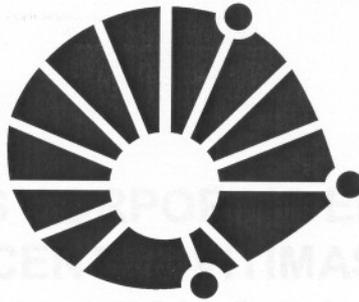


FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



UNICAMP

JOSÉ CARLOS DA SILVA CAMPOS
MÉDICO LEGISTA

**LESÕES CORPORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR NA REGIÃO DA
GRANDE VITÓRIA**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, para
obtenção do grau de Mestre em
Odontologia Legal e Deontologia.

PIRACICABA

- 2006 -

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

JOSÉ CARLOS DA SILVA CAMPOS

LESÕES CORPORAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR NA REGIÃO DA GRANDE VITÓRIA

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do grau de Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.

ORIENTADOR:

Dr. Ronaldo Seichi Wada

CO-ORIENTADOR:

Dr. Eduardo Daruge

Banca Examinadora

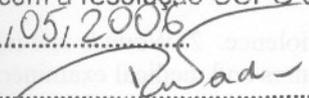
Dr. Ronaldo Seichi Wada

Dra. Cláudia Maria de A. Sampaio

Dr. Eduardo Daruge

Este exemplar foi devidamente corrigido,
de acordo com a resolução CCPG 036/83.

CPG, 12/05/2006


Assinatura do Orientador

Suplentes

Dr. José Roque Camargo

Dr. Eduardo Daruge Júnior

PIRACICABA

- 2006 -

UNIDADE BC
Nº CHAMADA UNICAMP
C157L
V _____ EX _____
TOMBO BCI 69411
PROC 1612306
C _____ D X
PREÇO 11,00
DATA 27/02/06
Nº CPD BIB-10393519

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Sueli Ferreira Julio de Oliveira – CRB-8ª. / 2380

C157L Campos, José Carlos da Silva.
Lesões corporais em crianças e adolescentes vítimas de violência familiar na região da Grande Vitória. / José Carlos da Silva Campos. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2006.
Orientadores: Ronaldo Seichi Wada, Eduardo Daruge.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
1. Violência na família. 2. Ferimentos e lesões. 3. Criança. 4. Adolescente. 5. Medicina forense. 6. Médicos legistas. I. Wada, Ronaldo Seichi. II. Daruge, Eduardo. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.
(sfjo/fop)

Título em inglês: Corporal lesions in children and teenagers victims from family violence in the Grande Vitória region.
Palavras-chave em inglês (Keywords): 1. Family violence. 2. Wounds and injuries. 3. Child. 4. Teenager. 5. Forensic Medicine. 6. Coroners and medical examiners.
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia.
Titulação: Mestre em Odontologia Legal e Deontologia.
Banca examinadora: Ronaldo Seichi Wada, Cláudia Maria de A. Sampaio, Eduardo Daruge.
Data da defesa: 10/02/2006.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, em sessão pública realizada em 10 de Fevereiro de 2006, considerou o candidato JOSÉ CARLOS DA SILVA CAMPOS aprovado.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "R. Wada", is written above a horizontal line.

PROF. DR. RONALDO SEICHI WADA

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Claudia Maria de Almeida Sampaio", is written above a horizontal line.

PROFa. DRa. CLAUDIA MARIA DE ALMEIDA SAMPAIO

A large, stylized handwritten signature in black ink is written above a horizontal line. The signature is highly cursive and difficult to decipher.

PROF. DR. EDUARDO DARUGE

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. **Ronaldo Seichi Wada**, o meu agradecimento pela forma correta com que me orientou e pelas valiosas sugestões, que muito contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.
- Ao Prof. Dr. **Eduardo Daruge**, pela acolhida no Curso de Odontologia Legal, pela amizade e grande exemplo de pesquisador dedicado à verdade e à ciência.
- Ao Prof. **Eduardo Daruge Júnior**, pelo incentivo e amizade.
- À Diretora do Departamento Médico Legal de Vitória, Dra. **Kátia Souza Carvalho**, pela amizade, compreensão e colaboração constantes, que tornaram possível a realização deste trabalho.
- Ao Prof. **Eduardo Hebling**, pela amizade, estímulo e auxílio na publicação científica.
- Aos colegas e amigos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (**EMESCAM**), escola que é parte importante da minha vida e estímulo maior para a renovação e aprendizado.
- A todos os demais Professores do Programa de Odontologia Legal e Deontologia da FOP/UNICAMP, pelo carinho, atenção e exemplo de competência.
- Aos colegas do Programa de Pós-Graduação da FOP-UNICAMP pela convivência saudável, carinho e incentivo.
- À **Célia**, pela amizade, a paciência que sempre me dedicou e pela competência junto à Secretaria do Curso de Odontologia Legal.
- Às bibliotecárias da FOP/UNICAMP, **Marilene, Lurdes, Cidinha**, e demais auxiliares, pela grande ajuda prestada na pesquisa e correção do trabalho.
- A **todos os funcionários** da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, sem exceção.

SUMÁRIO

Índice	Descrição do conteúdo	Pág.
LISTAS DE ILUSTRAÇÕES		
Lista de Tabelas		1
Lista de Figuras		3
RESUMO		5
ABSTRACT		7
1. INTRODUÇÃO		9
2. REVISÃO DA LITERATURA		21
3. PROPOSIÇÃO		43
4. MATERIAL E MÉTODOS		45
5. RESULTADOS		47
6. DISCUSSÃO		83
7. CONCLUSÃO		98
REFERÊNCIAS		101
ANEXOS		111

Lista de Tabelas

Nº Tabela	Descrição do conteúdo	Pág.
1	Quantidade de perícias no Departamento Médico Legal de Vitória de 1994 a 2003.	47
2	Número de casos de crianças e adolescentes, divididos por sexo.	49
3	Percentual e número de casos, segundo a idade das vítimas.	50
4	Distribuição das vítimas por idade e sexo.	51
5	Agressores mais freqüentes	53
6	Número de agressores por episódio de agressão.	54
7	Objeto ou meio utilizado nas agressões.	56
8	Tipos de lesões observados nos 806 casos com lesões visíveis.	59
9	Lesões dos casos que apresentaram um único tipo de lesão.	60
10	Lesões dos casos que apresentaram dois tipos combinados.	61
11	Lesões dos casos que apresentaram três tipos combinados.	61
12	Tipos de lesões nos casos de lesão única.	63
13	Regiões Corporais atingidas e quantidade de lesões.	65
14	Tipos de Lesões e sua freqüência nos membros superiores.	66
15	Tipos de Lesões da cabeça e sua freqüência.	66
16	Quantidade de lesões por regiões da cabeça.	67
17	Freqüência das lesões da cabeça, segundo o tipo de lesão.	69
18	Tipos de lesões e sua freqüência na região Bucal.	70

Lista de Tabelas – Cont.

Nº Tabela	Descrição do conteúdo	Pág.
19	Tipos de lesões e sua frequência na região Oral.	70
20	Casos de Lesões Dentárias	71
21	Distribuição das Lesões por Mordedura	73
22	Grupos de idade das vítimas da mesma família	75
23	Agressores nos casos de vítimas da mesma família.	75
24	Casos de irmãos gêmeos entre as vítimas	78
25	Gravidade Jurídica das Lesões	79
26	Número de Lesões nos Casos de Lesões Leves	80

Lista de Figuras

Nº Figura	Descrição do conteúdo	Pág.
1	Evolução dos principais tipos de perícias no período de janeiro de 1994 a dezembro de 2003.	48
2	Percentual de casos analisados em 2002 e 2003, segundo o sexo.	49
3	Número de casos analisados, segundo a faixa de idade.	50
4	Número e percentual de casos por município.	51
5	Os dez agressores mais freqüentes.	53
6	Tempo decorrido da agressão	55
7	Distribuição das agressões durante a semana.	55
8	Evidência de lesões ao exame.	58
9	Freqüência dos tipos de lesão por vítima.	60
10	Número de lesões por vítima	62
11	Localização da lesão nos casos de lesão única.	63
12	Distribuição de idade para os casos com lesão única.	64
13	Incidência das lesões nas diversas regiões corporais.	65
14	Regiões da face atingidas com a quantidade de lesões e percentuais	68
15	Freqüência das lesões na cabeça, segundo o tipo.	69
16	Casos na mesma família segundo o número de vítimas.	74
17	Regiões corporais mais atingidas no grupo de vítimas da mesma família.	77

RESUMO

A Violência Familiar representa uma das faces mais cruéis da violência, pois atinge pessoas indefesas, geralmente mulheres e crianças, nos seus próprios lares, ambiente que lhes deveria garantir proteção e bem-estar. Apesar das leis que visam garantir a defesa dos direitos das crianças e adolescentes, diversas formas de violência continuam a acometer diariamente estes seres em formação, produzindo pessoas psicologicamente desajustadas e propensas à continuidade do comportamento violento em suas relações. O presente trabalho analisa o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes vítimas de violência familiar na Região Metropolitana da Grande Vitória, nos anos de 2002 e 2003, examinadas no Departamento Médico Legal da citada região. Foi realizado um estudo retrospectivo dos laudos de Exame de Lesões Corporais dos arquivos daquele Departamento, sendo detectados 895 casos de crianças e adolescentes vítimas de agressões não-fatais impostas pelos seus familiares. Ao contrário de outros trabalhos, a maior parte das vítimas era do sexo feminino (567 – 63,35%), contra 328 (36,64%) do sexo masculino. Na maioria dos casos (482 – 53,85%) os principais agressores foram os pais biológicos, seguidos pelo padrasto (111 – 12,40%). A maior incidência de agressões se deu nos fins de semana e aconteceram por meio de trauma direto, com as próprias mãos, mas o uso de cinto e outros objetos caseiros foi relatado em 129 casos (14,41%). Em 89 casos (9,94%) as vítimas não apresentavam nenhuma lesão corporal visível. As lesões mais frequentes eram equimoses (479 – 53,42%), escoriações (400 – 44,69%) e hematomas (184 – 20,56%). As regiões corporais mais atingidas foram os membros superiores (390 – 43,58%), a cabeça (351 – 39,33%), os membros inferiores (269 – 30,06%) e a face posterior do tórax (180 – 20,11%). Na face, as regiões mais atingidas foram as orbitárias (79 – 8,83%), a frontal (74 – 8,27%) e a oral (69 – 7,71%). Em 54 circunstâncias houve várias vítimas da mesma família, totalizando 117 crianças ou adolescentes agredidos, em sua maioria, pelos pais biológicos. Foram observados 8 casos (0,89%) em que as vítimas eram irmãos gêmeos. De acordo com os critérios do Código Penal Brasileiro, a maior parte das crianças e adolescentes deste estudo sofreu um dano

físico classificado como Lesão Corporal de Natureza Leve, uma vez que não apresentaram um dano maior para a integridade física ou funcional.

ABSTRACT

Family Violence represents one of the cruelest faces of violence, because it affects defenseless people, women and children, mostly in their own homes, where protection and well-being are expected. Despite the laws focusing on the rights for children and teenagers, several forms of violence continue to psychologically affect children in such age group, promoting violent behavior in their relationship. The present work analyzed the epidemiological profile of children and teenagers victims of family violence in the Metropolitan Region of Grande Vitoria, between 2002 and 2003. Individuals were examined at the Legal Medicine Department in that region. A retrospective study of forensic examination records of that Department was conducted. A total of 895 cases of children and teenagers victims of non-lethal aggressions by their family members were detected. However, previous studies verified that most of the victims were female (567 female - 63.35% and 328 male - 36.64%). Besides, the highest incidence of cases was verified for teenagers, aged 15–18 years. There was no significant difference between teenagers (450 – 50.27%) and children (445 – 49.72%). In most cases (482 – 53.85%), the main aggressors were the biological parents, followed by stepfather (111 – 12.40%). The highest incidence of aggressions occurred on weekends by means of direct trauma, with bare hands; the use of a belt and other household objects was related in 129 cases (14.41%). In 89 cases (9.94%), the victims presented no corporal lesions. The most frequent lesions were bruise (479 – 59.42%), scratch (400 – 49.62%) and hematoma (184 -22.82%). The most affected body regions were the upper limbs (390 – 25.74%), head (351 – 23.30%), lower limbs (269 – 17.75%), and posterior thorax (180 – 11.88%); as for the face, the orbits (79 – 15.22%), the forehead (74 -14.25%) and the mouth (69 – 13.29%) were the most affected regions. In 54 cases, there were several victims of the same family, totaling 117 children or teenagers, most of whom were violently punished by their parents. In 8 cases (14.81%), the victims were twin brothers. According to criteria described in the Brazilian Penal Code, most children and

teenagers in this study suffered damage classified as Minor Corporal Lesion, since their physical or functional integrity was not affected.

1 INTRODUÇÃO

A violência não é um problema novo nas relações humanas, mas atualmente é o maior problema de saúde pública mundial, verdadeira epidemia global que preocupa a sociedade e torna sombria a nossa visão do futuro.

A Organização Mundial da Saúde define violência, de maneira ampla, como:

“O uso deliberado da força física ou do poder, seja na forma de ameaça ou efetiva, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, causando ou com probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento ou privações.” (OMS, 2002)

A violência tem acompanhado o homem desde a sua origem na Terra, marcando sua trajetória de forma tão constante que se torna quase impossível rever a história da humanidade sem repassar os múltiplos quadros de crueldade e intolerância. Nos últimos tempos, entretanto, é irrefutável admitir que a violência alcançou proporções nunca imaginadas e agora nos afeta, indiferentemente, a todos. No Brasil de hoje constituímos uma sociedade doente por efeito da violência crescente e banalizada. Os olhares desconfiados das pessoas e as medidas que adotamos para tentarmos nos proteger atrapalham até mesmo a nossa convivência social, mas não nos é oferecida nenhuma alternativa. Ora somos diretamente vítimas de algum tipo de violência, e nos tornamos alguns números a mais nas estatísticas, ora somos vítimas indiretas, na condição de expectadores da violência cometida contra alguém que nos é próximo.

Os meios de comunicação ainda fazem por privilegiar a exibição, a todo o momento, das diversas faces da insânia humana: terrorismo entre as nações,

violência institucional, política, racial, interpessoal, violência nas escolas e ... violência na família.

Objeto de análise deste estudo, Violência Familiar é uma denominação que abrange todas as formas possíveis de violência que acontecem, por ação ou omissão, entre pessoas de uma mesma família.

“Violência Familiar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue”. (Day et al., 2003)

Os elevados índices de ocorrência desse tipo de violência no nosso país mostram o triste quadro de desagregação da família brasileira, evidenciando que, em muitos e muitos lares, o afeto e a proteção deram lugar à ofensa e agressão. As principais vítimas têm sido exatamente as pessoas a quem se deveria proporcionar um ambiente saudável de respeito e proteção, como as mulheres, as crianças, os adolescentes, os idosos e os portadores de deficiência.

A violência no seio da família apresenta características agravantes, pois se trata de um problema de grande complexidade, o que torna muito difícil a sua abordagem pelas autoridades e profissionais envolvidos, e ainda mais complicada a tarefa de solucionar esta grave questão médico-social. É um problema sub-notificado se considerarmos a sua dimensão numa pirâmide em que apenas o topo é exibido, por ser constituído pelos casos mais graves e os casos de óbito, mais difíceis de ocultar. As porções mais inferiores da pirâmide, que contêm todas as várias formas de violência não letal, cujo total se estima na ordem de milhões, geralmente não aparecem.

É também uma questão de muito maior gravidade, pois afeta a família, princípio fundamental da sociedade e uma referência que acaba por se refletir na própria estrutura moral e jurídica do país.

Quando a vítima é uma criança, a Violência Familiar passa a se revestir, então, da pior crueldade imaginável, pois atinge um ser humano na sua formação, afeta sensivelmente a saúde emocional do adulto que este será no futuro, e contribui para degradar ainda mais a sociedade, cada vez mais doente por influência desse ciclo transgeracional de violência.

Uma revisão da história da violência familiar nos mostra que este tipo de violência também não é um problema restrito aos tempos modernos ou à nossa era de globalização. De Mause (1974) afirmou que, a despeito dos pesquisadores do nosso tempo terem privilegiado a *“ruidosa caixa de areia da história com seus castelos fantásticos e magníficas batalhas”*, é possível constatar que a violência se fazia presente nos lares desde épocas muito remotas. Segundo ele, a história do abuso infantil é *“um pesadelo do qual apenas começamos a acordar”*.

O primeiro ato de violência de que se tem notícia, cometido contra um ser humano, foi um ato de violência familiar, em que Caim matou seu próprio irmão, inserindo um triste marco da iniquidade na história do homem.

A Lei Mosaica traz outras inúmeras referências à violência, muitas delas especialmente relacionadas com as crianças, que hoje soam como verdadeiros cânones dos maus-tratos à criança. À época de tais “recomendações divinas” os chefes de família tinham poder absoluto sobre os seus comandados: mulheres e filhos.

“Se um homem tiver um filho indócil e contumaz, que não atende à voz de seu pai ou de sua mãe, e mesmo que o castiguem não lhe dá ouvidos, ele será levado aos anciãos da cidade... Então, todos os homens da cidade irão apedrejá-lo até levá-lo à morte”.

(Bíblia: Deuteronômio, 21, 18,21)

A noção de educar por meio do castigo físico, que se perpetuou por muitos séculos, já se achava presente em diversas referências bíblicas:

“Corrige teu filho enquanto ainda há esperança, mas não te enfureças até fazê-lo perecer”. (Bíblia: Provérbios, 19:18)

“Quem poupa a vara, odeia seu filho; quem o ama, castiga-o na hora precisa” (Bíblia: Provérbios, 13:24)

“Não afaste a disciplina de uma criança. Se você lhe bate com uma vara, ela não morrerá. Se você lhe bate com uma vara, salvará sua vida do Inferno” (Bíblia: Provérbios, 23:13-14)

Entre os romanos, a Lei das Doze Tábuas estabelecia o *“pater famílias”*, que conferia todo o poder ao pai, enquanto a mulher e os filhos eram considerados *“alieni juris”*. Segundo a Tábua IV, o filho nascido monstruoso devia ser morto imediatamente. O seu inciso II especificava: *“Que o pai tenha sobre o filho o direito de vida e de morte”*. Esta lei foi alterada posteriormente, eliminando-se o seu maior rigorismo, entretanto, manteve ainda ao pai de família, durante muito tempo, a permissão para *“castigar moderadamente”* os seus filhos e exigir deles trabalhos compatíveis com a sua idade. (Pinheiro, 1976)

Aristóteles teria afirmado que *“um filho ou um escravo são propriedade, e nada do que se faça com uma propriedade é injusto”*. (Tavira et al., 1998)

Esta visão da infância, em que as crianças eram consideradas seres imperfeitos e impuros, que deveriam ser transformados em homens e colocados no bom caminho, valendo para isso até mesmo os castigos físicos, durou muitos séculos.

Nos Estados Unidos, no século dezenove, os escravos eram livres e os animais protegidos contra a crueldade, mas as crianças ainda eram consideradas propriedades de seus pais, o que significava que ainda lhes era permitido educar os filhos da maneira que bem entendessem, até mesmo com punição física.

Em 1874, um fato abalou sensivelmente este conceito de “*coisificação da criança*”: Uma menina de dez anos, Mary Ellen Wilson, espancada e maltratada pelos padrastos, foi encontrada amarrada a uma cama, com o corpo coberto por múltiplas cicatrizes e lesões recentes, dentre elas um extenso corte na fronte, produzido com uma tesoura. Dada a gravidade dos maus-tratos e o sentimento de revolta causado em muitos dos cidadãos da época, a Corte de Nova York reconheceu a necessidade de intervir naquele caso. Entretanto, àquela época ainda não existiam leis de proteção à criança, por isso a remoção de Mary Ellen do ambiente familiar perigoso e sua proteção pelo Estado só foram possíveis graças à ação da Sociedade de Prevenção da Crueldade aos Animais. A grande repercussão do fato desencadeou, em abril de 1875, portanto, oito meses depois, a criação da Sociedade de Prevenção da Crueldade à Criança (Lazoritz, 1996).

O Caso Mary Ellen, embora mais famoso, não foi o primeiro incidente a envolver a Sociedade de Prevenção da Crueldade aos Animais na defesa de um ser humano. Antes disso, em 1856, o fundador da sociedade, Henry Bergh, recebera o apelo de uma mulher para que socorresse uma menina, sua vizinha, vítima de constantes espancamentos por sua guardiã. A menina, Emily Thompson, órfã de oito anos, foi apresentada ao Juiz, com a face coberta por equimoses, mas negou que tivesse sofrido agressões e ainda insistiu em permanecer na casa em que vivia. Dias depois, diante do aparecimento da avó da menina, que se acreditava morta, foi impetrado um habeas-corpus, e a Justiça removeu a criança, entregando-a aos cuidados de sua avó (Lazoritz, 1996).

No Brasil do Século XIX, segundo Leite (1997), as crianças eram “crias da casa” sob responsabilidade, nem sempre cumprida, daqueles que lhes deram origem. Mattoso, citado por Leite (1997), referia que as crianças eram duplamente

mudas, pois *“Não eram percebidas, nem ouvidas. Nem falavam, nem delas se falava.”*

Atualmente, a visão da “criança como sujeito de direitos” e a maior preocupação da sociedade em combater a violência contra a criança são conseqüências dos avanços sociais do final do último século. Tais avanços tiveram o seu passo inicial com a Declaração Internacional dos Direitos Humanos, nascida do horror às atrocidades da Segunda Grande Guerra. Em 1959, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a Declaração dos Direitos da Criança, da qual o Brasil foi um dos países signatários. Foi o primeiro instrumento a admitir que a criança, por força de sua imaturidade física e mental, demanda cuidados especiais, inclusive proteção legal.

