração à medida que o tempo passa, seguindo de violácea a amarelada, passando antes pelo azulado e esverdeado. Apesar da cor da equimose não ser fidedigna da cronologia do trauma, pode servir de parâmetro na avaliação do relato, especialmente se existirem mais de uma equimose com colorações muito distintas e supostamente produzidas na mesma ocasião.

O hematoma é a hemorragia que, pelo seu volume e velocidade de formação, afasta os tecidos e ocupa um espaço próprio, formando uma neocavidade²⁸. Pode ser superficial, palpável endurecido ou flutuante, ou profundo, na intimidade dos tecidos.

Após a descrição do exame físico no laudo, o perito pode construir algum comentário que julgar relevante, como o encontro de incompatibilidades cronológicas do relato e do achado de exame, ou a limitação imposta pela falta de um relatório médico de tratamento, entre outras questões.

Ao final, o perito procede à resposta aos quesitos oficiais padronizados da perícia de LC. A cada quesito, cabem algumas colocações:

- Primeiro quesito¹²: “Houve ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente? (Resposta especificada)”. A resposta positiva a esse quesito (sim) fundamenta-se, na grande maioria dos casos, na existência de evidências macroscópicas de traumatismos. Na prática, portanto, a avaliação desse quesito não considera o item “saúde”, ficando limitada a “integridade corporal”. É usual a resposta negativa “não” quando, além da negativa de agressão durante a anamnese, nada se encontra de alteração ao exame físico, apesar de, nesse caso, a resposta do quesito ter sido influenciada pela anamnese, o que é questionável do ponto de vista doutrinário. A resposta “sem elementos para afirmar ou negar” é usada, em grande parte, quando o legista, apesar da informação colhida na anamnese indicar trauma, não encontra subsídio anatômico durante o exame. Por último, a “resposta prejudicada” é usada nos raros casos em que, iniciada a perícia e ainda não tendo sido encontrado sinal de lesão, ela não pôde ser terminada, como nos casos nos quais os pacientes não permitem a continuação do exame, apesar de, nesses casos, a resposta “sem elementos para afirmar ou negar” também poder ser utilizada.

- Segundo quesito¹²: “Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?”. A resposta a esse quesito considera um conceito específico de Medicina Legal: “instrumento ou meio”. A classificação mais aceita em medicina legal dos agentes vulnerantes é a que foi proposta por Borri³¹ na qual os agentes lesivos são divididos em mecânicos, físicos, químicos, físico-químicos, bioquímicos, biodinâmicos e mistos. Dentre esses agentes, os “instrumentos mecânicos” representam papel especial na avaliação das lesões nos pacientes vítimas de agressão, já que a quase totalidade das lesões traumáticas são resultantes da atuação da energia cinética, pela modificação do estado de movimento ou de repouso do organismo. Os instrumentos mecânicos, por sua vez, são subdivididos em formas básicas: contundente, cortante e perfurante, e formas mistas: pérfuro-contundente, corto-contundente e pérfuro-cortante. O médico-legista, ao analisar as características da lesão encontrada, determina qual foi a maneira de transmissão de energia que levou à sua formação. A lesão produzida pela atuação do instrumento contundente é caracterizada pela distribuição heterogênea da força aplicada, podendo levar à formação de rubefação, equimose, escoriação, hematoma, fraturas, entorses, distensões ou feridas, representando os principais achados durante o exame de LC. É natural, portanto, que o instrumento seja “contundente” na resposta ao segundo quesito desse tipo de perícia. O instrumento perfurante é caracterizado pela dissipação da energia cinética através de um ponto de maior pressão, resultando em afastamento ou divulsão dos tecidos a partir daquele ponto, formando feridas nas quais a profundidade se sobrepõe ao comprimento. Na ação pelo instrumento cortante, a transmissão da energia cinética se dá essencialmente sobre uma linha de força, resultando em afastamento dos tecidos a partir daquela linha. Nas formas mistas dos instrumentos mecânicos é usual não se encontrar predominância de atuação da energia, daí a classificação considerar pelo menos os dois tipos básicos mais evidentes.
- Terceiro quesito¹²: “A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura, ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que podia resultar perigo comum? (Resposta especificada)”. Esse quesito visa averiguar as situações agravantes elencadas no artigo 61 do Código Penal Brasileiro, apesar de rotineiramente ser respondido de forma genérica negativa “não” ou mesmo “sem elementos para afirmar ou negar”.

- Quarto quesito¹²: “Da ofensa resultou perigo de vida?”. Na resposta ao quarto quesito inicia-se a avaliação da classificação do tipo de lesão sofrida. O “perigo de vida” é um agravante descrito no parágrafo primeiro, inciso II, do artigo 129 do Código Penal Brasileiro, e, em caso positivo, por si já define a lesão sofrida como “grave”, com conseqüente aumento da pena. “Perigo de vida” é diferente de “risco de vida”. Entende-se como perigo de vida a situação de ameaça à vida tão iminente que, caso alguma providência médica não seja de súbito tomada, essa vida irá findar. Diferentemente do “risco”, que é potencial, o “perigo” é real, situação concreta, de caracterização mais objetiva.
- Quinto quesito¹²: “Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias”? Para avaliação da incapacidade para “ocupações habituais” considera-se qualquer atividade funcional habitual. Nesse conceito estão amparados o recém-nascido, o desempregado, o estudante e o ancião aposentado, já que qualquer um deles poder sofrer prejuízos em suas atividades funcionais habituais²⁹. Como a resposta a esse quesito é diagnóstica, e não prognóstica, pode o perito sugerir a realização de novo exame findado o prazo de trinta dias para caracterização ou não do quesito. A despeito disso, lesões com baixo potencial de gravidade têm, via de regra, resposta negativa a esse quesito.
- Sexto quesito¹²: “Da ofensa resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente? (Resposta especificada)”. A resposta adequada a esse quesito deveria decompô-lo nos itens citados, o que usualmente não acontece. A “debilidade permanente de membro, sentido ou função”, do ponto de vista criminal, deveria ser aquela debilidade situada entre 3% e 70% de comprometimento²⁹. Qualquer alteração considerada como comprometendo menos que 3% da funcionalidade seria desconsiderada do ponto de vista de debilidade, e aquela que compromettesse mais de 70% seria o equivalente a inutilização. Cabe ressaltar que a perda de um órgão duplo como um olho caracteriza debilidade permanente da visão, e não perda de órgão. A “incapacidade permanente para o trabalho” refere-se ao trabalho genérico e não ao trabalho específico. O termo “permanente”, nesse caso, pode considerar

o período de um ano ou mais, ou mesmo o quadro no qual não se tenha previsibilidade de retorno ao trabalho. A “enfermidade incurável” é aquela na qual, considerando os tratamentos médicos disponíveis, não se vislumbra a cura, como a epilepsia pós-traumática ou a diabetes resultante da ressecção pancreática em consequência de trauma. Por “perda ou inutilização de membro, sentido ou função” entenderiam-se as situações de comprometimento funcional acima de 70%, conforme discorrido acima, e as amputações. A “deformidade permanente” inclui a lesão que, mesmo já resolvida ou cicatrizada, deixa como resultado um grave prejuízo estético. Ao final, se a lesão constatada resultou em “debilidade permanente de membro, sentido ou função”, essa lesão é classificada como “grave”, já que preenche critérios do parágrafo 1º do artigo 129 do Código Penal Brasileiro¹. Caso resulte em “incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente”, classifica-se a lesão como “gravíssima”, já que satisfaz critérios do parágrafo 2º do artigo 129.

4.4 Seleção dos casos

Historicamente a quase totalidade dos exames médico-legais da região metropolitana de Belo Horizonte era centralizada em um único local, o IML-BH. Em janeiro de 2006 iniciou-se nesse Instituto o uso de um programa de informatização para padronização dos modelos de laudos periciais. Esse programa contemplava modelos de laudos como “LC”, “conjunção carnal”, dentre outros. Todo exame pericial passava pelo preenchimento desse modelo, no programa Word[®] e, após completado, tinha seu conteúdo impresso e assinado pelo legista, sendo o arquivo original armazenado em um “banco de dados”, com cópias de segurança feitas diariamente. Esse sistema foi sendo regularizado paulatinamente, tendo sido incorporado pelos funcionários do IML logo nos primeiros meses do ano de 2006. Ainda no ano de 2006 ocorreu um grande incremento na carreira de médicos-legistas do Estado de Minas Gerais, com abertura de concurso público com mais de 150 vagas para profissionais dessa carreira. Após as diversas fases do concurso, incluindo a formação na Academia de Polícia Civil por seis meses, os novos legistas foram nomeados em 07 de agosto de 2007,

tendo sido designados ainda naquele mês. Em consequência desse aporte de profissionais, as perícias médico-legais da grande Belo Horizonte foram devidamente descentralizadas, e postos médico-legais que funcionavam precariamente, como os de Betim, Contagem, Ribeirão das Neves, etc., gradativamente foram assumindo seus papéis na realização das perícias daquelas localidades. Como o objetivo deste estudo era a avaliação de perícias ao longo do intervalo fechado de um ano, verificou-se que um bom período para seleção dos casos jazia entre o mês de julho de 2006, quando os modelos de perícia já estavam em pleno uso, e o mês de junho de 2007, antes da descentralização que modificou o perfil de atendimento das perícias da região metropolitana de Belo Horizonte.

Com a anuência do Diretor do IML-BH, o projeto foi inicialmente encaminhado para a Câmara do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo sido aprovado para envio ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) em 29 de agosto de 2008, conforme parecer número 49 de 2008. Sob a rubrica do Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, o projeto foi enviado ao COEP da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo sido aprovado no dia 1 de outubro de 2008, conforme parecer ETIC 428/08. Após essa data, iniciou-se o processo de recuperação dos casos.

A primeira etapa consistiu na busca de todos os arquivos de perícias do banco de dados do período de 01/07/06 a 30/06/2007 nos quais houvesse registro de resposta a quesito da perícia de LC. Para isso usou-se a máscara de busca “houve ofensa à integridade física”, já que essa é parte do primeiro quesito desse tipo pericial. Após descarte de todos os laudos cuja idade dos periciados não estava presente ou superava 12 anos, restaram 648 casos. Criou-se uma sequência de comandos em Word[®] denominada “macro”, que abriu cada um dos arquivos convertendo-o em arquivo de formato simples de texto (extensão txt). Através de comandos em DOS, todos os arquivos de texto resultantes foram copiados para dentro de um único arquivo. O arquivo resultante foi novamente aberto no programa Word[®] e, através do comando “substituir”, todas as marcas de parágrafo foram retiradas, todos os textos iniciais dos laudos foram substituídos por marca de parágrafo, o que alocou cada caso em uma linha ou parágrafo. Através da substituição de todas as marcas comuns de texto, como “número do laudo”, “data do exame”, “destino do laudo”, “nome do paciente”, “idade”, “hora do exame”, “histórico”, “exame físico”, “resposta ao primeiro quesito”, “resposta ao segundo quesito”, “resposta ao terceiro quesito”, “resposta ao quarto quesito”, “resposta ao quinto quesito” e “resposta ao sexto quesito” pelo caractere “arroba”, foram criadas as delimitações das variáveis respectivas. O arquivo resultante, gravado em forma de texto simples, continha uma

perícia em cada linha, com variáveis separadas pelo caractere arroba. Com o programa Excel[®], procedeu-se à importação desse arquivo, tendo sido selecionado como marco divisor o caractere arroba. Ao final desse processo, tinha-se um banco de dados em Excel, com 648 casos, com as seguintes variáveis: “número do laudo”, “data do exame”, “hora do exame”, “autoridade requisitante”, “nome”, “idade em anos”, “cidade de residência”, “histórico ou relato”, “exame físico”, “resposta ao primeiro quesito”, “resposta ao segundo quesito”, “resposta ao terceiro quesito”, “resposta ao quarto quesito”, “resposta ao quinto e sexto quesitos”. A partir, daí passou-se à criação das variáveis:

- “Gênero”, que teve seu preenchimento determinado pela análise individual dos casos, sendo considerado o nome, o texto do histórico e dados de exame físico. Após a criação da variável gênero e conferido o banco para excluir duplicações, a variável nome foi excluída;
- “Dia da Semana”, gerada através da variável “data do exame”, com uso da ferramenta do Excel[®] para esse fim, chamada “D_sem”;
- “Data da agressão”, criada e alimentada através da análise individual do histórico de cada caso, sendo deixados em branco aqueles casos em que não existia essa informação. Quando havia referência apenas ao mês do trauma, a data considerada era o primeiro dia desse mês;
- “Tempo entre agressão e exame”, criada e calculada automaticamente pelo Excel[®] a partir da subtração da variável “data da agressão” da variável “data do exame”, com resultado em dias;
- “Acompanhante durante o exame”, criada e preenchida através das informações do histórico de cada caso analisado individualmente. Essa variável foi deixada em branco nos casos em que nada era informado a esse respeito no histórico;
- “Suposto agressor informado”, criada e preenchida através das informações do histórico de cada caso analisado individualmente. Foram deixados em branco os casos em que essa informação não estava contida no histórico;
- “Topografia das lesões encontradas”, na qual era registrada em quais topografias corporais (segmento cefálico, tronco, membros superiores, membros inferiores e genitália) haviam sido descritas evidências de lesões;

- “Tipo de lesão encontrada”, sendo preenchida com informações do exame físico, de acordo com o tipo de lesão (equimose, hematoma, escoriação, edema, etc.).