No Brasil, a Constituição Federal de 1934, em pequeno capítulo de quatro artigos, já introduzia uma curta referência à família no Art 144: *“A família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a proteção especial do Estado”*.

Em 1927, pela primeira vez, o Código Penal definiu como crime o mastrato à criança, no Capítulo III – Da Periclitación da vida e da saúde.

A atual constituição refere-se especificamente aos direitos das crianças no Art. 227:

“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”.

Legislação um pouco mais rigorosa, especificamente direcionada para a proteção à criança, surgiu em 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que incorporou os princípios da proteção integral firmados pela Convenção Sobre os Direitos da Criança, de 1989. Foi um instrumento motivador de muitas

ações sociais de combate e prevenção dos maus tratos à criança e ao adolescente. O Estatuto regulamentou, por exemplo, a criação dos Conselhos Tutelares e a implantação das Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCAs), disponibilizando para a sociedade uma estrutura mais adequada para o atendimento das vítimas e encaminhamento das medidas legais cabíveis.

Inegável o avanço propiciado pelo Estatuto. Entretanto, a despeito disso, observa-se que a Violência Familiar, especialmente aquela que acomete crianças e adolescentes, ainda é um problema longe de ser solucionado.

Mesmo com todos os avanços da nossa legislação, permanece ainda um grande abismo entre o que os legisladores consideram direitos da criança e o que o Estado realiza de fato no sentido de proteger estes direitos. Muito ainda há que ser feito no sentido de combater efetivamente os abusos cometidos contra a criança, não só pelos familiares, mas por toda a sociedade.

Os maus tratos às crianças constituem um problema persistente até mesmo em países tidos como mais evoluídos no que diz respeito à justiça social. Nos Estados Unidos, uma das maiores fontes de dados sobre abuso infantil, o National Incidence Surveys (NIS) of Child Abuse and Neglect, realiza levantamentos periódicos sobre abuso infantil, com base em notificações dos profissionais de saúde, educadores, assistentes sociais e profissionais da área jurídica. Os resultados de pesquisas realizadas em três ocasiões, 1979-1980, 1986-1987 e 1993-1994, mostram que o número de crianças vítimas de abuso e negligência aumentou 149% no período de quinze anos entre a primeira e última pesquisas. (Theodore & Runyan, 1999).

Dados mais recentes do National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, do U.S. Department of Health and Human Services, mostram que 906.000 crianças americanas foram vítimas de abuso e negligência em 2003. Em todo o país, 63,2% das crianças foram vítimas de negligência, incluindo negligência por parte de médicos; 18,9% sofreram abuso físico; 9,9% abuso

sexual e 4,9% foram vítimas de maus-tratos psicológicos ou emocionais. (NCCAN, 2003).

No Brasil, são comuns as referências à falta de precisão das nossas estatísticas sobre maus-tratos às crianças. É possível notar que existem falhas na maneira de abordar o problema, algumas delas oriundas da própria dificuldade inerente a pesquisas dessa natureza. Outro aspecto é a segmentação das pesquisas, que faz com que, na maioria dos trabalhos publicados em nosso país, o enfoque acabe sendo conduzido de forma a privilegiar a área de atuação do pesquisador. Soma-se, ainda, a toda esta dificuldade para compreensão do problema, a grande diversidade de denominações e classificações existentes para explicar os vários tipos de maus-tratos.

Nos dias atuais, a violência familiar contra a criança e o adolescente é um problema de dimensões ainda maiores, e de uma complexidade que se estende muito além do que se imaginava ao tempo da “*Síndrome da Criança Espancada*”. Hoje sabemos que envolve a violência física e a violência sexual, cada uma delas com seus vários aspectos, além da violência psicológica, a negligência e até a violência econômica, esta última incluída por diversos autores.

Há alguns anos têm sido relatados casos de abuso infantil de avaliação extremamente complexa, enquadrados sob a denominação de Síndrome de Munchausen por Transferência (Munchausen Syndrome By Proxy – MSBP). Trata-se de uma forma particularmente grave de maus-tratos, em que mães buscam auxílio médico em virtude de doenças de seus filhos, doenças estas geralmente manifestadas por sinais e sintomas estranhos, de difícil explicação. A investigação médica desses casos, nem sempre fácil, costuma evidenciar que os sintomas e a própria doença são causados por ação da mãe, já tendo sido detectados quadros de intoxicação grave e de asfixia, muitas vezes com óbito das vítimas. (Bartsch *et al.*, 2003)

Desta maneira, considerando o nível de complexidade da “Violência Familiar” nos nossos dias, ainda maior nos casos em que as vítimas são crianças

de baixa idade, é preciso admitir que para uma melhor avaliação do problema, necessitamos de uma estrutura de investigação multidisciplinar. É preciso contar com profissionais que, além de possuírem amplo conhecimento sobre o assunto, nas suas diversas áreas, sejam dotados de verdadeira motivação para a defesa dos direitos das crianças e adolescentes.

Vanrell (2002) alertava para a falta de conhecimento da síndrome de maus-tratos à criança por médicos clínicos, cirurgiões, pediatras, ortopedistas, cirurgiões-dentistas e até médicos legistas.

Chaim *et al.* (2004) apontaram para a deficiência de conhecimento da maioria dos cirurgiões-dentistas em relação à questão dos maus-tratos, em tal proporção que não lhes permite diagnosticar adequadamente estes casos. Reiteraram a importância de implementar, nos currículos da graduação e pós-graduação, cursos e disciplinas regulares que orientem os estudantes e profissionais acerca da responsabilidade do cirurgião-dentista no diagnóstico da criança maltratada.

Limbos & Berkowitz (1998), em revisão de prontuários médicos referentes ao atendimento de crianças vítimas de maus-tratos físicos em um centro médico na Califórnia, no período de 1980 a 1995, concluíram que, apesar do treinamento oferecido pelos programas de residência em emergência pediátrica, não se observou uma melhoria significativa na documentação desses casos, tendo apontando vários itens dos prontuários que necessitavam ser mais precisamente descritos.

Na área médico-legal brasileira, diretamente envolvida com a realização dos exames periciais das vítimas e emissão de laudos para a comprovação da violência, observa-se a mesma carência de conhecimento do assunto por grande parte dos nossos peritos. Infelizmente, a maioria dos Institutos Médicos Legais não possui, em seu quadro de peritos, médicos com especialização em Medicina Legal nem pós-graduação em áreas correlatas, como a Odontologia Legal. É triste verificar que essa deficiência atinge até mesmo as publicações sobre Medicina

Legal e Odontologia Legal, existindo autores que sequer mencionam o assunto, como se tratasse de um tema alheio à nossa área de perícia. Uma grande parte dos Médicos Legistas parece ter pouco conhecimento acerca dos aspectos éticos e jurídicos da violência familiar, da multiplicidade de formas de abuso e das possibilidades de sua constatação por meio da perícia médico-legal. O resultado é que isto tem afetado seriamente a qualidade de nossos laudos periciais, dificultando a interpretação da gravidade das lesões sofridas pelas vítimas e o enquadramento jurídico correto do dano, condições fundamentais para uma aplicação mais justa da nossa Lei Penal.

Um outro fator que dificulta a avaliação do problema é que não existe, na maioria dos Institutos Médicos Legais, um protocolo para o exame pericial de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar. Hoje se sabe que mesmo nos centros mais evoluídos, o fato de conhecer o problema não é o bastante para uma boa qualidade na documentação desses casos. É necessário seguir, em todos os casos, um roteiro para o exame pericial, o que propiciará uma avaliação mais completa de todas as vítimas e permitirá a elaboração de laudos de melhor qualidade para a Justiça.

Cintra (2004), analisando laudos de vítimas de trauma facial periciadas no Instituto Médico-Legal Afrânio Peixoto, do Rio de Janeiro, alertou, na ocasião, para a ausência de peritos com formação em odontologia na maioria dos Institutos Médico-Legais do país. Observou que esta deficiência pode ser responsável pela sub-notificação das lesões do sistema estomatognático, o que prejudica sensivelmente o encaminhamento jurídico desses casos.

No presente trabalho, a avaliação do problema em amostra de laudos médico-legais buscou oferecer uma contribuição para o entendimento da violência familiar contra a criança e o adolescente nos seus aspectos pericial e jurídico.

Em 1996, na África do Sul, durante a 48ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, a “*Declaração de Somerset West*” convocou os médicos de todo o mundo a estudarem a Violência Familiar:

“As Associações Médicas de todo o mundo devem encorajar e facilitar a pesquisa da prevalência, fatores de risco e efeitos da violência familiar, além de indicar os melhores cuidados para as vítimas dessa forma de violência.”

No Brasil, a partir de 1992, o *Estatuto da Criança e do Adolescente* clama pelo auxílio específico dos médicos, recomendando-lhes uma conduta vigilante em relação à violência contra a criança e adolescente.

Mais recentemente, a Lei Nº 10.886, de 17 de Junho de 2004, acrescentou ao Art. 129 do nosso Código Penal (Decreto-Lei Nº 2.848, de 7.12.1940), os parágrafos 9º e 10º, criando o tipo especial denominado “Violência Doméstica”.

"Art. 129

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 6 (seis) meses a 1 (um) ano.

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

Com esta referência específica à Violência Familiar na nossa Lei Penal, espera-se que possamos ter um reforço na avaliação do problema. Espera-se uma maior exigência por parte das autoridades, no sentido de que os casos deste tipo de violência sejam mais bem avaliados pelas perícias médico-legais. De nossa parte, teríamos uma sensível melhora no reconhecimento e documentação dos casos de violência familiar, tanto por Médicos Legistas quanto Odontologistas.

Assim, foi proposto o presente estudo para avaliar os aspectos epidemiológicos da violência familiar que atinge as crianças e adolescentes da Região Metropolitana da Grande Vitória, Estado do Espírito Santo. Com este objetivo, foram analisados os laudos de Exame de Lesões Corporais de crianças e adolescentes periciadas no Departamento Médico Legal de Vitória, nos anos de 2002 e 2003. A análise desses laudos periciais permitiu mostrar um perfil da violência familiar contra as crianças e adolescentes na Região Metropolitana da Grande Vitória, detectando as áreas de maior incidência, os indivíduos mais acometidos, as faixas de idade correspondentes, os tipos de lesões observados e a conseqüente repercussão para a saúde das vítimas. Além disso, foram observados os aspectos jurídicos dessas lesões, de acordo com as normas da nossa legislação penal.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O pioneirismo da publicação científica acerca do abuso infantil se deve ao renomado Médico Legista francês, Auguste Ambroise Tardieu (1860). Antes de Tardieu, consta que alguns médicos teriam relatado a presença de certas lesões em crianças, como hemorragias oculares, sub-durais, e até fraturas múltiplas, entretanto, sem estabelecer nenhuma correlação com a possibilidade de maus tratos e, menos ainda, sem considerar que os agressores poderiam ser os próprios familiares das vítimas.

Bonnet (1684), psiquiatra e antecessor de Tardieu, citado por D'Arrigo & Leviell (2003), relatou "*certas condições psicológicas anormais das crianças devido ao comportamento de desinteresse de suas mães*", que pode ter sido talvez a primeira referência ao que hoje entendemos por negligência.

Virchov (1856), segundo Silverman (1972), atribuía a presença de hemorragia subdural em crianças à inflamação das meninges, uma forma especial que denominou "paquimeningite hemorrágica". Com essa interpretação, Virchov ofereceu uma explicação que, com certeza, deve ter sido valorizada à sua época, contribuindo assim para atrasar ainda mais a compreensão da verdadeira causa do problema.

Tardieu (1860), ao contrário de seus contemporâneos, apresentou, em seu "*Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants*", um estudo sistemático de 32 casos de crianças vítimas de maus tratos físicos, estabelecendo um marco em relação ao abuso à criança, por se tratar da primeira abordagem realista do problema. Neste trabalho, dividiu os casos em três grupos: O primeiro continha nove casos de agressão e maus tratos; o segundo cinco casos de lesões severas e tortura, mas que não resultaram em morte; o terceiro grupo abrangia dezoito casos em que os maus tratos resultaram em morte das crianças. Tardieu assinalou que, dos 32 casos, 17 crianças eram menores de

cinco anos, enquanto sete tinham entre cinco e dez anos. Concluiu que 24 crianças foram vítimas de maus-tratos pelos pais, sendo que em 11 dos casos o pai e a mãe eram os agressores; em oito deles apenas a mãe, e em cinco, apenas o pai. Do restante dos casos, referiu ainda que a madrasta fora a agressora responsável por quatro situações, os professores também por quatro, e um caso em que o agressor fora outra mulher, patroa da vítima.

Em relação às lesões, descreveu fratura de crânio e hematoma subdural, constatando ainda a presença de equimoses e hematomas de diferentes colorações, uma evidência de agressões repetidas. Assinalou que tais lesões eram mais freqüentes na face, porções posteriores do tronco e nos membros, frisando que estes locais não eram aqueles comumente atingidos nos casos de traumatismo de natureza acidental, como quedas. Observou que os sinais deixados nos corpos das vítimas eram caracterizados pela multiplicidade, e isto por causa da grande diversidade de instrumentos usados nas agressões, como mãos, pés, chicotes, cordas, bastões, ferros quentes, carvão em brasa e até líquidos corrosivos, numa lista que causaria inveja aos torturadores da Inquisição. (Knight, 1986)

É interessante observar que, à época de Tardieu, eram notificados diversos casos de fraturas repetidas em crianças, entretanto tais ocorrências eram simplesmente atribuídas ao raquitismo, então um distúrbio muito freqüente.

Tardieu demonstrou ter plena consciência do papel de vanguarda do seu trabalho, tendo ele próprio enfatizado isso ao declarar:

“Em toda a literatura sobre lesões e agressões há um grupo que merece uma categoria especial e que há muito tem sido ignorado. Está nas crianças que são vítimas de seus pais, tutores e aqueles que têm autoridade sobre elas. Este é o primeiro artigo sobre o assunto e outros autores de Medicina Legal sequer o mencionaram ainda. Ambroise Tardieu”

(Knight, 1986)

À luz do conhecimento atual sobre os maus-tratos à criança, o trabalho de Tardieu demonstra que aquele pesquisador possuía, em 1860, a visão realista de um problema que apenas um século depois começaria a ser encarado sob o ponto de vista correto. Silverman (1972) considerou que os 32 casos descritos por Tardieu parecem ter sido extraídos de algum registro atual de crianças espancadas. Segundo Knight (1986) é possível identificar, nas descrições de Tardieu, muitos dos aspectos da síndrome do abuso à criança, reconhecidos atualmente.

Infelizmente, este primeiro alerta científico em relação à violência familiar contra as crianças não influenciou a classe médica da época, uma vez que não houve continuidade do trabalho de Tardieu pelos seus colegas contemporâneos. Pode ser que isto tenha ocorrido por força da dificuldade em investigar problemas familiares, dificuldade esta existente ainda nos dias de hoje. Outro aspecto poderia estar na própria consciência dos médicos, ainda relutantes em admitir a relação das lesões com maus tratos impostos às crianças por seus pais ou responsáveis. Ressalte-se, ainda, que o conceito educacional daqueles tempos admitia perfeitamente o critério da disciplina severa, não existindo ainda a visão do seu caráter nocivo à criança e nenhuma consciência da necessidade de reprimir tais práticas.

Em 1869, pouco tempo depois da publicação do trabalho de Tardieu, um fato deixou perceber a visão da maioria dos médicos da época em relação aos traumatismos em crianças: Athol Johnson, pediatra do Hospital Infantil de Londres, analisou a frequência de fraturas de repetição em crianças, assinalando que tais lesões eram decorrentes da fragilidade dos ossos produzida pelo raquitismo, um distúrbio descrito com frequência naquela época. (Azambuja, 2004)

Dohle (1891) e Kovitz (1914), médicos alemães, segundo D'Arrigo & Levieil (2003), teriam relatado a ocorrência de hematomas subdurais em crianças de menos de um ano de idade, sendo citados como os primeiros estudos relacionados com a Síndrome do Bebê Sacudido ("Shaken Baby Syndrome").

Ingraham & Heyl (1939), citados por Silverman (1972) teriam constatado que o hematoma subdural, na maioria dos casos, tinha uma origem traumática.

Nesta mesma época, outras poucas publicações trataram da questão, mas o fizeram de maneira muito tímida. Existia ainda uma grande relutância em admitir que os pais pudessem ser capazes de tamanha violência contra os seus filhos, parecendo mais coerente e menos complicado aceitar os relatos de falsos acidentes. É preciso ter em conta, além disso, que a sociedade, por sua vez, sempre admitiu que os pais castigassem seus filhos. Agressões físicas constituíam, até bem pouco tempo, um “recurso didático” perfeitamente válido, tanto assim que o direito de empregá-lo podia ser transferido a outras pessoas encarregadas da educação das crianças, como os professores, treinadores e mestres de aprendizes.

Caffey (1946), radiologista americano, descreveu, em seu primeiro trabalho sobre o assunto, seis casos de fraturas múltiplas de ossos longos em crianças com quadro de hematoma subdural crônico. Constatou, nas seis crianças estudadas, um total de 23 fraturas ocorridas em intervalos diferentes, em sua maioria, produzidas após os episódios de hematoma subdural. Em nenhum dos casos havia história de traumatismo e todas as mães negaram tal hipótese, mesmo nos casos de três crianças que apresentavam equimoses superficiais. Caffey observou, entretanto, que todas as crianças apresentavam estrutura óssea normal, não tendo sido constatando nenhum sinal radiológico de doença óssea sistêmica ou localizada que justificasse a ocorrência de fraturas patológicas. Além disso, verificou que diversos pacientes exibiam alterações do perióstio de alguns ossos, como espessamento cortical, o que constitui uma forte evidência de traumatismo por ação contundente nesses locais. Em um dos casos esta reação local teria propiciado a ocorrência de fratura do fêmur. A maior parte das fraturas aconteceu semanas ou meses após o diagnóstico inicial de hematoma subdural, o que tornou difícil relacioná-las com o mesmo agente traumático responsável pelos

hematomas subdurais. Caffey chegou a considerar até mesmo a possibilidade das fraturas terem ocorrido durante crises convulsivas, mas afastou esta idéia devido à ausência de relatos de tais fraturas associadas a outras causas importantes de convulsão, como intoxicação por chumbo, meningite, neoplasia cerebral e tetania devida a hipocalcemia. Assim, neste primeiro artigo, Caffey concluiu que fraturas de ossos longos constituíam uma complicação comum de hematoma subdural e que eram provavelmente produzidas por traumatismo, entretanto isto ainda não estava claro para ele. Na ocasião, sugeriu a realização de exames radiológicos para a pesquisa de fraturas de ossos longos nos casos de hematoma subdural.

Apenas em outro artigo, em 1957, admitiu que a causa das lesões das crianças pudesse estar relacionada à violência familiar.

Silverman (1953), pediatra e radiologista, citado por Knight (1977), estudou vários casos de crianças com as mesmas alterações e apresentou conclusões semelhantes às de Caffey, sugerindo que os maus-tratos poderiam ter sido causados pelos próprios pais das vítimas.

Kempe *et al.* (1962) apresentaram uma análise do problema dos maus-tratos às crianças em seu célebre artigo intitulado “The Battered Child Syndrome” (Síndrome da Criança Espancada). Baseados em informes de 71 hospitais e 77 Promotorias Distritais, constataram a existência de 749 casos da síndrome. Destes, observaram que 78 resultaram em morte das crianças e 114 em lesão cerebral permanente. Analisando as referências às manifestações clínicas, verificaram desde casos leves até lesões graves. Entre as alterações observadas, descreveram casos de desnutrição, ausência de cuidados de higiene, múltiplas lesões de partes moles, até fraturas de ossos longos, fraturas de crânio e hematomas subdurais. Destacaram a marcante discrepância entre os achados clínicos e o histórico fornecido pelos pais das crianças como critério importante para o diagnóstico. Em relação aos aspectos psicológicos relacionados aos pais agressores, relataram a ocorrência de baixa inteligência em alguns, características de personalidade “borderline” em alguns e até personalidade psicopata em outros.

Apontaram que a situação socioeconômica desfavorável, o alcoolismo, a promiscuidade sexual, a instabilidade do casamento e a gravidez indesejada eram fatores relacionados aos maus-tratos, referindo também que alguns agressores eram pessoas que teriam sofrido abuso quando crianças. Observaram que os médicos, por questões de sentimento, demonstraram grande resistência em aceitar o fato de que os pais fossem os responsáveis pelos abusos. A propósito disso, concluíram assinalando que o dever e a responsabilidade dos médicos para com as crianças exigiam uma avaliação profunda do problema para garantir que a repetição do trauma não viesse a ocorrer.

Considerado pela Associação Médica Americana como uma das 60 contribuições mais importantes da Medicina Americana no século vinte, o trabalho de Kempe representou um marco no que diz respeito à conscientização da classe médica e da própria sociedade em relação ao problema dos maus-tratos à criança.