Com as variáveis criadas, exportou-se o arquivo para formato dbf, quando foi aberto no programa Epi Info para análise.

4.5 Refinamento do banco de dados

Considerado o escopo do trabalho exclusivamente os casos relacionados a suspeita de maus-tratos do tipo abuso físico na avaliação pericial de LC, fazia-se essencial, para esse fim, a caracterização da relação entre o suposto agressor e a vítima, pois agentes do crime de maus-tratos são os pais, curadores, educadores ou responsáveis. Além da idade (12 anos incompletos) e do período temporal, um critério de exclusão dos casos definido foi a não caracterização da relação entre vítima e suposto agressor no laudo. Dos 648 casos, em 44,4% (288 casos) não havia nenhuma referência ao suposto agressor no corpo do laudo e em 22,8% (148 casos) ou a referência era inespecífica impossibilitando definição do agressor ou indicava outras situações não sugestivas de maus-tratos, como acidentes de trânsito, ataques de animais (cães), investigação de supostos erros de profissionais de saúde durante tratamento e até reação ao uso de cosméticos (xampu). Por esses motivos, 436 casos foram excluídos da análise, restando o grupo de 212 casos, que passou a constituir a amostra deste trabalho.

5 RESULTADOS

Na amostra estudada houve uma predominância de indivíduos do sexo masculino, com 119 indivíduos (56,1%) desse gênero. Do sexo feminino encontrou-se 93 casos (43,9%). Em todas as perícias da amostra foi possível determinar o sexo do examinado (n=212).

A variável idade teve distribuição conforme a tabela 1. A média de idade foi 6,2 anos, com desvio padrão de 3,4 anos. A mediana foi 7 anos. Com relação aos percentis 25 e 75 foram 4 e 9 anos respectivamente.

TABELA 1
Distribuição das idades das crianças submetidas a exame pericial.

Idade em anos	Número de casos	Percentual
0	14	6,6%
1	15	7,0%
2	8	3,8%
3	12	5,7%
4	23	10,8%
5	14	6,6%
6	16	7,5%
7	22	10,4%
8	22	10,4%
9	22	10,4%
10	19	9,0%
11	25	11,8%
TOTAL	212	100%

A distribuição das perícias pelo dia da semana no qual o exame foi realizado, calculado a partir da data do exame, teve a distribuição conforme a tabela 2.

TABELA 2
Distribuição das perícias em relação ao dia da semana de realização do exame.

Dia da Semana	Número de casos	Percentual
Domingo	14	6,6%
Segunda	49	23,1%
Terça	57	26,9%
Quarta	19	9,0%
Quinta	41	19,3%
Sexta	28	13,2%
Sábado	4	1,9%
TOTAL	212	100%

A informação de quando teria ocorrido a agressão foi citada em 67,4% das perícias (n=143), e a demora calculada distribuía-se conforme a tabela 3. Quando se considerava exclusivamente os 173 casos nos quais evidências de lesões foram encontradas, a informação da época da agressão esteve presente em 70,5% dos casos (n=122), com 78,7% destes com perícia realizada até 3 dias após o momento relatado do trauma.

TABELA 3
Demora (em dias) do suposto trauma à perícia.

Demora em dias	Número de casos	Percentual
0	24	16,8%
1	37	25,8%
2	26	18,2%
3	20	14,0%
4 ou mais	36	25,2%
TOTAL	143	100%

Considerando o horário de realização da perícia e dividindo-se o dia em períodos iguais de seis horas, tem-se a distribuição conforme a tabela 4.

TABELA 4
Distribuição das perícias em relação ao horário de realização.

Período do dia	Número de casos	Percentual
00 às 05:59 h	8	3,8%
06 às 11:59 h	41	19,3%
12 às 17:59 h	97	45,8%
18 às 23:59 h	66	31,1%
TOTAL	212	100%

Avaliando-se o tipo de lesão encontrada para caracterização do trauma, verificou-se que em 96,5% dos casos este diagnóstico foi feito pela ectoscopia (equimoses, escoriações, eritemas, cicatrizes, queimaduras, feridas e imobilizações com talas), e em apenas 6 casos (3,5%) a palpação pode ter contribuído (edemas e hematomas).

A informação de quem acompanhou a criança ao exame estava presente em 74,1% dos históricos (n=157) e teve distribuição conforme é demonstrado na tabela 5.

TABELA 5
Acompanhante da perícia informado no histórico do laudo.

Acompanhante	Número de casos	Percentual
Mãe	81	51,6%
Pai	23	14,6%
Avó ou Avô	12	7,6%
Tia	7	4,5%
Conselho Tutelar	26	16,6%
Outros familiares	8	5,1%
TOTAL	157	100%

O suposto agressor informado, detectado através da análise do histórico das perícias, teve a distribuição demonstrada na tabela 6.

TABELA 6
Suposto agressor informado no histórico do laudo.

Suposto agressor	Número de casos	Percentual
Pai	94	44,3%
Mãe	58	27,4%
Padrasto	30	14,2%
Madrasta	6	2,8%
Avô	6	2,8%
Tio ou Tia	6	2,8%
Babá	5	2,4%
Professor(a)	4	1,9%
Avó	2	0,9%
Pais não especificados	1	0,5%
TOTAL	212	100%

Dos 173 casos nos quais foram encontradas evidências de ocorrência de lesionamento corporal, essas lesões apresentaram distribuição corporal conforme demonstrado na tabela 7. Nesse grupo, 51,4% dos casos (89) apresentava evidências em apenas um segmento do corpo. Nos 84 casos restantes foram encontradas evidências de lesões em mais de um segmento corporal de maneira simultânea.

TABELA 7
Segmentos onde foram encontrados vestígios de lesão em 173 perícias.

Segmento atingido	Número de casos
Cefálico	87
Tronco	80
Membros Superiores	64
Membros Inferiores	64
Genitália	4
TOTAL	299

Considerando-se a resposta ao primeiro quesito oficial relativo ao crime de lesão corporal (Houve ofensa à integridade física ou a saúde do paciente?), construiu-se a tabela 8. Nos quatro casos nos quais a resposta foi “não”, o histórico, apesar de citar um suposto agressor, não continha informação de agressão física direta.

TABELA 8
Respostas ao primeiro quesito – Perícia de LC.

Resposta ao primeiro quesito	Número de casos	Percentual
Sim	173	81,6%
Não	4	1,9%
Sem elementos	35	16,5%
TOTAL	212	100%

Avaliando-se a resposta ao segundo quesito oficial relativo ao crime de lesão corporal (Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?), exclusivamente nos casos em que a resposta ao primeiro quesito foi afirmativa, construiu-se a tabela 9. A “resposta prejudicada” ao segundo quesito, quando o primeiro foi respondido afirmativamente (sim) foi encontrada em um caso, no qual a criança apresentava cicatrizes. A resposta “sem elementos para afirmar ou negar” foi utilizada neste quesito nos casos em que a lesão encontrada era uma cicatriz.