Silverman (1972), tendo publicado seu primeiro artigo em 1953 e colaborado com o trabalho de Kempe em 1962, retomou o assunto, publicando excelente trabalho de revisão, “Unrecognized Trauma in Infants, the Battered Child Syndrome, and the Syndrome of Ambroise Tardieu”. Além de expor dados históricos importantes para o entendimento da evolução do conhecimento médico sobre o problema, analisou seus aspectos demográficos e apresentou a descrição mais completa, até então, das manifestações clínicas. Apontou aspectos sociais e familiares, alguns considerados fatores predisponentes, a exemplo do status econômico baixo, desemprego, divórcio, pais muito jovens, pais que teriam sofrido abuso na infância e pais com outros distúrbios psicológicos. Em relação às crianças referiu que o baixo peso ao nascer e também alterações da personalidade estavam relacionados à ocorrência de maus-tratos. Quanto aos achados clínicos da síndrome, descreveu variadas lesões cutâneas, como equimoses, escoriações, hematomas, marcas de mordida, queimaduras térmicas e cáusticas. Referiu lesões com aspecto típico do agente lesivo, como queimaduras por cigarro, marcas de cabide, fios elétricos, cintos, chicotes e

impressões da mão; lesões mucosas, como lacerações dos lábios, gengiva, tendo destacado que estranhava a ausência de relatos de trauma dentário. Observou relatos de lesões oculares, como descolamento de retina e até um caso de enucleação do globo ocular.

Silverman apresentou também uma extensa descrição dos achados radiológicos da síndrome, tendo assinalado que as lesões ósseas se caracterizam pela multiplicidade e variedade, tanto em termos de localização quanto de tempo de evolução. Descreveu lesões ósseas e articulares, como separação epifisária, hematoma do subperiósteo, fraturas metafisárias, contusões e fraturas de costelas, fraturas diversas de ossos longos, fraturas de vértebras e crânio. Referiu traumatismos torácico e abdominal, com contusão e laceração de pulmões, contusões de alças intestinais, roturas de fígado e baço, hemorragia interna. Silverman fez várias considerações que bem demonstram o seu reconhecimento ao trabalho de Tardieu, pesquisador que, 101 anos antes de Kempe, publicara excelente estudo dos maus-tratos à criança, que contemplava aspectos demográficos, sociais, psiquiátricos e achados médicos idênticos àqueles descritos por Kempe e outros pesquisadores.

ten Bensel & King (1975), observaram que os maus-tratos à criança envolvem negligência física e emocional, o mesmo ocorrendo com o abuso, que pode ser físico e emocional. Definiu negligência física como sendo a omissão dos pais em prover os cuidados necessários à criança em relação à alimentação, vestuário e cuidados médicos. Esclareceu que existe uma inter-relação entre a negligência e o abuso na esfera emocional, sendo negligência emocional a falha em proporcionar um ambiente saudável para o bem estar moral e psicológico da criança, e o abuso se configuraria por comportamentos de rejeição da criança, como ofensas, comentários pejorativos, etc. Observou que o abuso físico ocorre nas circunstâncias de agressão física, geralmente produzindo lesões nas vítimas, seja em um episódio único, seja na forma de agressões repetidas. Descreveu que, pela legislação americana, o abuso sexual abrange as situações de conjunção carnal, o estupro, a sodomia, o incesto e os atos libidinosos de qualquer natureza.

Bensel apresentou ainda uma revisão dos achados da síndrome, descrevendo as manifestações radiológicas, lesões cutâneas, lesões orofaciais, manifestações neurológicas e gastrointestinais. Sugerindo normas para orientar os cirurgiões-dentistas na abordagem do problema, enfatizou a importância destes profissionais no exame, uma vez que as estatísticas apontam uma incidência importante de trauma facial nas crianças vítimas de abuso físico.

Knight (1977) referiu que apesar dos agressores usarem as mãos desarmadas na maioria das agressões, muitas vezes utilizavam garrafas de alimentos, atizadores de fogo, pás e outros instrumentos similares, o que tornava bastante amplo o espectro das lesões. Descreveu equimoses, escoriações, hematomas, marcas de mordedura, lacerações e queimaduras de partes moles, bem como lesões articulares, fraturas dos ossos longos e do crânio, hematomas intracranianos, hemorragias internas por rupturas e lacerações de vísceras. Apresentou uma lista de fatores que, segundo ele, pareciam relacionados de forma mais consistente com a síndrome:

- Nas famílias de todas as classes sociais podem existir agressões aos filhos, entretanto, existe maior ocorrência de agressões entre as famílias menos favorecidas economicamente.
- Os pais agressores são, em sua maioria, jovens com idade em torno dos vinte anos.
- As famílias envolvidas geralmente estão isoladas, sem convivência com os demais parentes, e muitas vezes são isoladas geograficamente, residindo em locais distantes de suas origens.
- Prevaecem, entre os pais agressores, trabalhadores itinerantes, muitas vezes desempregados.
- Ocorrência significativa entre casamentos instáveis, com discórdia no casal, em que o pai agressor não é o pai biológico das crianças.
- As crianças espancadas podem ser frutos de gravidez não desejada, por falha da anticoncepção ou por envolver

suspeita de adultério. Em muitos casos houve tentativa de abortamento durante a gravidez.

- As crianças espancadas apresentam, geralmente, boas condições físicas e de saúde, o que as difere dos casos de negligência.
- Em diversas ocasiões se observa um pai dominante e agressivo, sendo a mãe menos inteligente, dominada e emocionalmente estressada.
- Muitos pais agressores foram crianças agredidas, criadas em ambientes de educação pela punição.

Knight destacou ainda alguns aspectos da síndrome, que, no seu entender, poderiam orientar o diagnóstico: Inconsistência do relato dos pais, principalmente se ouvidos isoladamente; demora em buscar socorro médico; incoerência do relato quando comparado com as lesões, como no caso de múltiplas equimoses em vários locais do corpo, que dificilmente poderiam ter sido produzidas por uma simples queda. Assinalou a importância de certas lesões clássicas da síndrome, como laceração do frênulo do lábio superior, múltiplas equimoses na face, tórax e regiões articulares dos membros, marcas de mordeduras, queimaduras incomuns, fraturas em diferentes estágios de cura e equimoses de diferentes colorações, todas revestidas do caráter de forte evidência de traumatismos repetidos.

Becker *et al.* (1978), em análise de 260 casos de crianças vítimas de abuso físico atendidas no hospital pediátrico de Boston no período de 1970 a 1975, observou que o traumatismo do segmento cefálico envolveu 65% das crianças, das quais 49% tinham trauma facial e intra-oral. As lesões encontradas na cabeça foram fraturas de crânio, hematoma subdural, abrasões e lacerações, contusões e equimoses. Na face, observou fraturas, escoriações, lacerações, contusões, equimoses, queimaduras e mordeduras. As lesões intra-orais, observadas em 14 dos casos, eram escoriações e lacerações (28,5%), contusões e equimoses (43%) e traumatismo dentário (28,5%). Enfatizou que o elevado percentual de traumatismo orofacial (49%) está em consonância com resultados

de trabalhos anteriores e justificaria a recomendação para que as vítimas fossem examinadas por cirurgiões-dentistas. Sobre isto, referiu que o pequeno número de casos observados de trauma intra-oral (14 – 6%), teria ocorrido porque as vítimas foram examinadas por médicos, que passaram por alto em relação a este tipo de lesão. Considerou ainda a possibilidade de boa parte dos casos de crianças vítimas de abuso físico, com traumatismo limitado à cavidade oral, terem sido atendidas por médicos e dentistas particulares.

Em 1979, em um Simpósio sobre Emergências Pediátricas na cidade de Boston, McDonald e Reece observaram que, a partir dos trabalhos de Kempe e outros, ocorrera um grande aumento de notificações de casos de abuso infantil e que isto se devia tanto à maior conscientização acerca do problema, como também ao aumento real do número de casos. Por outro lado, relataram que, a despeito disso, ainda se observava grande resistência por parte de muitos médicos em relação à notificação. Observaram que, embora os médicos reconhecessem o seu dever moral e legal de notificar os casos de abuso contra a criança e o adolescente, as leis existentes para garantir a imunidade dos denunciadores não os encorajavam de maneira suficiente. Concluindo, manifestaram-se favoráveis a leis mais rígidas, como as existentes em alguns estados americanos, que impunham aos médicos omissos penalidades criminais e responsabilização civil por negligência.

Groothuis *et al.* (1982) realizaram pesquisa de casos de abuso em dois hospitais diferentes sob o ponto de vista geográfico, sendo um em Ohio e outro no Tennessee, que possuíam também diferentes características demográficas dos seus pacientes. Nesse estudo, que estabelecia uma comparação entre as crianças de 48 famílias com filhos gêmeos e as de 124 famílias com filhos não-gêmeos, de padrões sócio-econômicos equivalentes, verificaram uma maior prevalência de abuso infantil nas famílias com filhos gêmeos. Observaram referências ao abuso infantil em 9 casos (18,7%) entre as famílias com gêmeos, contra apenas 3 casos (2,4%) nas famílias de filhos não-gêmeos. Verificaram que as crianças gêmeas tiveram menor peso ao nascer, menores índices de Apgar, além de terem

requerido maiores cuidados hospitalares, em comparação com o grupo controle. Referiram que esta associação ainda não tinha sido verificada por estudos anteriores, provavelmente devido ao fato de que os nascimentos de gêmeos são mais raros. Além disso, são também acompanhados por uma maior incidência de complicações perinatais, que por si só já predispõem ao abuso, o que pode ter contribuído para mascarar o problema. Embora tivessem admitido que seriam necessários outros estudos antes de concluir que as famílias com filhos gêmeos estão sujeitas a um maior risco de abuso infantil e negligência, concluíram que o nascimento de gêmeos requer uma maior demanda física e econômica, e que isto pode ser uma carga excessiva para famílias já desfavorecidas nestes aspectos. Citando o “Clube de Mães de Gêmeos” como referência de uma iniciativa importante, enfatizaram que o acompanhamento das famílias de baixa renda por pessoal especializado é uma medida eficaz para reduzir os riscos de abuso infantil.

Gregersen & Vesterby (1983), em estudo realizado na Dinamarca, apresentaram 53 casos de abuso infantil, ocorridos entre 1959 e 1980, avaliados pelo Instituto de Medicina Forense de Aarhus, cidade de 270.000 habitantes. A amostra abrangia 49 casos de abuso físico e 4 casos de negligência, com idade de 0 a 15 anos. Em 20 casos houve morte das vítimas, cujas causas foram: fratura de crânio e contusão cerebral em 2 casos; hemorragia subdural, 6 casos; fraturas de costelas, 1 caso; lesões abdominais, 5 casos; aspiração e fraturas, 2 casos e negligência e desnutrição, em 4 casos. Desses 20 casos fatais, em apenas sete os agressores, pais ou padrastos, foram indiciados e sentenciados a penas que variaram de seis meses a 5 anos de reclusão, seis deles porque confessaram. Dos 33 casos de agressão não-fatal, oito agressores foram sentenciados, com penas de 40 dias a 1 ano e 3 meses, após terem confessado. Segundo os autores, o resultado do exame realizado pelo Médico Legista teve importância vital, propiciando a confissão e o indiciamento dos culpados, em virtude da forte evidência apresentada pela perícia. Enfatizaram que a investigação dos casos de maus-tratos à criança tem um papel crucial no processo e pode ser melhor

desenvolvida quando existe a colaboração mútua entre a Assistência Social, a Polícia, o Ministério Público, Pediatras e Médicos Legistas.

Em 1992, nos Estados Unidos, Hyden & Gallagher relataram que as notificações de abuso infantil chegavam à cifra de 2,4 milhões por ano, das quais 200 a 300 mil crianças eram vítimas de abuso sexual, além de 4000 (quatro mil) casos de óbito por ano em decorrência do abuso. Enfatizaram a importância do treinamento dos médicos no sentido de dotá-los da habilidade necessária ao reconhecimento dos casos potenciais de abuso e negligência, além de prepará-los para a intervenção adequada em cada caso. Considerando que a obtenção do histórico com os familiares da criança constitui uma das ferramentas de maior utilidade na investigação dos casos de abuso, observaram que o relato às vezes é narrado com convicção, mesmo assim é improvável. Assinalaram que os médicos dos serviços de emergência devem ser bem orientados para o reconhecimento dos casos de abuso, uma vez que são os primeiros a atender as crianças vítimas de traumatismo. Para orientar em relação ao exame físico das vítimas, apresentaram excelente revisão acerca das lesões e suas características, com descrição de queimaduras, lesões ósseas, traumatismos abdominal e craniano, lesões cutâneas. Descreveram também a abordagem e exame físico nos casos de abuso sexual.

Ochs *et al.* (1996), em pesquisa no Grady Memorial Hospital, Atlanta, EUA, verificaram a associação entre lesões de cabeça, face e pescoço e violência doméstica. Observaram que os pacientes com este tipo de lesão apresentavam um índice de probabilidade 11,8 vezes maior de serem vítimas de violência doméstica, em comparação com os pacientes com outras lesões. Observaram que a ausência de tais lesões era um forte indicador de exclusão para a violência doméstica.

Christian *et al.* (1997), em análise retrospectiva dos prontuários de crianças atendidas no Setor de Emergência do Hospital Pediátrico da Filadélfia, no período de 1984 a 1994, encontraram 139 casos de maus-tratos. As vítimas tinham idades que variavam de 2 semanas a 17 anos, 48% eram menores de 2

anos e 77 (55%) eram do sexo masculino. A própria mãe das crianças esteve envolvida na maior parte dos casos (81%), o pai em 68%, o namorado da mãe em 13%, estando em terceiro lugar (13%) outros parentes, como a avó, o tio, primo e algum irmão mais velho. Em relação aos agentes lesivos envolvidos, a pancada direta com a mão desarmada ocorreu em 50 casos (36%), a agressão com utilização de algum objeto em 38 casos (27%), o empurrão em 21 (15%) e outros mecanismos em 12 casos (9%), que incluíam queimadura, agressão com arma branca e agressão com arma de fogo. Sobre as lesões, verificaram um total de 197, sendo que a maioria dos casos apresentava uma única lesão, 33% tinham duas lesões e 10% mais de duas lesões. Observaram que as lesões atingiram preferentemente a cabeça e a face das crianças menores de 5 anos, e as extremidades das crianças de mais de 5 anos. Cerca de 50% das lesões eram contusões, enquanto 29% eram lacerações e escoriações. Acerca da gravidade das lesões, constataram que 57% dos casos apresentaram lesões leves, entretanto 40% das crianças necessitaram de cuidados médicos, sendo considerados casos de moderada gravidade. Cirurgia ou cuidado intensivo foi necessário para 2% dos casos: uma criança de apenas 1 mês de idade com fratura de crânio, uma de 2 anos e meio com lesão na cabeça por disparo de arma de fogo e uma de 13 anos com lesão penetrante de globo ocular por objeto de vidro lançado pela mãe. Concluíram que, por serem as lesões leves mais freqüentes, estas não podem ser desprezadas durante o atendimento das crianças, já que podem ser a única evidência de que tais crianças estão expostas à violência familiar.

Atwal *et al.* (1998), do Departamento de Patologia Forense da Universidade de Sheffield, Manchester, Reino Unido, estudaram 24 casos fatais de crianças menores de 5 anos com traumatismo intracraniano de natureza não acidental. Sobre os mecanismos envolvidos nos traumatismos cranianos, observaram que 7 casos (29%) eram de crianças que teriam sido sacudidas (Shaken-baby syndrome), 5 casos (21%) foram atribuídos a pancada direta sobre a cabeça e 12 (50%) tinham uma combinação de ambos os mecanismos.

Observaram ainda que 23 crianças tinham hemorragia retiniana e 10 casos apresentavam fraturas, seis deles no crânio. Verificaram que a maioria das crianças apresentava contusões externas, recentes ou já em fase de reabsorção. Quinze crianças apresentavam simultaneamente contusões recentes e não-recentes, numa clara evidência de maus-tratos. Cinco crianças não apresentavam nenhum sinal externo de contusão, porém apresentavam contusões internas localizadas na cabeça. Os autores mostraram que sinais externos de contusão podem não estar presentes ao exame de crianças com traumatismo craniano grave, o que não exclui a possibilidade de maus-tratos.

Tavira *et al.* (1998), em artigo de revisão sobre mau-trato infantil, referiram que as raízes históricas, culturais e sociais da atual sociedade constituem o principal desafio a transpor no sentido de enfrentar o problema. Destacaram como de fundamental importância o trabalho conjunto de investigadores e peritos para estudar o problema do mau-trato infantil, aprofundando a análise da sua etiologia, das características do agressor e agredido, além dos fatores que propiciam as agressões, enfatizando a necessidade de abordar o problema também no seu aspecto psicológico e emocional. Consideraram que, por ser o mau-trato infantil um problema universal e de múltiplas causas, a sua divulgação, bem como a educação da população geral acerca do problema, constituem estratégias prioritárias para propiciar o conhecimento das outras formas de mau-trato além do trauma físico, como o emocional, o psicológico e a negligência. Concluíram que é fundamental estabelecer critérios para definir e classificar o mau-trato infantil, e que ainda são muito poucas as pesquisas sobre o tema, sendo necessários maiores recursos econômicos para defender e proteger de fato as crianças.

Becker *et al.* (1998) estudaram quatro casos da “síndrome do bebê sacudido” em que as crianças eram gêmeas. Das oito crianças, cinco tiveram lesões graves, com hemorragias retiniana e subdural, e duas delas morreram. Em uma família, ambos os gêmeos sofreram repetidamente esta forma de agressão. Os quatro casos ocorreram no período de um ano, o que alertou os autores e,

embora reconhecessem as limitações de sua observação, concluíram que existe a correlação entre abuso infantil e filhos gêmeos. Possíveis fatores desencadeantes foram apontados, como a tensão, frustração e perda de sono causada pelo choro incessante dos gêmeos. Outro possível agravante pode estar na maior demanda de tempo e energia para cuidar das crianças, que leva à deterioração do relacionamento conjugal dos pais.

Cheung (1999) analisou os principais aspectos ligados à identificação e documentação dos casos de maus-tratos infantis, em roteiro adaptado para utilização pelo Departamento de Pediatria da Universidade do Texas. Nesse artigo referiu como as quatro principais categorias de maus-tratos à criança, o mau-trato físico, o abuso sexual, o mau-trato emocional e a negligência. Em relação aos indicadores dos maus-tratos apontou, como primeiro indício, as incoerências observadas no histórico dos casos. Acerca dos sinais e sintomas da síndrome, descreveu as seguintes características das lesões cutâneas:

- *Escoriações ou lacerações com a forma de um objeto, como por exemplo, fivela de cinto;*
- *Contusões em locais normalmente não afetados em casos de lesões durante práticas esportivas, como os braços, bochechas, face medial das coxas;*
- *Queimaduras lembrando luvas, sugestivas de imersão;*
- *Queimaduras no períneo;*
- *Queimaduras com forma específica;*
- *Queimaduras de cigarro, especialmente se múltiplas e em vários estágios de cura;*

Cheung descreveu também as características das lesões observadas na cabeça, as lesões do esqueleto, lesões abdominais e anogenitais, bem como as alterações de peso e estatura. No que diz respeito à documentação dos casos de maus-tratos, assinalou que as notificações devem ter uma descrição clara da lesão, a estimativa da data de sua ocorrência, o mecanismo lesivo envolvido, se há coerência da lesão com o histórico do caso, bem como a avaliação da

gravidade da lesão e da necessidade de hospitalização para tratamento. Ainda em relação à descrição das lesões, enfatizou que esta deve ser completa, com localização, tamanho, forma e cor. Cheung recomendou ainda a elaboração de diagramas e a realização de fotografias das lesões, estas últimas tomadas juntamente com referências que permitam avaliar o seu tamanho. Acerca das lesões ósseas e as lesões da cabeça, referiu a importância da radiografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, que têm especial valor tanto para o diagnóstico das lesões quanto para a sua documentação.

Carpenter (1999) pesquisou a prevalência e distribuição de equimoses acidentais em crianças no Condado de Darlington, Inglaterra, avaliadas rotineiramente pelo programa de Promoção à Saúde da Criança. Em uma amostra de 177 crianças pesquisadas, com idade entre 6 e 9 meses, encontrou um total de 32 equimoses em 22 crianças. Quinze delas apresentavam apenas uma, porém sete tinham de duas a quatro equimoses. Vinte e cinco lesões se localizavam na cabeça e face, enquanto as demais foram observadas nas pernas. Observou que em todos os casos as equimoses se localizavam em regiões anteriores do corpo, em locais com proeminências ósseas, estando 16 delas (50%) localizadas na região frontal. As lesões foram mais frequentes em crianças que já engatinhavam ou andavam, em comparação com as crianças que apenas sentavam. Corroborando observações anteriores de Silverman (1972) e Robertson (1982), concluiu que as equimoses de natureza acidental acometem mais comumente os locais de proeminências ósseas, sendo ainda mais frequentes quanto maior a mobilidade da criança. Referiu que nenhuma das crianças com lesão, em sua pesquisa, sofrera queda do berço ou cama, recomendando cautela em relação a familiares que apresentam tal explicação em casos de crianças com grandes equimoses.