TABELA 9
Respostas ao segundo quesito – Perícia de LC.

Resposta ao segundo quesito	Número de casos	Percentual
Contundente	159	91,9%
Cortante	1	0,6%
Físico	1	0,6%
Físico-químico	1	0,6%
Associação instrumentos	4	2,3%
Sem elementos	6	3,4%
Resposta Prejudicada	1	0,6%
TOTAL	173	100%

Em nenhuma das perícias foi citada avaliação da compatibilidade cronológica ou instrumental das lesões encontradas.

Avaliando-se a resposta ao terceiro quesito oficial relativo ao crime de lesão corporal (A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura, ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que podia resultar perigo comum?), exclusivamente nos casos em que a resposta ao primeiro quesito foi afirmativa, construiu-se a tabela 10. Nos dois casos em que a resposta ao terceiro quesito foi “sim”, tratava-se de situações envolvendo queimaduras, tendo um deles sido positivo para “fogo” e o outro para “crueldade pela queimadura”.

TABELA 10
Respostas ao terceiro quesito - Perícia de LC.

Resposta ao Terceiro quesito	Número de casos	Percentual
Não	131	75,7%
Sem elementos	40	23,1%
Sim	2	1,2%
TOTAL	173	100%

Dos casos com resposta afirmativa ao primeiro quesito (173), somente um caso (0,6%) teve resposta afirmativa ao quarto quesito do crime de lesão corporal (Da ofensa resultou perigo de vida?) e refere-se a um caso de um bebê que foi deixado aos cuidados do pai, tendo sido encontrado em crise convulsiva. Durante a perícia desse caso, foi apresentada aos peritos tomografia de crânio onde foi encontrada imagem compatível com coleção hemorrágica intracraniana, citada no histórico do laudo. No exame físico é descrita uma tumefação em couro cabeludo em região parietal, sem outros achados. Todas as demais perícias tiveram resposta negativa ao quarto quesito. Nenhum dos casos com resposta afirmativa ao primeiro quesito teve resposta afirmativa ao quinto quesito (Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias?). Em nove casos foi sugerida a realização de exame complementar. Da mesma forma, nenhum dos 173 casos com evidências de lesão teve resposta afirmativa ao sexto quesito (Da ofensa resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente?) e em 10 casos foi sugerida a realização de exame complementar. Os nove casos nos quais foi sugerido exame complementar na resposta ao quinto quesito tiveram também a mesma solicitação na

resposta ao sexto quesito. Desses, apenas em dois casos consta retorno ao IML-BH para exame complementar em varredura feita até 18 meses da data do primeiro exame. Um dos casos retornou 36 dias após o primeiro exame e o outro 47 dias após, e em ambos a resposta foi negativa para os dois quesitos do exame complementar, equivalentes ao quinto e sexto quesitos do exame de LC. O único caso em que foi solicitado exame complementar exclusivamente para avaliação do sexto quesito, tendo o quinto quesito sido respondido de maneira negativa já no primeiro exame, tratava-se de uma lesão dentária. O paciente desse caso retornou para exame complementar 6 meses após o primeiro exame, e teve a resposta aos dois quesitos também negativa.

6 DISCUSSÃO

O atendimento da criança supostamente agredida passa por diversas etapas. Inicialmente essa agressão é suspeitada por alguém, seja o responsável, o professor, os vizinhos, o médico. Após essa suspeita, caminhos diferentes podem ser tomados, mas um caminho relativamente consensual é a comunicação ao Conselho Tutelar. Apesar do artigo 136 do ECA, no seu parágrafo III, citar que o Conselho Tutelar “pode” requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, não é consenso se o Conselheiro Tutelar teria “autoridade” para a requisição de perícia criminal. A principal justificativa para o entendimento de que o conselheiro tutelar não poderia requisitar perícias reside no fato do médico-legista trabalhar com perícias “criminais”, e seria adequado que esse exame retornasse a uma autoridade do âmbito criminal, pois esta avaliaria melhor os resultados, vislumbrando “delitos” que poderiam escapar da percepção do indivíduo não especializado. Com essa limitação, o Conselho Tutelar se vê coagido a buscar outras instituições para a investigação da denúncia. Usualmente recorrendo à Polícia Civil, o Conselho Tutelar consegue uma requisição de exame de “Lesões Corporais”, encaminhando a vítima ao Instituto Médico-Legal. O Delegado de Polícia, o Promotor ou o Juiz também recebem diretamente denúncias de atos de violência contra a criança. Na investigação dos fatos, necessitam da participação de um médico “perito em avaliação de lesões”, e convocam os legistas para realizarem os exames. Todos esses caminhos criam uma grande expectativa a respeito da perícia médico-legal. Resta-nos saber, no entanto, se o exame realizado cumpre com essas expectativas. A avaliação de variáveis diversas ligadas ao exame de LC, como o horário dos exames, quem conduz as crianças para tal, quais informações são levantadas pelo perito e o que é examinado, dentre outras, pode auxiliar na avaliação da eficácia do sistema, e na proposição de melhorias.

A leve predominância de indivíduos do sexo masculino (56,1% dos casos) na amostra estudada corrobora dados da literatura que dispõe esses indivíduos como mais propensos a sofrerem agressões. Culturalmente é mais aceitável tanto a “correção disciplinar” física em indivíduos do sexo masculino quanto o fato desses indivíduos serem mais “merecedores” de medidas corretivas efetuadas com uso de força física, o que pode explicar parcialmente essa predominância.

Como este estudo usou o conceito de criança do ECA, somente foram incluídas perícias de indivíduos com idade de 0 a 12 anos incompletos. A distribuição dos casos

segundo a idade ocorreu de maneira heterogênea. A idade com maior grupo de perícias foi a de 11 anos, com 11,8% dos casos, porém o segundo lugar em incidência restou aos indivíduos de apenas 4 anos, com 10,8% dos casos. Considerando que culturalmente “educação” e “disciplina” são justificativas usadas para emprego de força física, o encontro de 13,6% das perícias em indivíduos com até 1 ano de idade coloca em dúvida essa assertiva. Ressaltando-se o fato de que as crianças muito novas, especialmente abaixo dos 3 anos de idade, têm limitações naturais na expressão verbal, o que poderia favorecer a ocultação dos casos de agressão a essas vítimas, essa incidência significativa fica ainda mais preocupante. Por lógica, seria de se esperar que as crianças de maior idade compusessem claramente o maior grupo, ao possuir “autonomia” para denunciar a agressão sofrida, especialmente aquelas com idade escolar, quando teriam aumentadas as chances de convívio social e detecção do problema pela sociedade. Imagina-se, porém, que os profissionais responsáveis por denunciar práticas de violência contra a criança, como médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde, sejam especialmente omissos nos casos de crianças com maior idade, por crenças individuais, questões culturais, etc. A repulsa despertada diante da evidência de violência em um lactente indefeso é mais difícil de ser contida.