De acordo com Simon (2000), o número anual de notificações de casos de abuso infantil nos Estados Unidos chega a 3 milhões, cerca de 2000 desses casos com óbito das crianças. Referiu que a cabeça e a região orofacial são preferencialmente afetadas nos casos de maus-tratos, com percentuais de 58 a

85% dos casos. Declarou que o cirurgião-dentista se encontra em situação privilegiada para reconhecer e notificar os casos de maus-tratos, isto porque as crianças são rotineiramente levadas ao mesmo dentista, o que não acontece nos casos de consultas médicas. Apesar disso, menos de 1% das notificações dos casos de abuso foram feitas por dentistas. Segundo Simon (2000), bem como Jessee (2000), vários fatores podem estar envolvidos, dentre eles a falta de conhecimento acerca dos sinais e sintomas dos maus-tratos, a ausência de boa-vontade por parte do profissional e o temor de sofrer alguma retaliação judicial. Simon mencionou, como um fator que contribui para agravar ainda mais o problema, o distanciamento entre os dentistas e a comunidade médica, o que torna difícil confirmar uma suspeita de maus-tratos. Descreveu os sinais e sintomas das diversas formas de maus-tratos, enfatizando as características das lesões extra-orais e intra-orais, oferecendo ainda um protocolo (checklist) para auxiliar o cirurgião-dentista na avaliação dos casos de maus-tratos. Lembrando que o papel do cirurgião-dentista é tratar as pessoas e não apenas os seus dentes, concluiu que este profissional tem um importante papel no cuidado à infância, além do dever legal, ético e moral de notificar todos os casos de suspeita de maus-tratos aos Serviços de Proteção à Criança.

Muito embora a maioria dos trabalhos enfatize o papel do cirurgião-dentista no atendimento à criança e os critérios a serem observados para a detecção dos casos de abuso, McDowel (1996) observou que a Violência Familiar tem outras vítimas, como a mulher e o idoso, e que o exame acurado e a documentação completa desses casos também são uma incumbência do cirurgião-dentista.

Erickson *et al.* (2001), em entrevistas com 310 profissionais, médicos da família e pediatras, nos Estados de Ohio, Kentuck e Indiana, observaram que muitos deles até mesmo desconheciam as recomendações da Academia Americana de Pediatria sobre a identificação dos casos de violência familiar e abuso infantil. A maioria queixou-se da falta de tempo e treinamento, além da ausência de um protocolo oficial, e que por isso lhes era difícil detectar os casos

de violência familiar e abuso infantil. Analisando o grupo de médicos que demonstrou ter melhor capacidade para reconhecer e documentar casos de violência familiar, constatou que os pediatras são mais precisos ao identificar os casos de mau-trato infantil, enquanto o mau-trato contra o adulto é mais bem reconhecido pelo médico clínico.

A presença de lesões traumáticas na pele também pode ser verificada em crianças ou adolescentes sem qualquer história de maus-tratos. Em um estudo com crianças e adolescentes levados à consulta durante um ano por outros motivos médicos, no Centro Médico da Universidade Laval, Quebec, Canadá, Labbé & Caouette (2001) encontraram lesões em 2.040 pacientes. As principais lesões eram contusões (equimoses e hematomas) e escoriações, verificadas em sua maioria nas pernas (50,1%), joelhos (32,9%), antebraços (13,8%), coxas (12,2%) e cotovelos (5,2%). Cabeça e face, bem como outras regiões, também apresentaram lesões, porém em menor proporção. Maior número de lesões foi verificado nas crianças de 5 a 9 anos de idade, sem diferença significativa quanto ao sexo. A maioria dos casos ocorreu no verão, devido ao fato das crianças usarem menos roupas e também pela sua maior exposição às circunstâncias causadoras de acidentes. Os autores concluíram que, embora certos locais sejam mais atingidos em casos de maus-tratos, a região corporal afetada não é um parâmetro fidedigno para o diagnóstico diferencial, pois qualquer parte do corpo pode ser lesada tanto por causa acidental quanto por maus-tratos físicos.

Loredó-Abdalá (2002) observou que as manifestações clínicas dos maus-tratos à criança tanto podem ser evidentes e lógicas quanto o contrário, ou seja, difíceis de perceber. Acerca da grande diversidade de sinais e sintomas apresentados pelas crianças que foram vítimas de maus-tratos em geral, destacou:

- *Expressão clínica óbvia (escoriação de profundidade variável na pele, queimaduras, fraturas, infecções de transmissão sexual, gravidez e outras).*
- *Alterações físicas, como baixa estatura, desnutrição, obesidade.*

- *Alterações do sistema imune, por interferência nas interleucinas, favorecendo infecções.*
- *Distúrbios do sono, provocando insônia, pesadelos, terror noturno, ou disfunção hormonal, como liberação ou alteração do hormônio do crescimento.*
- *Distúrbios psico-emocionais de grau variável, podendo modificar, na vítima, sua tolerância ao stress, sua personalidade e capacidade de adaptação.*

Sobre o mau-trato infantil em geral, inclusive aquele imposto fora do ambiente familiar, referiu ter sido proposta, pela Clínica de Atenção Integral à Criança Maltratada, do Instituto Nacional de Pediatria do México, a seguinte definição:

“Toda agressão ou omissão intencional, dentro o fora de casa contra um menor (es), antes ou depois de nascer, que afeta sua integridade bio-psico-social, realizada habitualmente por uma pessoa, instituição ou sociedade, em razão de sua superioridade física ou intelectual”.

Hettler & Greenes (2003), analisaram os prontuários de 219 crianças de 0 a 3 anos admitidas no Children’s Hospital de Boston, no período de 1993 a 2000, com quadro de hemorragia intracraniana de origem traumática. Destes casos, 66 foram excluídos, sendo 28 deles porque apresentavam anomalias do sistema nervoso central (malformação cerebral, tumor, hemorragia intracraniana prévia, malformação arterio-venosa), 7 porque tiveram hemorragia intraventricular neonatal e 21 porque eram portadores de distúrbios da coagulação. Dos 163 casos incluídos na pesquisa, 49 (30%) se enquadravam no critério bem definido de abuso. Neste grupo, 20 casos (41%) apresentavam hemorragia retiniana e fratura altamente sugestiva de abuso; 19 casos (39%) tinham apenas hemorragia retiniana, enquanto 6 casos (12%) eram portadores apenas de fraturas altamente sugestivas de abuso. Em relação ao histórico do trauma, 12 casos (24,5%) tinham relato de queda de uma altura de menos de três pés; 3 casos (6,1%) foram explicados como decorrentes de outros traumatismos, e 34 casos (69,4%) não

tinham nenhum histórico de trauma. Concluíram que as circunstâncias de atendimento de crianças com lesão na cabeça, sem nenhum histórico de trauma, são altamente sugestivas de que essas crianças foram vítimas de maus-tratos. Da mesma maneira, sugere maus-tratos a criança com lesão na cabeça e lesão neurológica persistente, com história de traumatismo leve. Constituem ainda um forte indicativo de abuso, as mudanças no relato feito pelos familiares, em relação às circunstâncias que resultaram no traumatismo.

Taitz *et al.* (2004), avaliaram casos de fraturas de ossos longos em crianças com idade abaixo de três anos, atendidas no período de um ano no Sydney Children's Hospital, Austrália, com o propósito de analisar a presença de indicadores de abuso, estabelecendo uma estimativa das fraturas que provavelmente foram decorrentes de abuso infantil e aquelas produzidas por prováveis causas acidentais. Detectaram 100 casos, com um total de 103 fraturas, das quais 36 eram de rádio/ulna, 27 de tíbia/fíbula, 20 de úmero, 17 de clavícula e 3 de fêmur. Em relação ao histórico do fato, de acordo com os dados dos prontuários, observaram que 55 casos foram explicados como decorrentes de queda de altura e 27 teriam sido devidos a quedas enquanto as crianças brincavam ou corriam. Verificaram ainda que, em 10 casos não houve testemunhas do fato, em 2 casos a causa foi desconhecida, e em 9 casos as fraturas ocorreram por outras circunstâncias, como torção, trauma contundente ou acidente com veículo motorizado. Os dados dos prontuários foram então avaliados levando-se em conta nove indicadores de abuso citados abaixo, extraídos entre os mais observados em revisões da literatura:

1. *História inconsistente ou incompatível.*
2. *Presença de fratura em criança com menos de 1 ano de idade.*
3. *Presença de outras lesões suspeitas em paciente com fratura de osso longo.*

4. *Fraturas de alto risco:*
 - *Fratura não-supracondilar de úmero em criança com menos de 18 meses.*
 - *Fratura de fêmur em criança menor de 1 ano.*
5. *Paciente com atendimento prévio por fratura de osso longo.*
6. *Demora injustificada em buscar o atendimento.*
7. *Qualquer lesão sem testemunhas.*
8. *Qualquer criança com mais de uma lesão durante o período do estudo.*
9. *Qualquer criança com mais de uma fratura no período do estudo.*

Observaram a existência de indicadores de abuso em 31 casos, dos quais 17 tinham um indicador, 11 crianças tinham dois indicadores e 3 crianças tinham três indicadores. Constataram que em apenas 1 caso (0,9%) de abuso houvera notificação, pelos médicos assistentes, à Unidade de Proteção à Criança. Concluíram que o seu estudo, a exemplo de outros trabalhos anteriores, evidenciava que a documentação dos casos de lesões em crianças é muitas vezes inadequada, pobre, tornando bastante difícil a investigação dos casos de abuso. Como resultado, muitos desses casos não são detectados, e as crianças permanecem na condição de vítimas potenciais de novas agressões. Enfatizaram a necessidade de verificação pelos médicos assistentes, durante o atendimento, dos indicadores de risco de abuso citados anteriormente, além do desenvolvimento de um protocolo para o atendimento dos casos de fraturas em crianças.

Mudd & Findlay (2004) alertaram sobre a importância do diagnóstico diferencial entre lesões cutâneas conseqüentes de mau-trato infantil e alterações decorrentes de lesões benignas ou outras condições médicas. Dentre os distúrbios capazes de mimetizar lesões por abuso físico, referiram a mancha mongólica, o impetigo bolhoso, eritema multiforme e púrpura de Henoch-

Schoenlein. Observaram que em algumas culturas o emprego de certos tratamentos caseiros, como a clássica aplicação de ventosas, pode causar eritema, petéquias e até queimaduras, semelhando casos de abuso físico. Observaram que, em alguns casos, deixar a criança em observação pode elucidar a questão. Nos casos de lesões dermatológicas mais complicadas, referiram a possibilidade de utilizar até mesmo o recurso da biópsia de pele.

Chaim *et al* (2004), avaliando os cirurgiões-dentistas em atividade, no que diz respeito aos critérios adotados diante de casos de maus-tratos na infância, observou que a grande maioria dos profissionais parece não ter condições adequadas para diagnosticar os casos de maus-tratos. Verificou que mesmo tendo havido orientação dos profissionais em relação ao tema, nos cursos de graduação ou pós-graduação, tal orientação parece não ter sido suficiente, demonstrando que a formação profissional ainda é inadequada no que diz respeito ao atendimento dos casos de maus-tratos.

Cairns *et al* (2005), em pesquisa realizada com cirurgiões-dentistas na Escócia, observaram que devido à falta de treinamento e à ausência de normas claras para a notificação, a maioria dos profissionais demonstrou desconhecer os procedimentos adequados em casos de suspeita de abuso infantil. Dos cirurgiões-dentistas pesquisados, 21% foram capazes de reconhecer casos de abuso, mas falharam ao indicar a conduta apropriada para esses casos. Concluíram que os cirurgiões-dentistas necessitam de um treinamento mais adequado para a avaliação dos indicadores de abuso infantil.

3 PROPOSIÇÃO

Em virtude da escassez de estudos sistemáticos sobre o tema nos Institutos Médico Legais do nosso país, temos grande carência de conhecimento no que se refere às lesões decorrentes da violência familiar contra as crianças e adolescentes, bem como sobre a gravidade jurídica do dano causado a essas vítimas. Esta deficiência dificulta extremamente a avaliação dos aspectos médico-legais envolvidos nestes casos e, muito pior, pode resultar em sérios prejuízos às vítimas, tanto no âmbito jurídico quanto social.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo analisar as lesões sofridas pelas crianças e adolescentes vítimas de Violência Familiar, examinadas no Departamento Médico Legal de Vitória no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2003, verificando os seguintes aspectos:

1. Tipos de lesões segundo a classificação médico-legal;
2. Os segmentos corporais envolvidos nas agressões;
3. A repercussão do dano à saúde das vítimas;
4. A natureza do agente lesivo envolvido;
5. A gravidade jurídica do dano.

Foi proposto também que, por meio desta pesquisa nos laudos, fosse realizada uma revisão crítica dos critérios médico-legais adotados nesses casos, fornecendo sugestões para atualização e melhoramento dessas perícias. Da mesma forma, seria possível obter elementos para a elaboração de um Roteiro para a Perícia de Lesões Corporais de crianças e adolescentes vítimas de Violência Familiar, propiciando assim uma orientação técnica mais precisa para a avaliação desses casos.

Constituiu ainda objetivo deste trabalho, contribuir para uma maior aproximação entre a pesquisa de qualidade nos serviços de saúde e a pesquisa sobre Violência Familiar no âmbito da Medicina Legal.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um levantamento nos arquivos do Departamento Médico Legal de Vitória, órgão responsável pela realização das perícias forenses da Região Metropolitana da Grande Vitória, vinculado à Secretaria de Segurança Pública do Estado do Espírito Santo.

Foram revisados todos os laudos de Exame de Lesões Corporais referentes ao período de janeiro de 2002 a dezembro de 2003, que compreendiam 27.559 laudos, dos quais foram selecionados os laudos referentes a perícias de crianças e adolescentes. O critério adotado para a seleção dos laudos de pessoas de 0 a 18 anos de idade (crianças e adolescentes), respeitou o conceito disposto no Artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990), que considera criança a pessoa até os doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Dos laudos de Exame de Lesões Corporais de pessoas de 0 a 18 anos incompletos de idade, foram incluídos na pesquisa aqueles que continham informação de que se tratavam de casos de violência familiar, ou seja, em que os agressores eram citados como sendo parentes ou pessoas de íntima relação com as vítimas. Tal informação foi obtida, em grande parte dos casos, do próprio histórico do laudo. Nos casos em que não estava disponível no laudo, foi possível resgatar a informação do próprio ofício da autoridade policial que encaminhou a vítima para exame.

Foram excluídos da pesquisa os casos de Exame de Lesões Corporais solicitados pela autoridade em situações que envolviam histórico de abuso sexual, em cujos exames a perícia não comprovou a existência de nenhuma lesão corporal.

Admitiu-se o critério de Violência Familiar como sendo “toda e qualquer ação ou omissão advinda de parente ou pessoa em íntima relação com a vítima, que resulta ofensa aos seus direitos, integridade física ou saúde, ou interfere na sua capacidade de relação em sociedade.” Sob este conceito foram enquadradas

as agressões perpetradas por qualquer pessoa em relação de parentesco com a vítima, bem como pessoas em relação de afinidade, como marido, companheiro, namorado, amante do padrasto, namorado da mãe, etc.

Este critério levou a excluir da pesquisa os vários tipos de violência interpessoal não-familiar, os casos de agressões por vizinhos, colegas de escola, funcionários de creches e outros agressores não incluídos no círculo de relação parental.

As informações extraídas dos laudos selecionados incluíram, além dos dados demográficos habituais, a relação de parentesco do agressor com a vítima, o dia da semana em que ocorreu a agressão, o número de agressores, o objeto utilizado na agressão e os dados referentes à parte descritiva das lesões corporais verificadas ao exame. Neste aspecto foram analisados os diversos tipos de lesão, a região do corpo atingida, a intensidade e a quantidade das lesões, bem como a classificação jurídica do dano de acordo com os critérios do Art. 129 do Código Penal, demonstrada por meio das respostas aos quesitos.

Os dados foram criteriosamente lançados em planilha eletrônica (Microsoft Excell), sendo posteriormente submetidos à avaliação dos achados e sua análise estatística.

O projeto de pesquisa deste trabalho foi devidamente protocolado na Comissão de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), onde foi analisado e aprovado, conforme se pode constatar pelo Certificado de Aprovação, Anexo N° 1.

5 RESULTADOS

Os dados referentes à Violência Familiar contra a criança e o adolescente, apresentados neste trabalho, situam-se no universo constituído pelo grande número de laudos periciais do Departamento Médico Legal de Vitória, em que foi possível constatar um expressivo aumento da quantidade de perícias realizadas nos últimos anos. O citado aumento nas diversas perícias realizadas pela instituição constitui um fiel indicador do crescimento da violência em geral na Região Metropolitana da área do estudo. (Tabela 1)

Tabela 1

Quantidade de perícias no Departamento Médico Legal de Vitória de 1994 a 2003.

ANO	Cadavéricos	Lesões Corporais	Sexologia	Embriaguez
1994	2.065	6.988	593	509
1995	2.256	7.762	648	999
1996	2.321	9.684	767	1.305
1997	2.899	7.366	481	1.214
1998	2.824	7.461	576	973
1999	2.869	9.329	766	956
2000	2.780	11.024	774	1.799
2001	2.659	11.080	582	722
2002	2.533	14.808	657	1.223
2003	2.398	12.751	640	704

Fonte: DML Vitória - ES

Os dados referentes aos dez anos anteriores aos da pesquisa demonstram, primeiramente, que os Exames de Lesões Corporais representam o tipo de perícia mais comum, superando em muito as demais perícias. Observa-se também que houve um aumento ainda maior na quantidade de Exames de Lesões Corporais nos últimos anos, notadamente a partir do ano de 1999, aumento este que não se

verificou em relação aos outros tipos de perícias. Neste sentido, pode-se observar que os Exames Cadavéricos e de Embriaguez tiveram inclusive uma ligeira redução no mesmo período. (Figura 1)

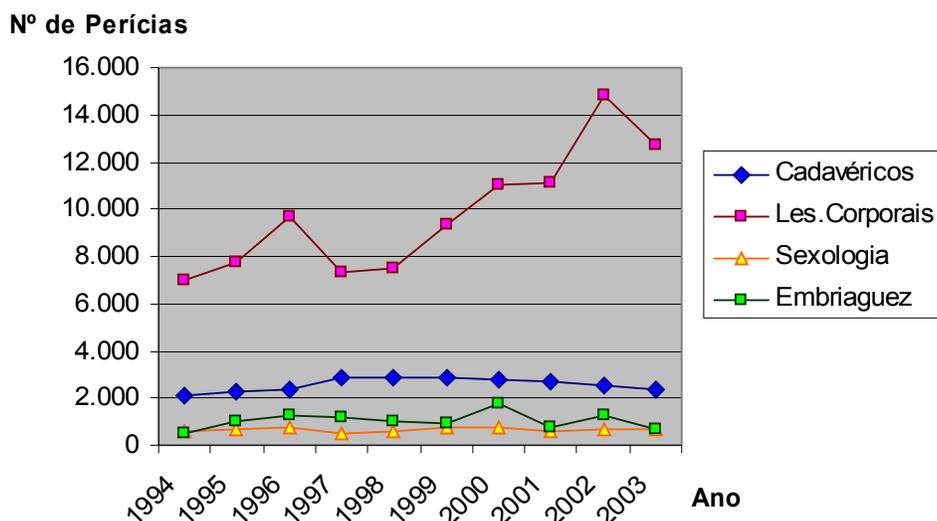


Figura 1 - Evolução dos principais tipos de perícias no período de janeiro de 1994 a dezembro de 2003. (Fonte: DML Vitória)

Selecionando os laudos de Exame de Lesões Corporais de crianças e adolescentes vítimas de Violência Familiar no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2003, conforme Tabela 2, foram observados 895 casos, dos quais 470 ocorreram no ano de 2002 e 425 em 2003. Do total de 895 casos examinados nos dois anos, 36,64% (328 casos) eram do sexo masculino, e 63,35% (567 casos) eram do sexo feminino.

Numa primeira análise dos dados foi possível constatar de imediato uma marcante prevalência de vítimas do sexo feminino, tendo sido esta diferença ainda mais acentuada no ano de 2002. (Tabela 2)

Tabela 2

Número de casos de crianças e adolescentes, divididos por sexo.

ANO	SEXO	Nº CASOS	%	TOTAL
2002	Masc	161	34,3	470
	Fem	309	65,7	
2003	Masc	167	39,3	425
	Fem	258	60,7	
TOTAL				895

Pode-se constatar a prevalência de vítimas do sexo feminino em 2002 e uma queda no ano de 2003, que pode ser melhor visualizada na Figura 2.

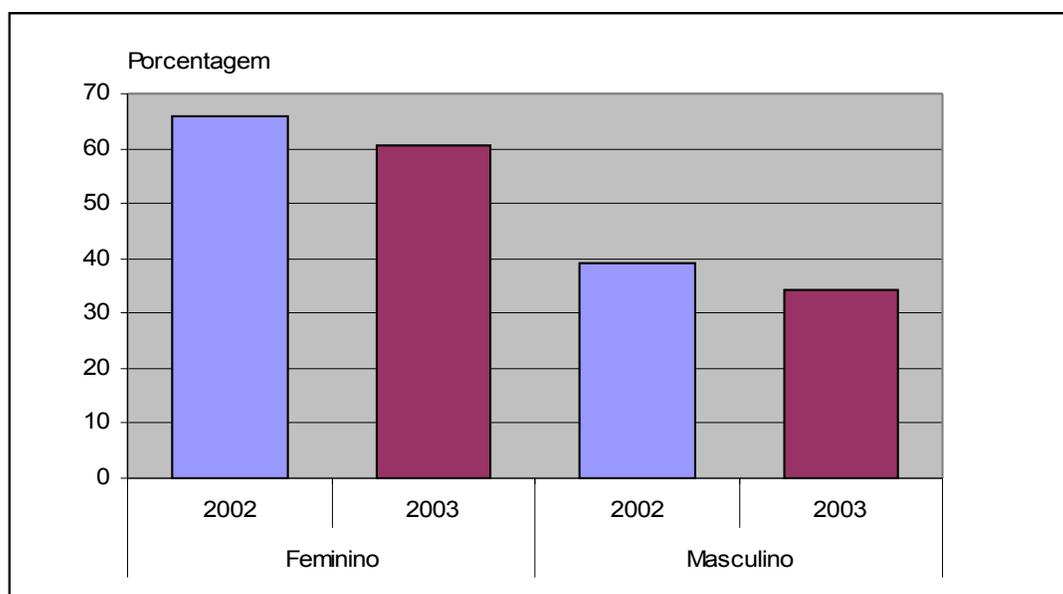


Figura 2 – Percentual de casos analisados em 2002 e 2003, segundo o sexo.

As vítimas do sexo feminino, em 2002, representavam 65,7% e 60,7% em 2003. Entretanto, essa diminuição de percentual não foi estatisticamente significativa ($p=0,1182$).

A idade das vítimas apresentou uma distribuição quase uniforme entre os grupos de 6 a 15 anos, o que abrangeu a maior parte das crianças (6 a 12 anos) da amostra e boa parte dos adolescentes (12 aos 18 anos). Os dados mostram, entretanto, que houve uma incidência significativamente maior de casos nos últimos três anos da adolescência. (Tabela 3)

Tabela 3

Percentual e número de casos, segundo a idade das vítimas.

IDADE	Nº CASOS	%
0 ---- 3	79	8,82
3 ---- 6	99	11,06
6 ---- 9	126	14,07
9 ---- 12	141	15,75
12 ---- 15	165	18,43
15 ---- 18	285	31,84

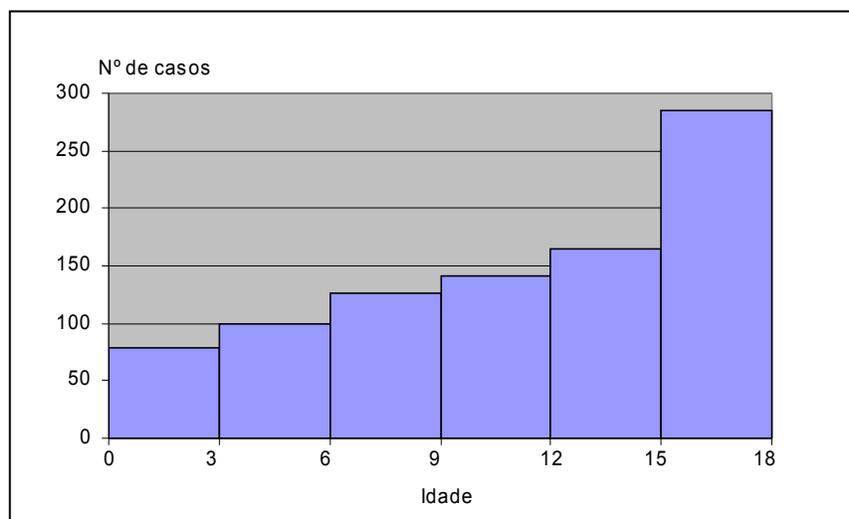


Figura 3 – Número de casos analisados, segundo a faixa de idade.

A análise comparativa dos grupos etários segundo o sexo das vítimas mostrou que o maior percentual verificado em relação ao sexo feminino estava no

grupo dos adolescentes, tendo havido certo equilíbrio de gênero no grupo das crianças. (Tabela 4)

Tabela 4
Distribuição das vítimas por idade e sexo.

GRUPOS DE IDADE	SEXO	Nº CASOS	%
Crianças (0 a 12 anos)	Masc	234	26,14
	Fem	211	23,57
Adolescentes (12 a 18 anos)	Masc	94	10,50
	Fem	356	39,77
TOTAL		895	100,00

A distribuição dos casos analisados na pesquisa indica que houve uma incidência muito semelhante nos municípios mais próximos da sede da Região Metropolitana da Grande Vitória, com um valor um pouco maior na própria cidade de Vitória. (Figura 4)

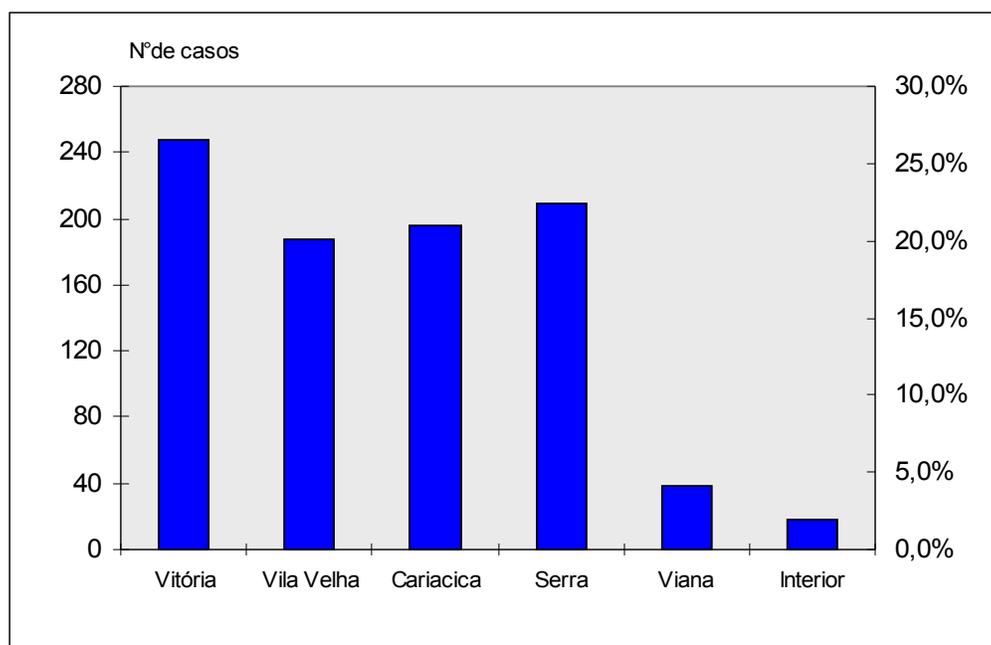


Figura 4 – Número e percentual de casos por município.

Nota-se uma maior diferença em relação ao município de Viana, que apresentou valores bem abaixo dos demais. Um outro resultado observado foi o pequeno número de casos em que as vítimas eram procedentes de cidades do Interior. Isto se deve ao fato de existirem três unidades de perícia médico-legal, os Serviços Médicos Legais (SML), nas cidades de Cachoeiro de Itapemirim (Região Sul do Estado), Colatina (Oeste) e Linhares (Norte). Em relação às demais cidades do interior, pelo fato de não existirem peritos oficiais e considerando também a dificuldade para o deslocamento das vítimas para outros municípios, as perícias de Lesões Corporais são muitas vezes realizadas por Peritos Ad-Hoc.

Da mesma forma, o número de casos verificado na cidade de Vitória, um pouco maior em comparação com os municípios de Vila Velha, Cariacica e Serra, pode ser, em parte, devido ao fato do Departamento Médico Legal ser localizado naquela cidade.

Analisando os resultados segundo o agressor, foi possível constatar que a vitimização foi perpetrada pelo próprio pai da criança ou adolescente na maior parte dos casos (302 - 33,74%). A mãe foi a agressora em segundo lugar (180 casos - 20,11%), seguida pelo padrasto (111 casos - 12,40%).

Em quarto lugar figuravam as agressões pelo parceiro da vítima, que era companheiro (61 casos), namorado (11 casos) ou marido (8 casos), totalizando 80 casos (8,93%). Em quinto lugar (61 casos - 6,81%) estavam as agressões cometidas pelo tio ou tia das vítimas, estando em sexto, com 45 casos (5,02%) um irmão ou irmã. Seguem-se então, na ordem dos agressores, o ex-marido ou ex-companheiro (32 casos - 3,57%), a madrasta (17 casos - 1,89%), primo ou prima (9 casos - 1,00%) e ambos os pais (7 casos - 0,78%).

Outros tipos de agressores foram observados, porém cometeram agressões em 3 casos (0,33%) ou menos, como o cunhado, amásio da mãe, avô, namorado da irmã, primos, e outros, que totalizaram 41 casos (4,58%). (Tabela 5)

Tabela 5
Agressores mais freqüentes

AGRESSOR	Nº CASOS	%
Pai	302	33,74
Mãe	180	20,11
Padrasto	111	12,40
Marido/Companheiro	80	8,93
Tio/Tia	61	6,81
Irmão/Irmã	45	5,02
Ex-marido ou Ex-companheiro	32	3,57
Madrasta	17	1,89
Primo/Prima	9	1,00
Pai e mãe	7	0,78
Outros	41	4,58
Total	895	100,00

Para melhor visualização dos resultados, observe a figura a seguir:

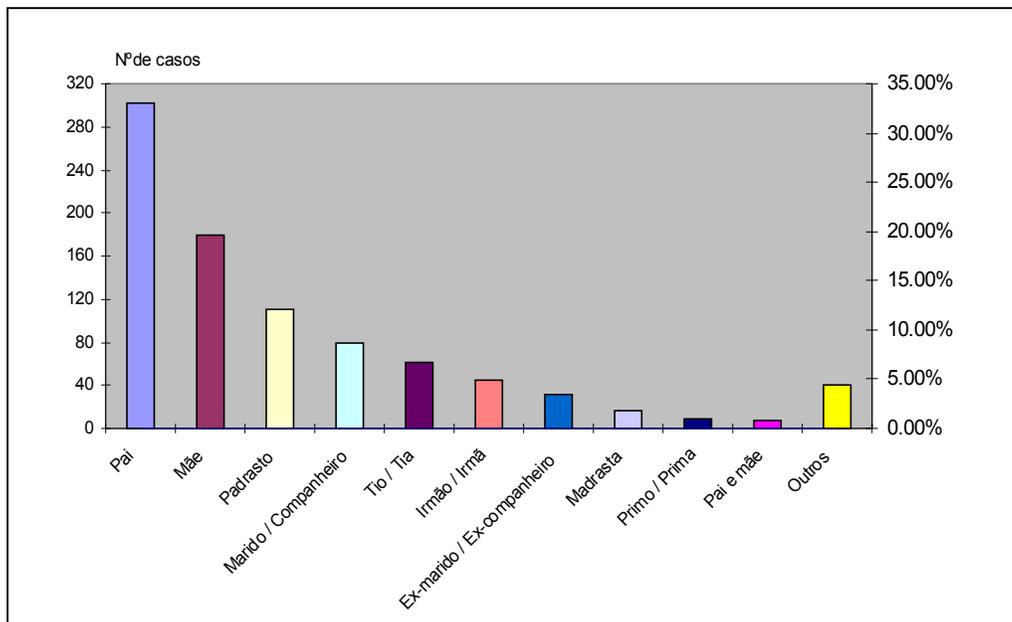


Figura 5 – Os dez agressores mais freqüentes.

Ainda em relação aos agressores, constatou-se também que os relatos permitem concluir que a grande maioria das agressões (870 – 97,20%) foi perpetrada por um único agressor. Dois agressores teriam sido responsáveis pela agressão em 23 casos (2,56%) e três agressores em apenas dois casos (0,22%). (Tabela 6)

Tabela 6
Número de agressores por episódio de agressão.

Número de Agressores	Nº Casos	%
Um agressor	870	97,20
Dois agressores	23	2,56
Três agressores	2	0,22
Total	895	100,00

Nos vinte e três casos em que os agressores eram dois parentes, observou-se que o pai e a mãe juntos foram os responsáveis por oito casos, pai e madrasta por quatro. Dois irmãos foram os agressores em duas circunstâncias, dois primos em duas, além de mãe e padrasto, também em duas. Foram agressores pelo menos em um caso, a mãe e tia, mãe e avó, tio e tia, prima e amásio, e tia e prima. Nas duas únicas ocasiões em que figuraram três parentes como agressores, estes eram duas tias e o avô em um dos casos, e duas tias e a avó no outro.

Acerca do tempo decorrido desde a agressão, em 353 casos (39,44%) esta informação não constava do histórico do laudo e nem do ofício da autoridade que solicitou a perícia. Dos 542 casos restantes, observou-se que a maioria (392 casos – 72,32%) foi submetida ao exame pericial no mesmo dia da agressão ou no dia seguinte. Foram examinados dois a três dias após a agressão 96 pacientes (17,71%), quatro a cinco dias 37 (6,82%) e seis a dez dias 11 casos (2,02%). Exames realizados decorridos mais de dez dias da agressão ocorreram em apenas 6 dos casos (1,10%). (Figura 6)

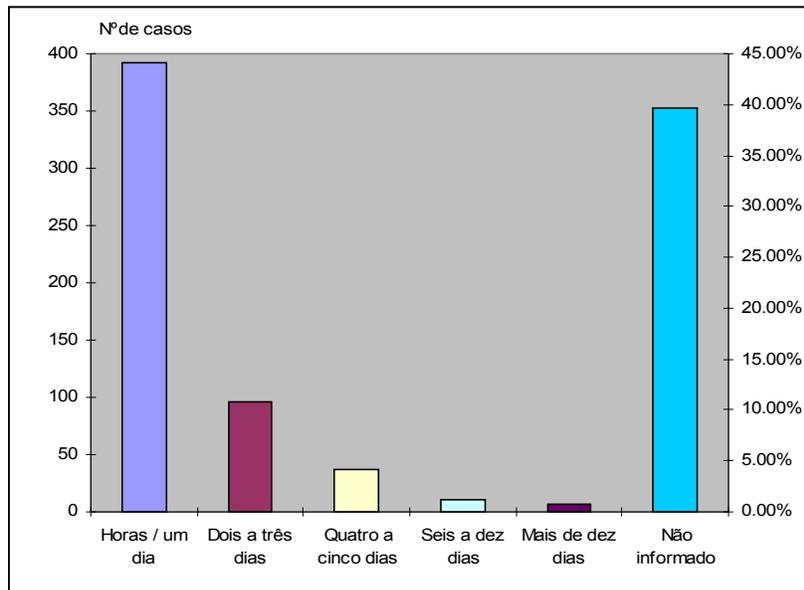


Figura 6 – Tempo decorrido da agressão

A análise dos laudos no que diz respeito ao dia da semana em que ocorrera a agressão mostrou que esta informação estava presente em 521 casos (58,21% dos laudos). Os resultados mostram que a maior incidência de agressões se dera nos finais de semana, dos quais 107 casos (11,95%) teriam ocorrido no domingo e 96 (10,72%) no sábado. Nos demais dias da semana, a quantidade de casos foi de 71 na segunda-feira, 66 na terça-feira, 60 na quarta, 55 na quinta e 66 casos na sexta-feira. (Figura 7)

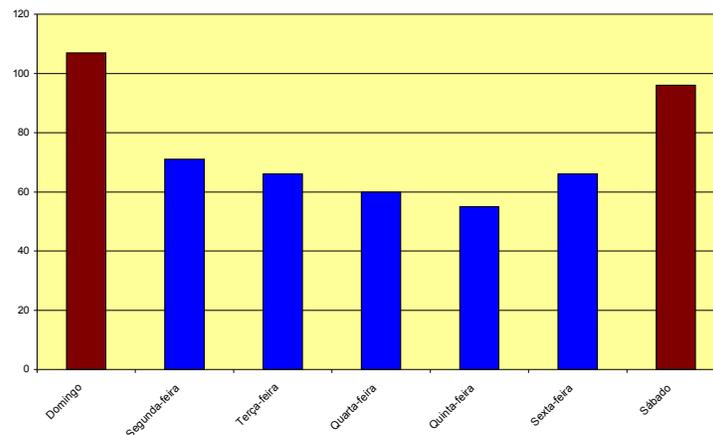


Figura 7 – Distribuição das agressões durante a semana.

Estes resultados confirmam estatísticas já apresentadas por algumas instituições. A maior ocorrência de agressões a crianças e adolescentes nos fins de semana parece ser devida, primeiramente, à própria permanência dos pais em casa neste período, o que parece propiciar a exacerbação de tensões já existentes, como também proporcionar o surgimento de novos conflitos. Um fator que também está relacionado é o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos agressores nos finais de semana, circunstância esta bastante citada pelas vítimas, embora poucas vezes mencionada nos laudos. Infelizmente, em nosso país, este hábito é ainda estimulado pelos próprios meios de comunicação, que relacionam o lazer dos finais de semana com o consumo de bebidas alcoólicas.

Um outro aspecto relevante das agressões, que se procurou verificar nas informações dos laudos, refere-se ao relato de utilização pelo agressor de algum objeto específico para a agressão. Infelizmente, 766 (85,58%) laudos não continham tal informação, nem esta foi referida no ofício da autoridade. No restante dos casos (129 - 14,41%), esta informação foi extraída do histórico do laudo ou do próprio ofício que solicitou a perícia. Pelas informações colhidas foi possível relacionar os objetos empregados, conforme se vê na Tabela 7.

Tabela 7

Objeto ou meio utilizado nas agressões.

OBJETO UTILIZADO	Nº CASOS
Cinto	30
Utensílios domést.	19
Pau / Vara	15
Calçado	14
Fio elétrico	11
Arma Branca	10
Unhas / dente	10
Objetos quentes	8
Ferramentas	3
Pedra	2
Corrente nos pés	2
Outros	5
Não informado	766
Total	895

Verificou-se que cinto, utensílio doméstico, pau ou vara, calçado e fio elétrico foram os objetos mais mencionados. É possível que a utilização de tais objetos possa estar relacionada, de certa forma, à própria questão cultural do castigo físico, ainda presente em muitas famílias brasileiras. Até alguns anos, não eram raros os casos de pais que mantinham alguns desses objetos em um local “estratégico”, como alerta para os filhos, e para tê-los ao alcance das mãos, caso fosse necessário.

A falta de referência ao objeto utilizado pelo agressor, observada na grande maioria dos laudos (766 – 85,58%), pode ser decorrência, pelo menos em parte, do fato do agressor ter utilizado o seu próprio corpo, por meio de tapa, soco, chute ou empurrão. Esta maneira de agredir é também citada como mais freqüente em outras pesquisas (Christian, 1997; Johnson, 2002). Por outro lado, é preciso considerar, também, que esta referência pode ter sido omitida por outro motivo, como por exemplo, uma quantidade maior de casos para serem atendidos em alguns momentos, o que pode ter levado o médico a fazer um relato mais resumido.

Uma outra possibilidade poderia ser porque muitas autoridades policiais entendem que o histórico do caso deve ser feito pelo médico, ao passo que muitos médicos reputam ao histórico um papel secundário, tendendo a desconsiderar um pouco esta parte do laudo, com a alegação de que o mais importante no laudo pericial é representado pela parte descritiva das lesões e pelas respostas aos quesitos.

A grande maioria das crianças e adolescentes (806 – 90,05%) apresentava algum tipo de lesão, recente ou cicatrizada, visível durante o exame pericial. Em apenas 89 casos (9,95%) não foi detectado nenhum sinal de lesão durante o exame. (Figura 8)

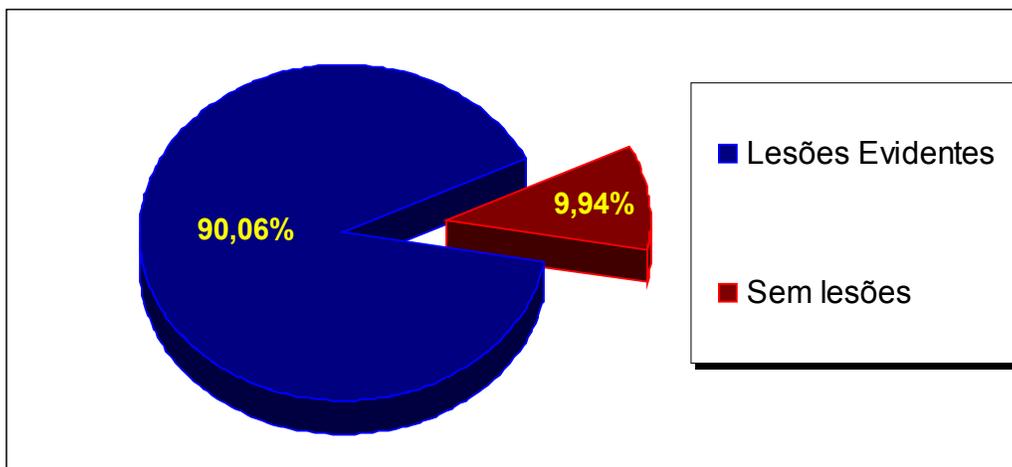


Figura 8 – Evidência de lesões ao exame.

Esta proporção de casos em que as lesões eram evidentes mostra que a grande maioria das crianças e adolescentes que compareceram às Delegacias para registro de notícia-crime em decorrência de agressão por parentes apresentava, de fato, sinais dessas agressões. Entretanto, como se trata de um problema complexo, não se pode basear simplesmente neste dado para inferir que a grande maioria das crianças e adolescentes apresentava motivos para ser levada ou procurar a polícia, nem que queixas infundadas sejam mais raras em nosso meio.