A complexidade do tema “violência doméstica contra a criança” é realçada durante a análise de qualquer ponto de expressão do fenômeno. Um desses pontos é, a título de exemplo, o aporte da vítima de agressão ao IML-BH para realização de perícia de LC, em relação ao dia da semana. Mesmo considerando que o final de semana prolongaria o contato dos agressores mais frequentes, que são os pais, com sua vítimas, e que as perícias desse tipo seriam mais comuns nesses dias, os resultados ora obtidos contrariam esse raciocínio. Avaliando-se o dia de realização das perícias é visto, paradoxalmente, um maior aporte dos casos ao IML-BH nos primeiros dias úteis da semana, com 50% dos casos atendidos nas segundas e terças-feiras. O IML-BH funciona de maneira ininterrupta 24 horas por dia, todos os dias da semana, porém considera-se que o fator cultural, levando a população a acreditar que esse serviço público não possui atendimento adequado nos finais de semana, pode explicar esse maior aporte nos primeiros dias úteis, com a demanda reprimida dos finais de semana. Muitas delegacias localizadas em bairros não funcionam em finais de semana, o que dificultaria o acesso a recurso nesses dias. Outra consideração é que, nos finais de semana, provavelmente os dois pais estariam juntos da criança, o que inibiria a tomada de providências legais de um deles contra o outro. Por fim, marcas deixadas pela violência podem ser detectadas no momento em que a criança comparece ao convívio social, como a escola, o que pode aumentar a suspeita de crime e a adoção de medidas legais protetoras nos dias úteis. Se

observarmos que a maior parte dos atendimentos ocorreu até 3 dias após a suposta violência, sendo os atendimentos centrados nos primeiros dias úteis, pode-se considerar que grande parte dos traumas ocorreu nos finais de semana, o que facilita o entendimento do evento.

Quando da anamnese prévia ao exame, apesar das afirmações conservadoras de que o histórico deva ser sucinto³⁰, é salutar que o perito pergunte a respeito de “quando ocorreu a lesão”, “em que topografia corporal”, “qual o mecanismo causador de lesão” e se foi dado “algum tipo de tratamento”. Do ponto de vista médico-legal, essas informações podem, em combinação com o exame físico, auxiliar na avaliação de compatibilidade cronológica entre a época da lesão e seu estado evolutivo, no rastreamento de pequenas lesões na superfície corporal em locais de pouca exposição, como regiões retro-auriculares, interdigitais, sulco interglúteo, planta dos pés, períneo, etc., na avaliação de compatibilidade entre o mecanismo relatado e a lesão encontrada e no encontro de eventuais interferências que tratamentos podem apor às lesões, respectivamente. Em se tratando do crime de maus-tratos, no entanto, é de especial interesse “quem é o suposto agressor”. É doutrinário na Medicina Legal que o perito não deve se deixar influenciar pelo histórico, pois suas conclusões são sempre fundamentadas nos achados periciais, mas o histórico bem colhido, além de auxiliar no exame físico, pode fazer do perito, no mínimo, uma “testemunha” de que aquelas informações foram prestadas, anotando sempre quem as informou. Como a coleta de informações no histórico durante a perícia de LC não estava padronizada na época das perícias aqui estudadas, esses históricos encontravam-se heterogêneos, variando de pormenorizados a completamente superficiais. A informação da época ou dia em que teria ocorrido a lesão, por exemplo, constava em apenas 67,4% dos casos estudados, somente sendo possível estudar a chamada “demora” (relação entre a data da agressão e a data do exame) nesses indivíduos. Dos casos que possuíam essa informação, 74,8% das perícias foram realizadas até 3 dias depois do dia relatado como da agressão. Na análise do subgrupo no qual foram detectadas evidências de lesões, a informação da época da agressão permanece baixa. Esse fato sugere que a citação no laudo da suposta época da agressão não é uma preocupação universal dos médicos, a despeito da possibilidade de detecção de incoerências entre a época relatada do trauma e a fase evolutiva temporal das lesões surpreendidas. Outro dado de interesse é que o tempo encontrado de demora até a perícia é relativamente curto, se contextualizado às dificuldades econômico-culturais de nossa população para acesso a recursos.

O formulário anexo à portaria 1968³² contém várias informações de interesse para auxílio no esclarecimento das questões envolvidas na violência contra a criança. Curiosamente, essa portaria somente se aplica aos serviços de atendimento pelo Sistema

Único de Saúde (SUS). Caso esse formulário devidamente preenchido fosse realmente disponibilizado para as autoridades envolvidas na questão, certamente agregaria informações à investigação. A carência de dados adequados quando da perícia médico-legal é um fator que prejudica sobremaneira os resultados da investigação e o não envio dessas informações através de relatórios de atendimento médico é mais um fator que prejudica os resultados.

A distribuição de horários de realização das perícias favoreceu o período da tarde e o início da noite, que juntos englobavam 76,9% dos casos. O fato de se tratarem de crianças, a disponibilidade do acompanhante e fatores já citados com relação à distribuição semanal, como a inibição pelo suposto agressor nos horários da madrugada, por exemplo, podem explicar essa distribuição. Aceitando-se que as providências se iniciaram na manhã, como a ida à Delegacia ou ao Conselho Tutelar, também é natural que as perícias sejam feitas à tarde ou início da noite.

Somente constava a informação de quem acompanhava o exame da criança no IML-BH em 74,1% dos casos, demonstrando que não existia rotina para anotação do acompanhante à época dessas perícias. Dentre as perícias que continham a informação de quem havia sido o acompanhante, a mãe foi a mais comumente citada. Esse dado pode refletir o papel da mãe como cuidadora principal dos filhos, devido à estrutura social. O pai esteve presente em 23 casos, sendo superado até mesmo pelo acompanhamento do Conselho Tutelar, que acompanhou 26 casos.