Quanto aos poucos casos sem evidência de lesões, é possível admitir que a agressão simplesmente não tenha ocorrido, ou que tenha acontecido uma agressão muito leve, sem uma violência maior contra a vítima. Outra possibilidade que também não se pode afastar é que pode ter sido utilizado um mecanismo que não deixou sinal de lesão. Não são raros os relatos, por parte das vítimas, de que o “agressor sabe bater”, ou então que “só bate em locais que não deixam marcas”. Nesses casos, infelizmente, a perícia é muito pouco esclarecedora e a comprovação do fato dependerá, quase sempre, de outros meios, como o relato de alguma eventual testemunha da agressão.

Nos 806 casos que apresentavam algum tipo lesão visível, observou-se um marcante predomínio das lesões produzidas por agentes mecânicos, sendo

que a equimose esteve presente em 479 casos (59,42%), a escoriação em 400 (49,62%) e o hematoma em 184 (22,82%). A ferida contusa figurou em quarto lugar, tendo sido observada em 60 casos (7,44%). As demais lesões incidiram com frequência de menos de 2% (dois por cento) dos casos.

Merece destaque, por estar bem abaixo do esperado, o pequeno número de referências a lesões dentárias, descritas em apenas 5 casos (0,62%). (Tabela 8)

Tabela 8

Tipos de lesões e quantidade de casos, nos 806 casos com lesões visíveis.

Tipo de Lesão	Quant
Equimose	479
Escoriação	400
Hematoma	184
Ferida Contusa	60
Lesão Incisa	14
Les. Corto-contusa	14
Cicatriz	14
Queimadura	13
Les. Perfuro-incisa	5
Lesão Dentária	5
Fratura	4
Luxação	2
Outras	5

Acerca da incidência dos tipos de lesões por vítima, a análise dos 806 laudos de crianças e adolescentes que apresentavam lesão evidente, mostrou que a maior parte dos casos (472 – 58,56%) apresentava apenas um tipo de lesão, 277 (41,56%) exibiram dois tipos de lesão, tendo sido constatados três tipos em 57 casos (7,07%). (Figura 9)

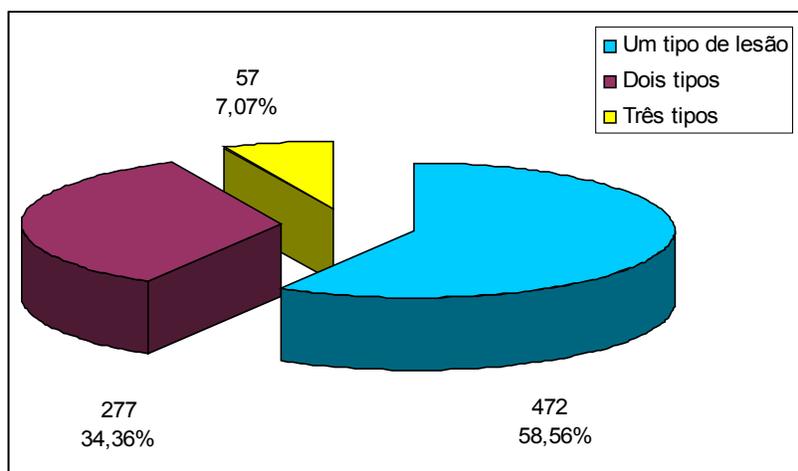


Figura 9 – Frequência dos tipos de lesão por vítima.

Um único tipo de lesão foi observado em 472 dos 806 casos (58,56%), estando, por ordem de frequência, equimose, escoriação, hematoma, ferida contusa e queimadura nos cinco primeiros lugares. (Tabela 9)

Tabela 9 - Lesões dos casos que apresentaram um único tipo de lesão.

Tipo de Lesão	Quant.	%
Equimose	237	50,21
Escoriação	136	28,81
Hematoma	50	10,59
Ferida Contusa	14	2,96
Queimadura	8	1,69
Lesão Corto-contusa	5	1,06
Cicatriz	5	1,06
Lesão Incisa	4	0,84
Les. Perfuro-Incisa	3	0,63
Fratura	3	0,63
Luxação	2	0,42
Lesão Dentária	1	0,21
Outras Lesões	4	0,84
Total	472	100,00

Apresentavam dois tipos de lesão visíveis à ectoscopia durante o exame 277 casos (34,36%), observando-se com maior freqüência a combinação de escoriação e equimose. (Tabela 10)

Tabela 10 - Lesões dos casos que apresentaram dois tipos combinados.

Tipo de Lesão	Quant.	%
Escoriação e equimose	144	51,98
Escoriação e hematoma	44	15,88
Equimose e hematoma	40	14,44
Escoriação e ferida contusa	12	4,33
Hematoma e ferida contusa	7	2,52
Equimose e ferida contusa	6	2,16
Outras	24	8,66
Total	277	100,00

Em 57 casos (7,07%) as vítimas apresentaram três tipos de lesões, notando-se ainda uma maior freqüência em relação às lesões contusas mais comuns, ou seja, escoriação, equimose e hematoma. (Tabela 11)

Tabela 11 - Lesões dos casos que apresentaram três tipos combinados.

Tipo de Lesão	Quant.	%
Escoriação, equimose e hematoma	29	50,87
Escoriação, equimose e ferida contusa	11	19,29
Equimose, hematoma e ferida contusa	5	8,77
Escoriação, equimose e queimadura	2	3,50
Outras lesões combinadas	10	17,54
Total	57	100,00

Em relação à quantidade de lesões por vítima, independente do tipo de lesão apresentado, os resultados mostram que 183 (22,70%) apresentavam uma única lesão, 187 (23,20%) apresentavam duas lesões e 170 (21,09%), três lesões. Observaram-se 104 casos (11,62%) de laudos de crianças e adolescentes com quatro lesões na superfície corporal, 54 (6,03%) com cinco lesões, 90 casos (10,05%) com seis a dez lesões e 18 (2,01%) com mais de dez lesões. Os grupos de uma, duas e três lesões abrangeram maior número de casos que os demais grupos, além de apresentarem equivalência de proporção, que variou apenas entre 21 e 23%. (Figura 10)

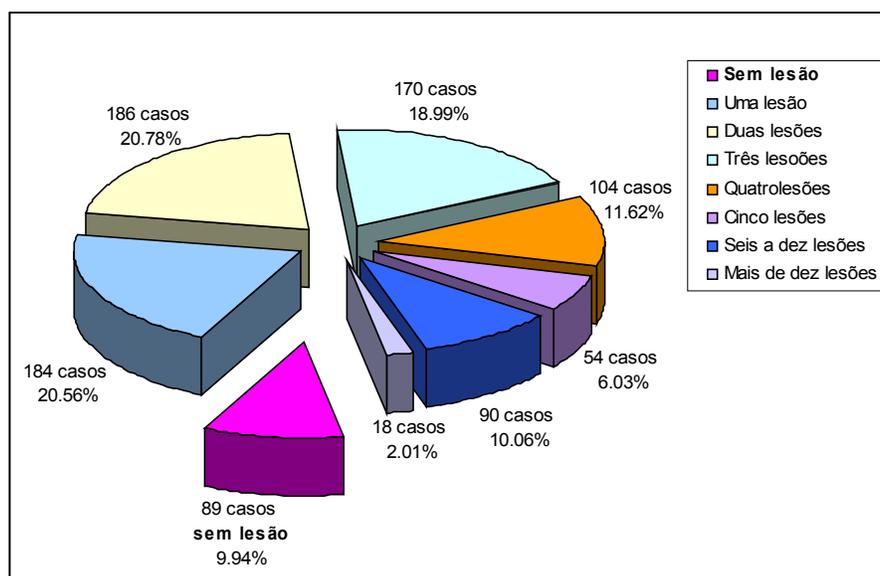


Figura 10 – Número de lesões por vítima

As 183 vítimas que apresentaram uma só lesão corporal externa visível ao exame tinham essa lesão localizada na cabeça em 74 casos (40,43%), nos membros superiores em 43 (23,49%), nos membros inferiores em 32 casos (17,48%) e na face posterior do tórax em 12 casos (6,55%), estando o restante (22 – 12,02%) distribuído nas demais regiões corporais. (Figura 11)

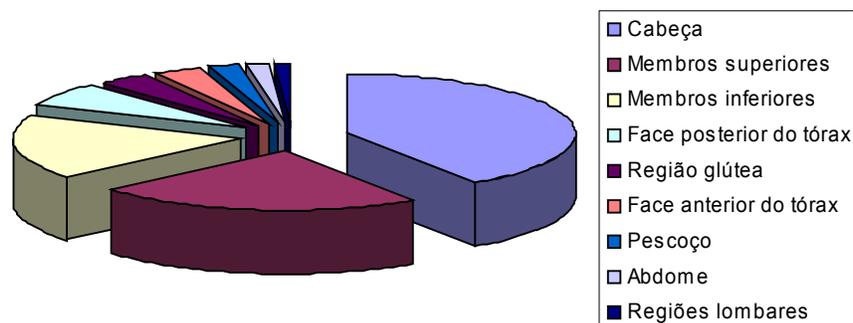


Figura 11 – Localização da lesão nos casos de lesão única.

O tipo de lesão única mais freqüente foi a equimose (76 casos – 41,53%), seguido por hematoma (43 casos – 23,49%), escoriação (31 casos – 16,93%), ferida contusa (12 casos – 6,55%), e os demais tipos. (Tabela 12)

Tabela 12 - Tipos de lesões nos casos de lesão única.

Tipo de Lesão	Nº Casos
Equimose	73
Hematoma	43
Escoriação	31
Ferida Contusa	12
Ferida Corto-contusa	5
Ferida Incisa	3
Ferida Perfuro-incisa	3
Queimadura	3
Fratura	3
Luxação	2
Lesão dentária	1
Perfuração de tímpano	1
Total	183

A Figura 12 mostra os grupos de idade das vítimas que apresentavam lesão única.

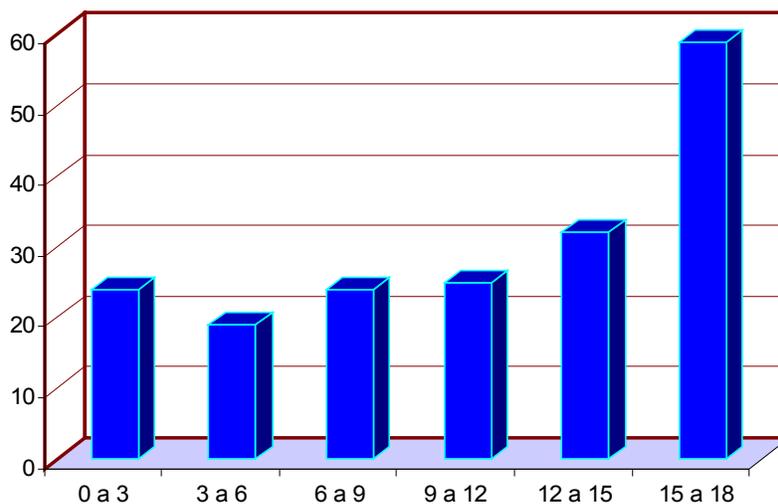


Gráfico 12 – Distribuição de idade para os casos com lesão única.

A análise do gráfico anterior mostra que houve equivalência entre o grupo de crianças (92 casos – 50,27%) e adolescentes (91 casos – 49,72%).

Os 806 laudos de crianças e adolescentes que apresentaram algum tipo de lesão corporal ao exame apresentavam uma boa descrição no que diz respeito às regiões corporais atingidas. Nestes laudos, observou-se uma maior incidência de lesões nos membros superiores (390 – 25,74%), seguindo-se a cabeça (351 – 23,30%), os membros inferiores (269 – 17,75%) e a face posterior do tórax (180 – 11,88%).

As demais regiões apresentavam lesões em menor proporção, tendo sido constatadas na região cervical em 78 (5,14%) casos, face anterior do tórax em 77 (5,08%), regiões lombares em 64 (4,22%), regiões glúteas em 61 (4,02%) e abdome em 43 (2,83%) casos. (Tabela 13)

Tabela 13 - Regiões Corporais atingidas e quantidade de lesões.

Região	Quant	%
Membros Superiores	390	25,74
Cabeça	353	23,30
Membros Inferiores	269	17,75
Face Posterior do Tórax	180	11,88
Cervical	78	5,14
Face Anterior do Tórax	77	5,08
Regiões Lombares	64	4,22
Regiões Glúteas	61	4,02
Abdome	43	2,83
Total	1515	100,00

Os resultados mostram que os membros superiores, a cabeça, os membros inferiores e a face posterior do tórax apresentaram uma quantidade de lesões significativamente maior do que cada uma das demais regiões corporais. (Figura 13)

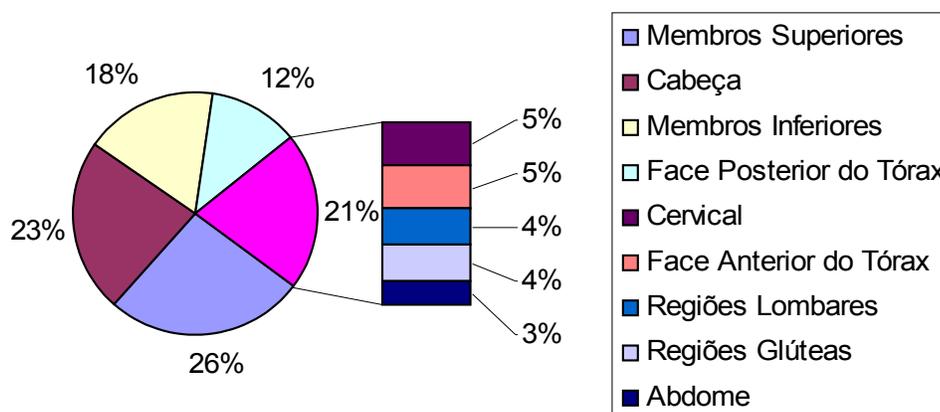


Figura 13 – Incidência das lesões nas diversas regiões corporais.

Lesões nos Membros Superiores:

Os membros superiores representaram a região corporal mais atingida, o que está coerente com o papel de defesa desta parte do corpo. (Tabela 14)

Tabela 14 - Tipos de Lesões e sua freqüência nos membros superiores.

Lesões nos Membros Superiores	Nº Casos
Equimose	169
Escoriação	117
Escoriação e equimose combinadas	37
Hematoma	15
Escoriação e hematoma combinados	7
Ferida Contusa	6
Ferida Incisa	6
Queimadura	5
Equimose e hematoma combinados	4
Escoriação e ferida contusa combinados	4
Outras	20
Total	390

Lesões na Cabeça:

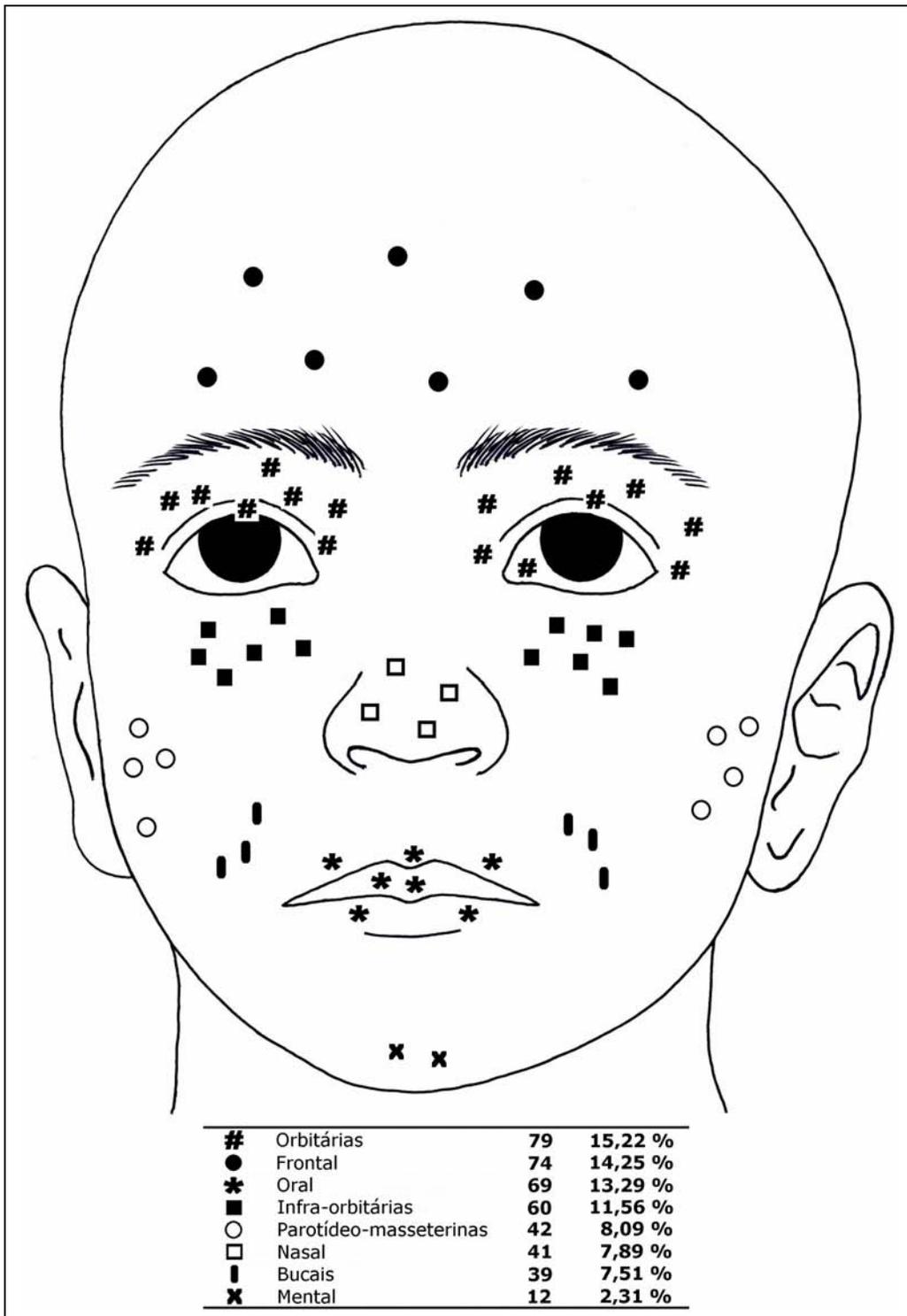
Tabela 15 - Tipos de Lesões da cabeça e sua freqüência.

Lesões na Cabeça	Nº Casos
Hematoma	82
Escoriação	79
Equimose	71
Escoriação e equimose	27
Equimose e hematoma	19
Ferida contusa	19
Escoriação e hematoma	16
Hematoma e ferida contusa	9
Ferida Corto-contusa	5
Outras	26
Total	353

A cabeça representou a segunda região corporal mais atingida, com 353 casos, os quais totalizaram 519 lesões de diversos tipos. Foram mais intensamente acometidas, por ordem de frequência, as regiões orbitárias, frontal, oral e infra-orbitárias. (Tabela 16)

Tabela 16 - Quantidade de lesões por região da cabeça.

Regiões da cabeça	Quant. lesões	%
Orbitárias	79	15,22
Frontal	74	14,25
Oral	69	13,29
Infra-orbitárias	60	11,56
Temporais	42	8,09
Parotídeo-masseterinas	42	8,09
Nasal	41	7,89
Buciais	39	7,51
Parietais	27	5,20
Zigomáticas	25	4,81
Mental	12	2,31
Occipital	9	1,73
Total	519	100,00



Desenho do Autor

Figura 14

Regiões da face atingidas com a quantidade de lesões e percentuais

Dentre as lesões observadas, 141 (27,43%) eram escoriações, 139 (27,04%) hematomas e 137 (26,65%) equimoses. As demais lesões estavam presentes em um número bem menor, com percentuais abaixo de 8%, podendo-se ressaltar a presença de lesão incisa em apenas um caso. (Tabela 17)

Tabela 17 - Frequência das lesões da cabeça, segundo o tipo de lesão.

Tipo de Lesão	Quantidade	%
Escoriação	141	27,16
Hematoma	139	26,78
Equimose	137	26,39
Ferida contusa	32	6,16
Corto-contusa	10	1,92
Queimadura	08	1,54
Cicatriz	08	1,54
Lesão Dentária	05	0,96
Lesão incisa	01	0,19
Lesões associadas	38	7,32
Total	519	100,00

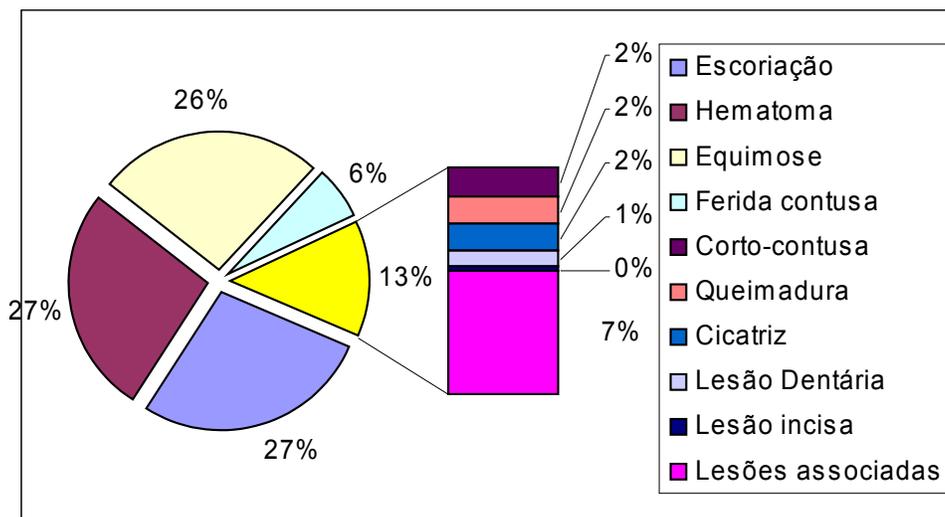


Figura 15 – Frequência das lesões na cabeça, segundo o tipo.

Observando-se a distribuição das lesões no Gráfico 14, nota-se que escoriação, equimose e hematoma, isoladamente, foram lesões mais freqüentes do que todas as demais lesões agrupadas.

Lesões nas Regiões Bucal e Oral:

Analisando-se isoladamente as lesões descritas nas regiões bucal e oral, verificou-se que a escoriação, a equimose e o hematoma foram as lesões mais freqüentemente observadas. (Tabelas 18 e 19)

Tabela 18 - Tipos de lesões e sua freqüência na região Bucal.

Lesões Região Bucal	Nº Casos	%
Escoriação	21	53,84
Equimose	14	35,89
Hematoma	2	5,12
Queimadura	2	5,12
Total	39	100,00%

Tabela 19 - Tipos de lesões e sua freqüência na região Oral.

Lesões Região Oral	Nº Casos	%
Escoriação	19	27,53
Hematoma	17	24,63
Equimose	11	15,94
Ferida Contusa	5	7,24
Hematoma + Ferida Contusa	5	7,24
Ferida Corto-contusa	2	2,89
Escoriação + Hematoma	2	2,89
Equimose + Ferida Contusa	1	1,44
Hematoma + Ferida Corto-contusa	1	1,44
Queimadura	1	1,44
Lesão dentária	5	7,24
Total	69	100,00%

Lesões Dentárias:

A análise dos 806 laudos das vítimas com lesões visíveis revelou 5 casos de lesões dentárias (0,62%). Analisando-se esses cinco casos sob o critério de sexo e idade, verificou-se que três eram adolescentes do sexo feminino, sendo uma com 16 anos e duas com 17 anos. Os outros dois casos eram de crianças, sendo uma do sexo feminino, com 5 anos de idade, e uma do sexo masculino, com 6 anos. Duas adolescentes teriam sido agredidas pelos seus companheiros, uma pelo irmão e cada uma das crianças pelo seu pai.

Não consta da descrição dos laudos desses casos que as vítimas tivessem sido examinadas por cirurgião-dentista antes do exame médico-legal, nem que as vítimas tenham apresentado algum laudo odontológico, radiografias dentárias ou algum outro documento comprobatório da lesão dentária.

A tabela abaixo mostra estes dados, bem como as referências às lesões dentárias, da maneira como foram descritas nos laudos. (Tabela 20).

Tabela 20 - Casos de Lesões Dentárias

Sexo	Idade	Agressor	Lesão Dentária
F	17	Companheiro	“Alteração do dente incisivo central inferior esquerdo”
F	05	Pai	“Arrancamento traumático do primeiro incisivo superior esquerdo”
F	17	Companheiro	“Lesão dentária”
F	16	Irmão	“Luxação de dois incisivos centrais superiores”
M	06	Pai	“Luxação do incisivo lateral superior direito”

A tabela mostra que dos cinco casos, os dentes incisivos superiores foram afetados em três, um incisivo mandibular em um, sendo que em um dos casos não havia referência ao elemento dentário atingido. Embora se trate de uma amostra muito pequena, os resultados estão de acordo com outros autores, que

mencionam os dentes anteriores maxilares como os mais afetados em casos de trauma facial. (Melo 1998, Mestrinho 1998, Andreasen 1994, Jessee 1995, Harding 1995, Josell 1995).

No caso da criança de cinco anos agredida pelo pai, o laudo referia unicamente a presença de “lesão dentária”, descrita exatamente desta maneira, sem qualquer informação mais específica. Também no laudo deste caso não havia nenhuma referência a outras lesões, quer na face quer em outra região corporal.

No restante dos laudos de lesões dentárias havia referências a lesões em outras regiões corporais. Pelas descrições, observou-se que uma das vítimas apresentava escoriações nos membros, uma apresentava escoriações e equimoses na cabeça e membros, uma outra possuía uma ferida contusa na cabeça e a última tinha escoriação, equimose e hematoma na cabeça e equimose em membros.

Além destes laudos que referiam lesões dentárias, nenhum laudo do grupo de 806 crianças e adolescentes com lesões corporais visíveis apresentou qualquer referência a outras lesões intraorais, ou seja, lesões da língua, palato ou gengiva. As lesões descritas em relação à região oral foram apenas lesões dos lábios, melhor visualizadas à ectoscopia. Uns poucos laudos faziam referência à dor localizada na região bucal ou oral, porém não apresentavam nenhuma outra descrição que indicasse que a cavidade oral tivesse sido examinada para detectar a origem do sintoma.

Considerando que a região oral representou a terceira região mais atingida na cabeça e que a grande maioria das lesões foi causada por ação contundente, principal agente lesivo envolvido no trauma dentário, é de se estranhar o pequeno número de casos de lesões dentárias (5 – 0,62%) descritos nos laudos da amostra estudada. Estes percentuais estão bem abaixo dos resultados verificados em outros trabalhos: Harding (1995) referiu que 50% dos casos de abuso infantil resultam em lesões da cabeça e face, sendo de 25% o percentual de lesões da boca. Gutmann (1995) observou, em 434 casos de trauma dentário, que 15,9% ocorreram em decorrência de violência doméstica.

Lesões por Mordedura Humana:

Em 16 casos (1,98%), os laudos faziam referência a lesões por mordedura humana (marcas de mordida), sendo que as lesões foram descritas como equimose ovalada ou circular, ferida contusa e ferida corto-contusa.

Tabela 21 - Distribuição das Lesões por Mordedura

Sexo	Idade	Agressor	Local Lesão	Quant
F	02	Mãe	Membro Superior D	1
F	03	Mãe	Membro Superior E	1
F	05	Pai	Membro Inferior E	1
M	12	Mãe	Membro Inferior D	2
F	13	Padrasto	Membro Superior D	1
F	13	Prima	Membro Superior D	1
F	15	Companheiro	Face posterior do tórax	1
F	16	Companheiro	Membro Superior D	2
F	16	Marido	Membro Superior D	1
F	16	Irmã	Membro Inferior E	1
F	16	Irmã	Ambos membros superiores	2
F	17	Companheiro	Face	1
M	17	Madrasta	Membro Superior E	1
M	17	Tio	Membro Superior D	1
F	17	Marido	Membro Superior E	1
F	17	Companheiro	Face	1

Observou-se que a maior parte das vítimas com marcas de mordida era do sexo feminino (13 casos – 81,25%) contra apenas 3 casos (18,75%) do sexo masculino.

Em relação ao grupo etário das vítimas, nota-se que os adolescentes foram mais atingidos (12 casos – 75%), tendo sido verificadas apenas 4 vítimas (25%) no grupo das crianças. Duas lesões por mordedura foram observadas em duas vítimas: uma menina de 12 anos com duas mordidas na coxa direita, produzidas pela mãe, e uma adolescente de 16 anos, agredida pelo seu companheiro, que apresentava duas marcas de mordida no membro superior direito, uma no braço e a outra no antebraço.

O agressor mais freqüente neste grupo (6 casos – 37,5%) foi o marido ou companheiro. Em segundo lugar figurou a mãe em 3 casos (18,75%), estando em terceiro a irmã, em 2 casos (12,5%). O pai, padrasto, madrasta, tio e primo figuraram como agressores em apenas um caso cada um deles. (Tabela 21)

Mais de uma vítima da mesma família:

A análise dos registros evidenciou que em 54 circunstâncias (6,03%) foram examinadas duas ou mais vítimas de uma mesma família. Analisando este grupo em relação ao número de vítimas por caso, se observou que em 46 casos (85,18%) ocorreu agressão de duas vítimas, em 7 (12,96%) três vítimas, enquanto em um único caso teriam sido agredidas quatro crianças de uma mesma família. (Figura 16)

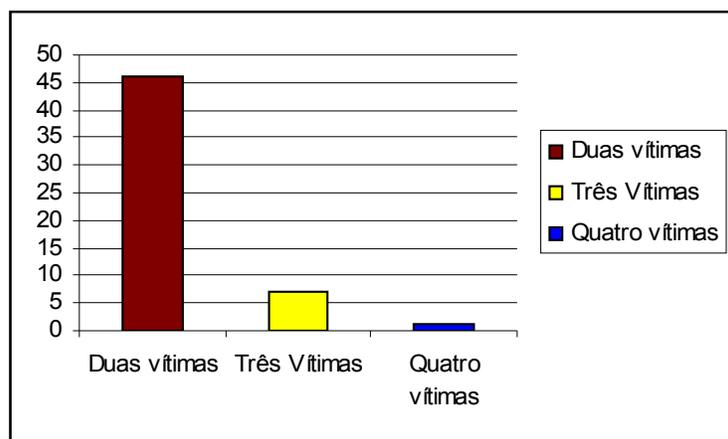


Figura 16 – Casos na mesma família segundo o número de vítimas.

O total de vítimas nesses casos foi 117, das quais 57 (49,13%) eram do sexo masculino e 60 (51,72%) do feminino, observando-se ainda que as idades variavam de 11 meses a 17 anos. Separando as idades em grupos verificou-se uma ocorrência maior de vítimas na faixa de 6 a 12 anos, que abrange as crianças em idade escolar. Não houve diferença significativa entre o grupo de adolescentes e o grupo de crianças com idade abaixo dos seis anos. (Tabela 22)

Tabela 22 - Grupos de idade das vítimas da mesma família

Faixa de Idade	Nº Casos	Percent
0 a 6 anos	30	25,64%
6 a 12 anos	52	44,44%
12 a 18 anos	35	29,91%
Total	117	100,00%

Também neste grupo o pai figurou como o agressor mais freqüente, sendo referido em 21 casos (38,88%), seguido pela mãe, em 12 casos (22,22%), o padrasto em 8 casos (14,81%) e o pai e mãe, juntos, em 3 casos (5,55%). A madrasta foi agressora em 2 situações (3,70%), bem como o tio. (Tabela 23)

Tabela 23 - Agressores nos casos de vítimas da mesma família.

Agressor	Nº casos	%
Pai	21	38,88
Mãe	12	22,22
Padrasto	8	14,81
Pais	3	5,55
Madrasta	2	3,70
Tio	2	3,70
Outros	6	11,11%
Total	54	100,00

Outras relações de parentesco foram observadas, sendo estes parentes responsáveis, cada um deles, por apenas um episódio de agressão. Neste grupo estavam avó, irmão e uma tia. Nos outros três casos, observou-se o seguinte: Em um deles o agressor era pai de uma criança e padrasto da outra; um outro caso era representado por agressão mútua entre dois irmãos adolescentes; no terceiro,

o agressor era marido de uma adolescente de 17 anos e pai de seu filho, de apenas onze meses de idade.

Verificou-se neste grupo, que 22 vítimas (18,80%) não apresentavam qualquer sinal de lesão detectável ao exame. Por outro lado, em mais da metade dos casos as vítimas apresentavam de uma a três lesões (64 casos – 54,70%). Em 11 casos (9,40%) as vítimas apresentaram quatro lesões ao exame, em 3 casos (2,56%) cinco lesões. De seis a dez lesões foram descritas em 11 casos (9,40%), enquanto 6 vítimas (5,12%) apresentavam mais de dez lesões.

A existência de 22 (18,80%) crianças ou adolescentes sem qualquer sinal de lesão ao exame se deve, em parte, ao fato de que a autoridade policial, dependendo das circunstâncias relatadas na notícia-crime, opta por solicitar o exame pericial de todos os filhos no sentido de comprovar se outras crianças da mesma família não teriam também sido agredidas. Estes 22 laudos periciais parecem indicar que a agressão, em muitos casos, é dirigida contra um dos filhos, ou pelo menos mais intensamente contra um deles.

Os 22 casos de vítimas sem lesões foram também analisados para verificar se os irmãos teriam apresentado lesões e a quantidade delas, sendo constatado que em 12 casos (54,54%) os irmãos tinham até três lesões. Situações em que as outras vítimas apresentavam quatro, cinco ou de seis a dez lesões ocorreram em apenas um caso cada. Em 2 casos (3,70%), os irmãos também não apresentavam lesões, ou seja, em duas famílias não havia sinais de agressão em nenhuma das crianças.

Em relação às lesões, observou-se que as 117 vítimas do grupo de mesma família apresentaram um total de 164 lesões, que atingiram mais frequentemente os membros superiores, com 42 lesões (25,60%), membros inferiores (36 – 21,95%), cabeça (35 – 21,34%) e face posterior do tórax (25 – 15,24%). As demais regiões foram atingidas em menos de seis casos. (Figura 17)

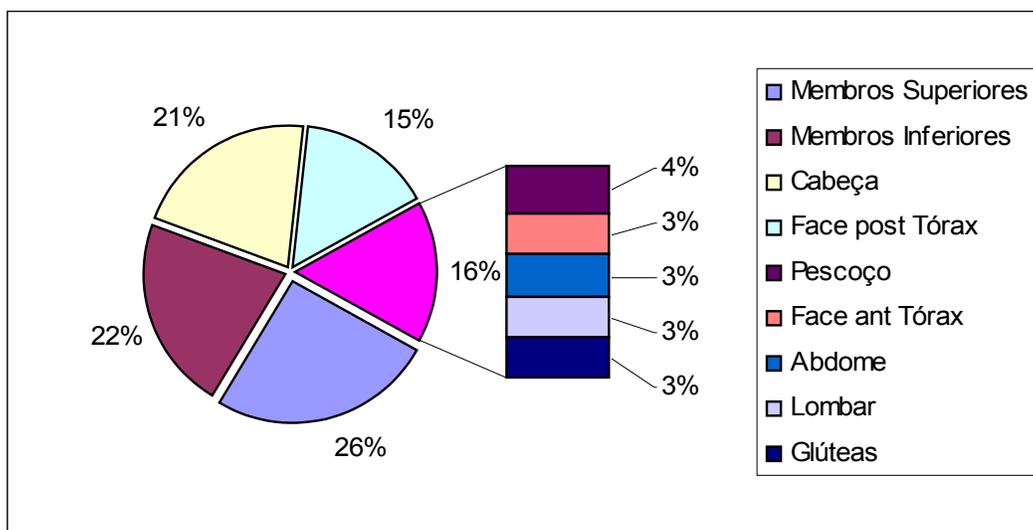


Figura 17 - Regiões corporais mais atingidas no grupo de vítimas da mesma família.

Observou-se também que os tipos de lesões seguiram um padrão de freqüência similar àquele observado no total de casos do estudo. As lesões mais freqüentes foram produzidas por agentes mecânicos, com a equimose figurando em primeiro lugar (53 casos – 45,29%), escoriação em segundo com 42 casos (35,89%), e o hematoma em terceiro, em 20 casos (17,09%). Outras lesões observadas apresentaram freqüência inferior a 6% das 117 vítimas, e algumas delas poderiam ter certo valor no sentido de comprovar possíveis maus-tratos por parte dos familiares: Três crianças de uma mesma família apresentavam cicatrizes ou marcas de lesões mais antigas, além de piodermite e escabiose. Duas crianças de outra família apresentavam múltiplas cicatrizes no corpo e sinais de atraso do desenvolvimento, uma delas com infecção importante no pé esquerdo.

Em alguns casos a perícia não pode comprovar a agressão ou os maus tratos o que, entretanto, não afasta de todo essa possibilidade. Em um caso uma criança de 10 anos apresentava sinais evidentes de déficit mental, porém sem nenhum sinal de lesão de natureza violenta. No caso de duas outras crianças levadas a exame em conseqüência de denúncia de maus-tratos segundo a qual a mãe as mantinha acorrentadas, uma não exibia qualquer sinal de lesão e a outra apresentava apenas uma escoriação de 1cm no tornozelo esquerdo.

Em relação ao objeto ou mecanismo utilizado para a agressão, neste grupo, verificou-se que em apenas 14 (25,92%) dos 54 casos tal informação estava disponível nos laudos. Dos mecanismos utilizados observou-se o cinto em 4 casos, choque elétrico em 2, além de arma branca, chinelo, corrente nos pés, mangueira plástica, ripa, cabo de vassoura, empurrão, prato e vara de ingá, cada um destes observado em um caso.

Casos de Gêmeos

Os dados mostraram ainda que em 7 casos (12,96%) de crianças adolescentes da mesma família, as vítimas eram representadas por irmãos gêmeos, tendo sido verificados cinco casos no ano de 2002 e dois em 2003. (Tabela 24)

Tabela 24 - Casos de irmãos gêmeos entre as vítimas

Sexo	Idade	Agressor
M	1 ano	Pai e mãe
M e F	2 anos	Mãe
M	3 anos	Mãe
F	4 anos	Mãe
F	7 anos	Mãe
F	12 anos	Pai
M	13 anos	Pai

A mãe foi a agressora isolada dessas crianças em 4 casos, o pai em 2 casos, além de um caso em que ambos teriam participado da agressão. Os gêmeos eram do sexo masculino em 3 casos, feminino em 3 casos e ambos os sexos em um caso. As idades dessas crianças variaram de 1 a 13 anos, não tendo sido verificada prevalência de algum grupo etário. A análise dos laudos mostrou que a quantidade de lesões variou de uma até mais de dez lesões, tendo apenas uma criança sem nenhuma lesão, uma com uma lesão, e as demais com mais de duas lesões. Duas crianças deste grupo apresentaram mais de dez lesões.

A existência de gêmeos entre as crianças vítimas de violência familiar está de acordo com a observação de outros autores, que mostraram a relação entre abuso infantil e gemelidade. Groothius (1982), Becker (1998), Bryan (2003), admitiram que o stress econômico, físico e psicológico decorrente do nascimento de filhos gêmeos pode ser fator desencadeante de maus-tratos nas famílias nas quais já existam outras condições favorecedoras do abuso.

Gravidade Jurídica das Lesões

Analisando os laudos em relação às respostas aos quesitos e obedecendo aos critérios do Art. 129 do Código Penal, verificou-se que a grande maioria das crianças e adolescentes apresentava lesões classificadas sob o critério jurídico de Lesões de Natureza Leve. Em outros termos, isto quer dizer que essas lesões não apresentavam qualquer das complicações previstas nos parágrafos 1º (Lesão Grave) e 2º (Lesão Gravíssima) do citado artigo. Apenas dois casos apresentavam respostas aos quesitos que os classificava como sendo Lesão de Natureza Grave, e outros dois casos como de Lesão de Natureza Gravíssima. (Tabela 25)

Tabela 25 - Gravidade Jurídica das Lesões

Natureza Jurídica	Nº Casos	%
Lesão Leve	776	96,27%
Lesão Grave	2	0,24%
Lesão Gravíssima	2	0,24%
Total	895	100%

Os casos de Lesões Leves representavam a imensa maioria dos laudos, pois dos 806 casos que apresentavam lesões visíveis, 776 (96,27%) eram

de Lesões Leves. A análise destes casos, entretanto, mostrou que apresentavam uma quantidade de lesões que variava de uma a mais de dez lesões. Embora na maior parte dos casos (676 – 87%) tenham sido descritas de uma a cinco lesões, observou-se que 86 casos (11%) apresentavam de seis a dez lesões e 14 casos (1,8%) possuíam mais de dez lesões. (Tabela 26)

Tabela 26 - Quantidade de lesões por vítima nos Casos de Lesões Leves.

Número de Lesões	Nº Casos	%
Uma Lesão	175	22,55%
Duas Lesões	183	23,58%
Três Lesões	165	21,26%
Quatro Lesões	100	12,88%
Cinco Lesões	53	6,82%
Seis a Dez Lesões	86	11,08%
Mais de Dez Lesões	14	1,80%
Total	776	100%

Ainda nos laudos de Lesões de Natureza Leve, 87 casos (11,21%) apresentavam resposta positiva ao 3º quesito, tendo os peritos indicado que a agressão teria sido cometida com um meio cruel, justificando tal conclusão com vários argumentos, dos quais foram mais freqüentes os seguintes:

- Por se tratar de agressão contra menor.
- Por serem as lesões sugestivas de espancamento.
- Devido à intensidade e localização das lesões.
- Devido à quantidade de lesões.

Foram observados dois casos que se enquadrariam no critério de Lesão de Natureza Grave, verificando-se nos laudos que a classificação ocorreu em virtude da resposta positiva ao 4º quesito, ou seja, devido a “incapacidade para as

ocupações habituais por mais de 30 dias”. Isto ocorreu no caso de uma criança de oito meses de idade que sofrera fratura de clavícula em conseqüência de traumatismo causado pela mãe. O outro caso se referia a uma adolescente de 16 anos, vítima de agressão pelo pai, que apresentava ao exame um número incontável de equimoses do tipo vergão em várias regiões corporais, produzidas com fio elétrico dobrado, além de grandes hematomas na coxa esquerda. Neste caso, o perito respondeu também ao 3º quesito assinalando o aspecto cruel da agressão, demonstrado pelas próprias lesões, além de responder ao 4º quesito assinalando que as lesões produziram incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias.