A anotação pelo perito do suposto agressor poderia auxiliar a Autoridade condutora da investigação no discernimento de qual caminho a seguir, incluindo em qual artigo criminal enquadrar o fato. Infelizmente, essa informação também não é colhida de forma padronizada, talvez pela concepção de que essa não seria a função do perito legista. Como um dos filtros da pesquisa foi a presença da informação sobre o suposto agressor e essa informação não estava devidamente caracterizada em mais da metade dos casos, houve uma grande perda de dados (vide refinamento do banco de dados). Nos 212 casos em que foi possível recuperar a informação do suposto agressor e este preenchia critérios para o enquadramento no crime de maus tratos, o genitor foi o sujeito mais acusado da autoria, sendo encontrado em 44,3% dos casos (94). A genitora ocupou a segunda posição em relação à acusação de autoria, perfazendo 27,4% dos casos (58). O padrasto ou companheiro da mãe ocupou a terceira posição nas suspeitas de autoria, em 14,2% dos casos (30), mas deve ser lembrado que o trabalho não avaliava abuso do tipo sexual, culturalmente imputado a esses indivíduos. Dado interessante foi o encontro de babás e professores como supostos agressores, já que também poderiam ser enquadrados no crime de maus-tratos, dada a sua relação com a vítima. Apesar

da literatura sugerir que a mãe seja a agressora mais frequente, é bom lembrar que a mãe foi o acompanhante mais encontrado na análise desta casuística e, como informante, acusou especialmente o pai. Esses dados podem ajudar a compreender porque, por outro lado, a figura paterna foi menos presente até mesmo que o Conselho Tutelar como acompanhante dos periciados.

Dos 173 indivíduos com evidências de lesões, quase metade (48,6%) as apresentavam em mais de um segmento do corpo, sugerindo mais de um movimento agressor. A predominância do segmento cefálico como o mais comumente atingido confirma dados da literatura e sugere que essas lesões, talvez pela maior dificuldade de ocultação, tenham provocado maior investigação, incluindo perícia. A imensa maioria das lesões foi detectada pela simples ectoscopia. Em apenas 3,5% dos casos o diagnóstico pode ter sido incrementado com a palpação.

Como o conceito de saúde é vasto, tende o perito a centrar-se no conceito “integridade física” na resposta ao primeiro quesito. À luz da verdade, o exame clínico que constitui a perícia somente é capaz de perceber alterações funcionais grosseiras ou alterações superficiais, especialmente no tecido de revestimento. É razoável entender que a presença de alterações indicativas de lesão leve o perito à resposta “sim” ao primeiro quesito, o que aconteceu em 81,6% dos casos. Na ausência dessas alterações, no entanto, a resposta esperada a esse quesito, do ponto de vista técnico, seria unicamente “sem elementos para afirmar ou negar”. Fato intrigante é o encontro de 1,9% dos casos (4) nos quais a resposta ao primeiro quesito foi “não”. Uma interpretação possível desses dados é a de que os peritos tenham sido influenciados pelo histórico e, quando neste não existe informação de agressão, aliado a ausência de evidências externas de lesões, restaria a resposta “não”.

A “resposta prejudicada” a um quesito equivale à afirmativa de que aquele quesito “não se aplica”, devido ao fato de depender de resposta positiva que não ocorreu em quesito anterior. No único caso de resposta prejudicada ao segundo quesito em que ocorreu resposta positiva ao primeiro, talvez o perito tenha querido informar que a “análise do instrumento ou meio” foi prejudicada pelo estado cicatricial. Nesse caso, a resposta mais adequada teria sido “sem elementos para afirmar ou negar” devido ao estado cicatricial. Esses dados sugerem uma influência dos históricos nas respostas aos quesitos criminais, fato tecnicamente temerário.

O instrumento foi determinado em 96% dos casos nos quais foram encontradas evidências de lesões. O instrumento “contundente” esteve presente em 91,9% dos casos. A clara predominância das lesões de pele (96,5%) nos casos de violência contra a criança é parcialmente explicada por sua facilitação da suspeita. Deve-se lembrar, no entanto, que até a

pigmentação da pele pode interferir nesse diagnóstico, podendo torná-lo mais difícil em crianças melano ou feodermas.

A complexidade do texto do terceiro quesito oficial para o crime de lesões corporais já denota a dificuldade de resposta adequada. Uma estratégia de resposta a esse quesito é a de decompô-lo em seus itens, respondendo separadamente um a um. Assim, o perito pode assinalar, por vezes, a presença de sinais do uso de veneno, fogo, explosivo ou asfixia durante o exame, negar a presença desses ou revelar a sua impossibilidade de resposta, através do jargão “sem elementos para afirmar ou negar”. Com relação à averiguação pericial de tortura, novamente o conceito genérico se mistura ao conceito legal. Do ponto de vista de crime, “tortura” tem lei própria, e nunca o perito poderia afirmá-la. Do ponto de vista de “sinais físicos de tortura”, nem mesmo a literatura tem um consenso razoável a respeito, pois vendo os sinais, dificilmente se caracterizaria a intenção. De toda forma, caberia uma associação meticulosa do exame físico ao histórico e outros elementos da investigação, o que doutrinariamente não cabe ao perito médico-legista. Ainda restaria a constatação de “outro meio insidioso ou cruel”, que a Doutrina Médico-legal, especialmente a Mineira, entende escapar à capacidade de avaliação do médico-legista, já que são termos imprecisos, extrapolando o limiar técnico. Novamente, a resposta mais adequada a esse quesito, especialmente aos itens de “tortura” ou “outro meio insidioso ou cruel” seria “sem elementos para afirmar ou negar”, porém a resposta predominante foi “não”.

O conceito de “perigo de vida”, envolvido no quarto quesito, seria específico para situação de real ameaça à vida, usualmente exigindo tratamento médico imediato. Assim, no único caso que teve esse quesito respondido de maneira afirmativa (0,6%) dentre os indivíduos com lesões detectadas ao exame físico, essa resposta fundamentou-se exclusivamente na análise de um exame complementar de imagem. Habitualmente essa informação seria insuficiente para a caracterização de “perigo de vida”, já que, mesmo com a coleção hemorrágica intracraniana da forma que foi citada, a criança poderia não ter necessitado de nenhum cuidado médico especial, tendo sofrido somente o risco à vida. Se o fornecimento de relatórios médicos bem construídos para as vítimas de traumas fosse uma prática cotidiana, o perito, diante dessa documentação, especialmente se evidenciasse situações como hemorragias vultuosas, coma, necessidade de assistência ventilatória de emergência, etc., teria maiores subsídios para caracterização do “perigo de vida”. Na prática pericial, raras vezes essa documentação é citada.

Como a resposta pericial é, via de regra, diagnóstica e não prognóstica, e as perícias são, em sua predominância, realizadas poucos dias após a agressão, é natural a ausência de

repostas afirmativas ao quinto quesito na amostra estudada. Do ponto de vista prático, ao sugerir novo exame, entende-se que o perito tenha vislumbrado a possibilidade de lesão de maior gravidade. O retorno de apenas 3 dos 10 casos nos quais fora sugerido reflete parte das dificuldades para apuração das situações criminais.

O sexto quesito, da mesma forma que o terceiro, refere-se a diversas situações em um único tópico. Novamente a abordagem “em separado” surge como aparentemente mais lógica do ponto de vista técnico. Considerando que o transitar processual não pode aguardar indefinidamente o resultado pericial, e que o prazo cicatricial de recomposição anatômico-funcional de um ano é o suficiente para a grande maioria dos casos, entende-se que a debilidade que permanece por um ano pode ser configurada como permanente. Obviamente, se a perícia for realizada em um tempo posterior e essa debilidade não existir, ela não poderá ser caracterizada como permanente, mesmo que documentações médicas demonstrem que ela persistiu por um ano. Devido à necessidade desse período, é comum a solicitação, pelo perito, de “exame complementar com um ano da data do evento traumático”, possibilitando adequada qualificação. A incapacidade permanente para o trabalho do ponto de vista criminal deveria se ater ao trabalho genérico. Assim, mesmo um pianista que perdesse uma mão como resultado de uma lesão não teria incapacidade para o trabalho genérico. As perdas relacionadas aos impedimentos a trabalhos específicos são abraçadas pelos processos civis, escapando da esfera criminal, que é a seara da Medicina Legal. A deformidade permanente é especialmente importante quando envolve a face do indivíduo, mas não se restringe a ela. Pode comprometer a simetria e manifestar-se com o movimento, como uma paralisia de ramo facial, por exemplo. Do ponto de vista criminal, deve ser de maneira genérica, não importando as individualidades do periciado lesado. Em nenhum dos casos, qualquer dos itens do sexto quesito teve resposta positiva, mesmo em exames complementares.

De todos os casos nos quais foram evidenciados sinais de agressão física, somente um teve o agravante penal constatado em perícia do IML-BH, que foi aquele no qual foi entendido tratar-se de “sim” para perigo de vida, um qualificador do Parágrafo Primeiro do artigo 129 do Código Penal. Mesmo esse caso teve essa qualificação de forma questionável. De todos os outros, restou ao perito a constatação ou não de evidências superficiais de lesões, o que poderia ter sido feito por qualquer outro profissional médico. Os qualificadores elencados no Parágrafo Nono do mesmo artigo, como envolvem definição de autoria, não são definidos pelos peritos médicos.

A caracterização das situações investigadas por vezes exige, previamente a qualquer outra análise, a realização do exame físico. A limitação do Conselho Tutelar em solicitar

perícias nos casos de violência contra a criança na região metropolitana de Belo Horizonte em nada contribui para o adequado atendimento desses casos, constituindo mais uma barreira burocrática que dificulta o atendimento das vítimas.

Dentre as múltiplas limitações impostas a este estudo, destaca-se o fato de tratar-se de uma avaliação retrospectiva de um tipo de exame realizado por diferentes indivíduos de forma pouco padronizada, o que levou a uma grande perda de informações. A carência de informação mais abrangente sobre o andamento dos casos, especialmente sobre de que forma foi gerada a necessidade de exame e como o resultado desse exame foi utilizado na investigação, também prejudicou a avaliação da eficácia da perícia. Mesmo a confusão conceitual a respeito do que seria “maus-tratos” e qual a relação com o crime e a perícia de LC, dificultou ainda mais o entendimento da questão e a compreensão dos resultados. Considerando-se que o refinamento dos casos se baseou na presença de informações do histórico, deve-se lembrar da possibilidade de ocorrência de vício dessa amostragem, já que foram privilegiados os casos com informações sobre possíveis agressores, e essas podem ser colhidas por apenas um grupo dos examinadores.

7 CONCLUSÕES

Avaliando-se as informações dispostas neste trabalho, observa-se que falta uma estrutura adequada de suspeição, condução e perícia das crianças vítimas de violência na região metropolitana de Belo Horizonte, e que, a despeito da expectativa social do que seria “investigado” durante o exame no IML-BH, este cumpriu muito mais um papel burocrático de qualificar a lesão do que qualquer contribuição à investigação do fato propriamente dito nos casos estudados, pouco ou nada adicionando a um exame médico ectoscópico usual.

8 COMENTÁRIOS FINAIS

Ao perito não cabe simplesmente o papel de anotar as lesões superficiais e responder de maneira simplória os “quesitos oficiais”, pois, agindo assim, a Medicina Legal está contribuindo pouco para a investigação dos casos de violência doméstica contra a criança.

Entende-se que o atendimento à criança suspeita de ter sido vítima de violência deveria ser tratado de maneira mais abrangente, com centros de atendimento de referência nos quais conselheiros tutelares com adequada formação, médicos treinados de várias especialidades e recursos diagnósticos, psicólogos e assistentes sociais pudessem se dedicar à investigação dos casos. Um centro de atendimento médico de trauma, como é o caso do Hospital João XXIII, é o que mais se aproximaria desse desenho. Com relação aos ritos processuais do Direito, nada impediria que, diante de relatórios multiprofissionais bem elaborados, o médico-legista treinado emitisse seu parecer ou mesmo laudo indireto.

O exame de LC em crianças da maneira como era realizado até julho de 2007, respondendo quesitos relativos a um crime que nem sequer sabe-se se é o que está sendo investigado, não deve contribuir para adequado tratamento da questão da violência contra a criança. Os quesitos ditos “oficiais” são da década de 50. Caso se entenda que cabe à Medicina Legal o papel da “perícia” dos casos de violência contra as crianças, muito deve ser feito na melhoria desse exame, e urge uma revisão criteriosa dos quesitos.

A Medicina Legal Mineira tem passos importantes a tomar neste início de século, momento no qual seu quadro funcional foi fortemente renovado, com metade dos peritos recém-chegados à profissão. Parece o momento de o Médico Legista tornar-se mais investigativo, parece hora de avançar.

REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Código Penal Brasileiro**: Decreto Lei 2.848/1940 de 07/12/1940. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>>. Acesso em: 03 fev. 2009.
- 2- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na Infância e na adolescência**. Rio de Janeiro, 2001. 40 p.
- 3- BACKES, D.I. **Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para o uso na prática de enfermagem**. Disponível em: <<http://www.pericias-forenses.com.br/indic.htm>>. Acesso em: 24 ago. 2008.
- 4- PIRES, A. L. D. et al. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, ano 2, n. 24, p.2-6, dez. 2005.
- 5- VANRELL, J. P. **Maus-tratos na infância: aspectos bio-psico-sociais**. Disponível em: <<http://www.pericias-forenses.com.br/maustratos.htm>> . Acesso em: 24 ago. 2008.
- 6- SANTOS, H. O. **Síndrome da Criança Abusada e Negligenciada**. Kplus, 01/03/2000. Disponível em: <<http://kplus.cosmo.com.br/materia.asp?co=22&rv=Direito>>. Acesso em: 03 fev. 2009.
- 7- PIRES, A.L.D.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 42-49, jan-mar., 2005.
- 8- RICAS, J.; DONOSO, M.T.V. Maus tratos na infância: reflexões. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 306-310, jul/set. 2006.
- 9- **CÓDIGO DE HAMURABI**. Disponível em <<http://www.cpihts.com/PDF/C%20C3%B3digo%20hamurabi.pdf>>. Acesso em: 3 de fev. 2009.
- 10- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 28 de fev. 2009.
- 11- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 2. ed. Brasília, 2003.
- 12- ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Decreto 5.141 de 1956 – Aprova o formulário de quesitos oficiais**. Disponível em: <http://hera.almg.gov.br/cgi-bin/nph-brs?d=NJMG&f=G&l=20&n=&p=1&r=1&u=http://www.almg.gov.br/njmg/chama_p>

esquisa.asp&SECT1=IMAGE&SECT2=THESOFF&SECT3=PLUROFF&SECT6=HITIMG&SECT7=LINKON&SECT8=DIRINJMG&SECT9=TODODOC&co1=E&co2=E&co3=E&s1=Decreto&s2=5141&s3=&s4=> Acesso em: 3 de fev. 2009.

- 13- MARTINS, C.H.M.A. **Síndrome de maus-tratos na infância (SMTI)**. Kplus, 01/02/2000. Disponível em: <<http://kplus.cosmo.com.br/materia.asp?co=37&rv=Direito>>. Acesso em: 3 fev. 2009.
- 14- GRANVILLE-GARCIA, A.F. et al. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa. v. 6, n. 1, p. 65-70, jan-abr. 2006.
- 15- FERREIRA, L.A.M.; PENHA, J.A. **A responsabilidade médica em relação aos maus tratos de criança e do adolescente e a legislação menorista**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.recriaprudente.org.br/abre_artigo.asp?c=13>. Acesso em: 3 fev. 2009.
- 16- SANTA CATARINA. Ministério Público Estadual. **Caderno de maus-tratos contra crianças e adolescentes para profissionais de saúde**. Disponível em: <www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/cij/programas/apomt/textos_parceiros/s_caderno_maustratos.doc>. Acesso em: 31 jan. 2009.
- 17- COSTA, F; SAUS, J.C.; CAMARGO, R.S. Síndrome de Caffey – Odontologia Legal. Medicina Legal, 08/03/2005. Disponível em: <<http://www.medicinalegal.com.br/a4.htm>>. Acesso em 30 jan. 2009.
- 18- BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**. Brasília, 2002. 43 p.
- 19- TERREROS, I.G.; URBANO, I.S.; MARTIN, M.M. Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. **Cuadernos de Medicina Forense**, Sevilla. v. 12, n. 43, p. 21-37, jan-abr. 2006.
- 20- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Estatuto da criança e do adolescente: guia para profissionais de Saúde**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004. 36 p.
- 21- MACHADO, N.J.M. **Tortura e maus tratos contra criança e adolescente – distinções**. In: Seminário Nacional sobre “Eficácia da Lei da Tortura”, 11, 2000, Brasília - DF. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/denunciar/tortura/textos/nilton.html>>. Acesso em: 3 fev. 2009.
- 22- SWERDLIN, A.; BERKOWITZ, C.; CRAFT, N. Cutaneous signs of child abuse. **Journal of the American Academy of Dermatology**, New York, v. 57, n. 3, p.371-392, sept. 2007.
- 23- RICAS, J.; DONOSO, M.T.V.; GRESTA, M.L. A violência na infância como uma questão cultural. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 151-154, jan/mar. 2006.

- 24- LEITE, C.N.; OLIVEIRA, R.K.F.; CAMERINI, M.B. et al. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 13, n. 1, p. 22-26, jan-mar. 2006.
- 25- BRAZ, M.; CARDOSO, M.H.C.A. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 91-97, jan. 2000.
- 26- BASTOS, J. J. C. Maus-tratos: interpretação do código penal e confronto com o delito de tortura. **Jus Navegandi**, Teresina, ano 12, n. 1813, 18 jun. 2008. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=11397>>. Acesso em: 3 fev. 2009.
- 27- COSTA, M.C.O.; CARVALHO, R.C.; BÁRBARA, J.F.R.S. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 5, p. 1129-1141, set/out. 2007.
- 28- GOMES, H. **Medicina Legal**. 33.ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2003. 566p.
- 29- FRANÇA, G.V. **Medicina Legal**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 579p.
- 30- MADRUGA, A.A. **As respostas aos quesitos dos laudos médico-legais de lesões corporais**. Associação Brasileira de Medicina Legal. Disponível em: <<http://abmlmedicina.dominiotemporario.com/Artigos/quesitospublicacao.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2009.
- 31- HERCULES, H.C. **Medicina Legal** Texto e Atlas. São Paulo: Atheneu, 2005. 714p.
- 32- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria número 1.968 de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/portaria_1968.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2009.

ANEXO I – Carta de Aprovação do COEP

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 428/08

**Interessado(a): Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 1º. de outubro de 2008, o projeto de pesquisa intitulado "**Análise das perícias de lesões corporais em crianças no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO II – Ata da Defesa da Dissertação


**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **JOÃO BATISTA RODRIGUES JÚNIOR**, nº de registro 2007667040. Às oito horas e trinta minutos do dia **vinte e quatro de dois mil e nove**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em-exame final, o trabalho final intitulado: **“ANÁLISE DAS PERÍCIAS DE LESÕES CORPORAIS REALIZADAS EM CRIANÇAS NO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS NO PERÍODO DE 1 ANO”**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira/Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. André Luiz Barbosa Roquette	Instituição: FUMEC	Indicação: <u>APROVADO</u>
Prof. Rui Lopes Filho	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>

Pelas indicações o candidato foi considerado Aprovado.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 24 de março de 2009.

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira/Orientador Alexandre Rodrigues Ferreira

Prof. André Luiz Barbosa Roquette André Luiz Barbosa Roquette

Prof. Rui Lopes Filho Rui Lopes Filho

Prof. Joel Alves Lamounier/Coordenador Joel Alves Lamounier

PROF. JOEL ALVES LAMOUNIER
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Joel
CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação



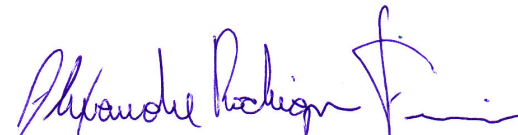
**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Alexandre Rodrigues Ferreira, André Luiz Barbosa Roquette e Rui Lopes Filho, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“ANÁLISE DAS PERÍCIAS DE LESÕES CORPORAIS REALIZADAS EM CRIANÇAS NO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS NO PERÍODO DE 1 ANO”** apresentada pela mestrandia **JOÃO BATISTA RODRIGUES JÚNIOR** para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 24 de março de 2009.


Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira
Orientador


Prof. André Luiz Barbosa Roquette


Prof. Rui Lopes Filho