Também seguindo os mesmos critérios do Art. 129 do Código Penal, agora em seu parágrafo 2º, observou-se que dois casos apresentavam respostas aos quesitos que os classificariam como sendo Lesão de Natureza Gravíssima. O primeiro se referia a uma adolescente de 15 anos, com relato de agressões freqüentes pelo ex-companheiro, inclusive com relato de choques elétricos. A vítima apresentava ao exame múltiplas cicatrizes irregulares na face, tórax, abdome e membros superiores, o que levou o perito a concluir, no 7º quesito do laudo, que existia deformidade permanente em decorrência do dano estético. O outro caso era de uma adolescente de 16 anos, com relato de agressões contínuas pelo seu pai, inclusive tendo se queixado de “tortura”. Apresentava múltiplas cicatrizes com aspecto que sugeria diferentes tempos de evolução, em várias regiões corporais, com predomínio da face. Algumas delas apresentavam características semelhantes às das cicatrizes por queimadura, uma delas com quelóide. O laudo desse caso, além da referência à crueldade da agressão, respondida no 3º quesito, apresentava resposta positiva ao 7º quesito, com indicação de deformidade permanente, pelo dano estético decorrente das cicatrizes.

4 DISCUSSÃO

Os casos analisados no presente trabalho foram constituídos pelos Laudos de Exame de Lesões Corporais de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar, ou seja, pessoas com histórico de agressão física ou maus-tratos por parte de seus próprios pais ou outras pessoas de sua relação parental.

O Código de Processo Penal, em seu Art. 158, estabelece que “quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado”.

Na prática, para que o exame seja solicitado, é necessário que se faça a comunicação à autoridade policial, a chamada “notitia criminis”, ou seja, a autoridade seja formalmente notificada em relação à ocorrência do delito, após o que, então, possa tomar as medidas recomendadas pela Lei, sendo a primeira delas o encaminhamento da vítima para exame pericial. Em se tratando de agressões físicas, maus-tratos, acidentes, ou qualquer dano à integridade física de uma pessoa, por ação ou omissão de outra, o exame pericial indicado é o Exame de Lesões Corporais. Nos casos de violência familiar contra a criança e o adolescente, a notícia-crime é normalmente apresentada por algum outro parente da vítima, por pessoa responsável por ela, pelo Conselho Tutelar ou, até mesmo, por vizinhos da família. Realizada a perícia e elaborado o Laudo de Exame de Lesões Corporais, este passará a constituir, então, o elemento probante mais valioso na apuração daquele ato delituoso.

Deve-se ressaltar a relevância do presente trabalho, em que foram analisados os laudos periciais de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos físicos por parte de seus familiares. Estes representam os casos de violência familiar que foram efetivamente avaliados sob o aspecto médico-legal com o propósito de aplicar a legislação penal aos agressores. Esta característica torna a presente pesquisa diferente de outros trabalhos que, em sua maioria, analisaram os casos de crianças e adolescentes atendidos em hospitais, consultas médicas

de rotina, atendimentos odontológicos, e até mesmo por meio de pesquisas sociais.

Com base nos dados obtidos no presente estudo, uma primeira consideração possível refere-se ao número de perícias de casos de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar e sua relação com a quantidade total de perícias clínicas realizadas pelo Departamento Médico Legal de Vitória. Observou-se que em 2002, de um total de 14.808 perícias de Lesões Corporais, apenas 470 (3,17%) puderam ser incluídos na pesquisa. Em 2003, de 12.751 casos de perícias de Lesões Corporais, 425 (3,33%) foram admitidos pelos critérios deste trabalho.

Este percentual de apenas 3% das perícias clínicas médico-legais representarem os casos de violência familiar contra crianças e adolescentes está bem abaixo do percentual de incidência da violência familiar em geral, citado em outras pesquisas. Siegel (1999), citado por Erickson (2001) refere um percentual de 31% para a incidência de Violência Doméstica nos Estados Unidos. O National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect verificou que 906.000 crianças americanas foram vítimas de abuso e negligência, apenas no ano de 2003. No Brasil, Deslandes (1994), citado por Minayo, analisando dados sobre a violência familiar do Centro de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), São Paulo, verificou que o abuso físico ocorrera em 37,6% dos casos atendidos por aquela instituição, negligência e abandono em 22%, abuso psicológico em 8,5% e abuso sexual em 5,7% dos casos.

Diversos laudos de Exame de Lesões Corporais de crianças e adolescentes não foram incluídos na pesquisa, pois não apresentavam histórico que esclarecesse a verdadeira natureza da agressão. Esta circunstância, entretanto, muito embora tenha contribuído para reduzir um pouco a amostra analisada, não justifica a diferença verificada. Uma possibilidade, talvez mais preocupante, é que os casos analisados representem, na realidade, apenas uma parcela do universo maior representado pela violência familiar contra a criança e adolescente. Como refere DeMause (2005), em se tratando de violência contra a

criança, é possível que estejamos apenas acordando desse pesadelo. Considerando as estatísticas de outras pesquisas, mesmo respeitando as diferenças de caráter epidemiológico, não é difícil perceber que a violência contra a criança e o adolescente pode estar ainda, em grande parte, encoberta.

No presente trabalho, uma predominância de vítimas do sexo feminino (39,77%) foi observada no grupo dos adolescentes, contra 10,50% do sexo masculino. No grupo das crianças não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos, com 23,57% do sexo feminino e 26,14% do masculino. Esta prevalência do sexo feminino entre as vítimas adolescentes difere das observações de outros autores, que indicam uma maior incidência da violência física no sexo masculino. Knight (1977), Jessee & Rieger (1996), MacMillan (2000), observaram maior prevalência do abuso físico em vítimas do sexo masculino, estando o sexo feminino mais sujeito ao abuso sexual.

Em relação à idade das vítimas, os dados mostram certo equilíbrio entre os grupos de crianças e adolescentes, que tiveram, respectivamente, 445 (49,72%) e 450 (50,27%) casos. Foi constatado um maior número de casos de crianças maiores de seis anos e adolescentes (717 casos – 80,11%), com poucos casos em crianças abaixo dos seis anos de idade (178 casos – 19,88%). No grupo de crianças menores de seis anos, 79 (8,82%) eram menores de 3 anos e apenas 8 (4,49%) tinham menos de 1 ano de idade. A maior prevalência ocorreu no grupo de adolescentes de 15 a 18 anos, com 285 (31,84%) casos.

Outros autores mostram a criança menor como a principal vítima de maus-tratos. Loue (1998), Welbury (2001), Johnson (2002), Trocmé (2003), observaram maior incidência do abuso físico em crianças menores de 4 anos. Swaelen & Willems (2004) constataram, em mais de cinco mil casos de crianças e adolescentes vítimas de abuso físico, maior prevalência da faixa etária de 3 a 9 anos. Aded (2005) refere que as crianças na faixa de 0 a 4 anos de idade, por força de sua maior dependência e menor capacidade de defesa, são as vítimas mais freqüentes de abuso.

A maior freqüência de adolescentes entre as vítimas pode ter ocorrido em virtude das características da amostra analisada nesta pesquisa, composta de laudos de pessoas que prestaram uma queixa formal à polícia, atitude esta que, no caso dos adolescentes, muitas vezes ocorre por iniciativa da própria vítima. O mesmo não se dá com as crianças, principalmente crianças menores, dependentes e indefesas, em que a queixa precisa ser prestada por um parente ou outra pessoa em relação próxima com a vítima, ou até mesmo um vizinho, já que o parente agressor normalmente tenta ocultar o fato.

Considerando ainda o fato do pai, apontado como principal agressor, ser também o principal mantenedor do lar, é possível que as mães, em situação de dependência econômica, não se proponham a oferecer uma queixa, permitindo assim a continuidade do mau-trato infantil. Por isto, o autor admite que uma boa parte da violência contra as crianças menores, principalmente aquelas que causam lesões que não requerem cuidados médicos, ainda se encontra encoberta. Da mesma maneira, não se pode afastar que até mesmo alguns casos atendidos nos hospitais com lesões mais graves podem estar dissimulados sob falsas histórias de acidente.

A Região Metropolitana da Grande Vitória, local da pesquisa, é constituída por cinco municípios: Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra e Viana. O número de vítimas foi semelhante em Vila Velha, Cariacica e Serra, em torno de 20% do total de casos para cada município. Vitória apresentou um percentual maior, com 25% dos casos. O município de Viana, mais distante de Vitória, apresentou um número de vítimas bem menor, com apenas 2% do total de casos. Da mesma maneira, as vítimas procedentes de cidades do Interior representaram apenas 2% dos casos. O maior número de casos observado na cidade de Vitória, a nosso ver, não pode ser tomado como um indicador de maior violência familiar neste município. Os municípios de Cariacica, Serra e até mesmo Vila Velha apresentam maior incidência da violência em geral do que Vitória. É possível que outros fatores, como a maior facilidade de transporte coletivo, o fato de o Departamento Médico Legal ser localizado na cidade, bem como a existência do

Departamento de Polícia Judiciária no mesmo quarteirão, propiciem às vítimas uma melhor estrutura de atendimento em comparação com os outros municípios da região metropolitana, que não dispõem de unidades para perícia médico-legal.

O principal agressor das crianças e adolescentes foi o próprio pai, responsável por 302 casos (33,74%). Em segundo lugar figurou a mãe, agressora em 180 casos (20,11%), estando em terceiro o padrasto, com 111 casos (12,40%). Em quarto lugar figuraram os agressores em situação de convivência marital com as vítimas, adolescentes do sexo feminino com idades de 13 a 18 anos. Foram citados como marido (8 casos), companheiro (61 casos) ou namorado (11 casos), totalizando 81 casos (8,93%). Em quinto lugar (61 casos – 6,81%) os agressores eram os tios (tio ou tia) das vítimas, e em sexto, com 45 casos (5,02%) o parente citado como agressor era um irmão ou irmã da vítima. Outros parentes foram citados, porém foram agressores em poucos casos. Estes dados, com pequenas diferenças, estão de acordo com os resultados de outras pesquisas. Desde o trabalho de Tardieu (1860) as pesquisas têm mostrado que os pais biológicos são os principais agressores das crianças, às vezes alternando-se no primeiro lugar. Johnson (2002) refere o pai e a mãe equiparados como principais agressores, com um percentual de 21% dos casos. Christian (1997), analisando casos atendidos em setor de emergência de hospital na Filadélfia, observou a mãe como agressora mais freqüente (81%), estando o pai em segundo lugar, com 68% dos casos.

Nossos resultados mostram o pai como o principal agressor, resultado que pode parecer um tanto discrepante quando consideramos que a mãe passa maior tempo com as crianças. Entretanto, é preciso lembrar que isto geralmente ocorre em relação às crianças menores, que ainda requerem maiores cuidados. Na nossa pesquisa, o maior número de vítimas foi representado por crianças maiores e adolescentes, que naturalmente são mais independentes e “menos agarrados” às mães. Um outro aspecto, talvez mais coerente com o nosso resultado, é que se observou uma tendência das agressões ocorrerem em maior quantidade nos finais de semana, período em que o pai normalmente se acha em

casa. Não se pode afastar, também, a embriaguez por álcool ou drogas, mais comum no sexo masculino, por se tratar de uma circunstância frequentemente associada à violência em geral em todo o Brasil, além de apontada como um dos fatores desencadeantes da violência familiar.

A grande maioria das agressões (870 – 97,20%) foi cometida por uma única pessoa, dado este que também se mostra coincidente com os resultados de outras pesquisas. Nos casos de dois agressores (23 – 2,56%), observou-se que as circunstâncias envolveram, principalmente, o pai e a mãe, o pai e a madrasta, e a mãe e padrasto.

Na realidade, considerando a natureza da nossa pesquisa, não estavam disponíveis dados referentes ao ambiente doméstico e à própria estrutura familiar das vítimas examinadas, informações estas fundamentais para que se pudesse melhor avaliar questões como a maior prevalência das vítimas adolescentes, do sexo feminino, e do pai como principal agressor, entre outros fatores de natureza epidemiológica.

Em grande parte dos laudos analisados (542 – 60,55%), o histórico apresentava referência ao tempo decorrido desde a agressão ou até mesmo a data precisa em que esta ocorrera. A análise desses laudos mostrou que a maior parte das agressões aconteceu nos fins de semana (203 casos - 22,90%), e que a maior parte das vítimas foi submetida a exame pericial no mesmo dia da agressão ou no dia seguinte. A maior ocorrência de agressões nos fins de semana coincide, pelo menos na região da Grande Vitória, com a incidência maior dos outros tipos de violência, como a violência interpessoal de natureza não-familiar, os homicídios, acidentes de trânsito e outros, também mais freqüentes neste período.

Em 129 casos (14,41%), os laudos mencionavam o objeto ou meio utilizado na agressão. Nestes, o cinto foi o objeto mais utilizado, sendo referido em 30 casos. Além do cinto, foram referidos utensílios domésticos, pedaços de pau, calçados, fio elétrico, arma branca, unhas, dentes, objetos quentes, ferramentas, pedras e até correntes nos pés. Entretanto, na maior parte dos casos (766 laudos – 85,58%) o histórico não fazia referência ao objeto nem ao meio empregado. O

autor acredita que a ausência de menção de um mecanismo específico pode significar, pelo menos em uma boa parte dos laudos, que o agressor simplesmente não utilizou nenhum objeto, ou seja, a agressão foi cometida por ação direta com o próprio corpo, por meio das mãos (socos, tapas, empurrões) ou pés (chutes e pontapés). Uma outra constatação a favor de tal hipótese é que a maior parte das lesões observadas era do tipo contusa, cuja descrição, na grande maioria dos laudos, não fazia referência a nenhuma característica especial que pudesse sugerir que tais lesões pudessem ter sido produzidas com algum objeto específico. Outros autores também apontam a agressão direta com o próprio corpo como o mecanismo mais freqüente. Christian (1997), em revisão de prontuários de 139 crianças vítimas de abuso físico, atendidas em setor de emergência, observou que 36% sofreram agressão direta, 27% agressão com um objeto, 15% foram arremessadas ou empurradas, 11% tiveram queda e 9% foram lesadas por outros mecanismos (queimadura, facada e disparo de arma de fogo).

Na nossa pesquisa, a referência a certos objetos, como utensílios domésticos, pedaços de pau, calçados e até ferramentas, parece indicar que estas agressões tenham sido cometidas sem uma intenção maior (*"animus laedendi"*) de ferir a vítima, talvez em momentos de descontrole por parte dos parentes agressores, em que tais objetos estavam também disponíveis. O mesmo não pode ser dito em relação às agressões com uso de cinto, fio elétrico, arma branca e objetos quentes, em que fica mais clara a conotação de castigo físico. Entretanto, estes aspectos poderiam ser mais bem avaliados se os laudos apresentassem o histórico mais completo, com informações sobre as circunstâncias das agressões.

A grande maioria das crianças e adolescentes apresentava algum tipo de lesão visível na superfície corporal (806 casos – 90,05%). Em 10% dos casos (9,95%) os laudos descrevem ausência de sinais de lesões visíveis. Em relação aos casos com lesões, foram observadas descrições de lesões únicas, discretas e pouco visíveis, em que caberia até mesmo o questionamento se não seriam lesões auto-inflingidas. Em nenhum laudo se observou qualquer referência a essa possibilidade, talvez por falta de certeza por parte do perito, além do próprio receio

de prejudicar a vítima. Quanto aos casos em que não foram detectadas lesões, não se pode afirmar que essas crianças e adolescentes não tenham sofrido agressão, nem muitos menos concluir que não sejam vítimas de violência familiar. Nestes casos, as crianças podem até mesmo estar sujeitas a alguma outra forma de violência familiar, como a psicológica, a sexual, a negligência, sem apresentarem sinais de dano à integridade física. Trocmé (2003), em estudo de 7.672 crianças suspeitas de maus-tratos, observou 3.780 (49%) casos com evidência de algum tipo de mau-trato, dos quais 3.112 (82%) não apresentavam sinais de lesões visíveis. No nosso trabalho, o percentual bem menor de vítimas sem lesões visíveis se deve aos próprios objetivos do estudo, cuja amostra selecionou apenas as vítimas de maus-tratos físicos.

Nos 806 casos (90,95%) que apresentavam algum tipo de lesão visível, verificou-se que a equimose (479 casos – 59,42%), escoriação (400 casos – 49,62%) e o hematoma (184 casos – 22,82%) foram as lesões mais frequentes. Muitas crianças e adolescentes apresentavam um único tipo de lesão (472 – 58,56%). Nos casos com lesão única, verificou-se que a equimose, a escoriação e o hematoma, nesta ordem, também figuraram como as lesões mais descritas. Ainda em relação às lesões contusas, observaram-se três casos de fratura de ossos longos, clavícula, úmero e fêmur; dois casos de luxação, de clavícula e cotovelo; cinco casos de lesão dentária. Além das lesões contusas, outros tipos de lesões foram verificados, como lesões incisivas, corto-contusas e perfuro-incisivas, porém ocorreram em menor frequência (33 casos - 3,68%). Queimaduras, normalmente citadas por outros autores em percentuais em torno de 3 a 10% dos casos (Christian, 1997; Johnson, 2002), foram descritas em apenas 13 casos (1,61%). Em relação à prevalência das lesões contusas, nossos resultados coincidem com as observações de diversos autores, que também referiram tais lesões, especialmente a equimose, como as mais frequentes nos casos de abuso físico contra crianças e adolescentes (Christian, 1997; Calvo Fernandez, 2000; Vanrell, 2002; Johnson, 2002; Trocmé, 2003; Hornor, 2005). A maior ocorrência de lesões contusas mostra-se coerente com a ação dos principais mecanismos

lesivos observados na violência familiar contra a criança e o adolescente: a agressão direta com o próprio corpo e a agressão com um objeto, este último representado, em sua maioria, por instrumentos contundentes.

O presente trabalho detectou um número muito pequeno de casos de fraturas em crianças. Dos 806 casos de laudos em que as vítimas apresentavam lesões, apenas 4 casos (0,5%) se referiam a fratura de ossos longos, ao contrário do que se observou em outros trabalhos (Trocmé, 2003; Taitz et al, 2004). É coerente admitir que os casos de crianças com fraturas decorrentes de maus tratos aconteçam em uma quantidade bem maior. É possível que muitos casos desta natureza, em quantidade que não podemos precisar, estejam sendo atendidos nos setores de emergência dos nossos hospitais como casos de fratura de causa acidental. A considerar isso, e tendo em vista o pequeno número de casos de fraturas levados à perícia médico-legal, somos forçados a admitir que a explicação de causa acidental talvez esteja sendo aceita sem um questionamento maior por parte dos médicos assistentes. Uma explicação provável para isso é que muitos médicos ainda têm receio de notificar o problema às autoridades, o que na verdade constitui uma falha do tipo omissiva. Uma outra justificativa que não pode ser descartada é a possibilidade de que alguns profissionais ainda desconheçam as características diferenciais entre as lesões de natureza acidental e aquelas decorrentes de violência física.

Observou-se, também, que poucos laudos continham referência a cicatrizes ou lesões em fase adiantada de resolução. Uma explicação possível está no fato de que as próprias vítimas podem ter referido que tais lesões eram decorrentes de outra circunstância não relacionada com a agressão atual. Assim, tais lesões podem não ter sido descritas porque, segundo o entendimento de alguns médicos legistas, a perícia está sendo realizada para elucidar um fato ou agressão recente e, neste caso, uma agressão anterior não estaria vinculada, além de atrapalhar o entendimento do fato.

Os laudos apresentavam uma boa descrição no que diz respeito à localização das lesões apresentadas pelas vítimas, descrição esta normalmente

efetuada com base em diagramas das regiões anatômicas do corpo humano, disponíveis no Departamento Médico Legal (Anexos VI, VII e VIII). As 806 vítimas com lesões evidentes, apresentaram um total de 1.515 lesões de natureza violenta, sendo que a maior quantidade dessas lesões incidiu sobre os membros superiores (390 – 25,74%). A segunda região mais atingida foi a cabeça (353 – 23,30%); em terceiro lugar, os membros inferiores (269 – 17,75%); em quarto, a face posterior do tórax (180 – 11,88%) e em quinto lugar, a região cervical (78 – 5,14%). A maior quantidade de lesões afetando os membros superiores pode estar relacionada à reação de defesa das vítimas, antepondo os braços, atitude esta mais coerente com o comportamento de crianças maiores e adolescentes, ou seja, os grupos de idade que prevaleceram em nosso estudo.

Outros autores analisaram casos de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar, referindo a cabeça e face como as regiões mais atingidas (Becker, 1978; Jessee, 1995; Ochs, 1996; Christian, 1997; Simon, 2000; Cavalcanti, 2001).

Em nosso estudo, as lesões da cabeça atingiram mais frequentemente as regiões orbitárias, frontal, oral e infra-orbitárias, ou seja, a maior intensidade do traumatismo na região da cabeça ocorreu sobre a face. Apesar das regiões orbitárias terem sido mais atingidas, não se verificou nos laudos nenhuma referência a danos oculares ou déficit visual. Em apenas um caso havia descrição de equimose da conjuntiva bulbar, de pequeno tamanho, sem outras complicações. Welbury (2001) referiu que a ocorrência de hifema, deslocamento de cristalino, catarata traumática e descolamento de retina são distúrbios comumente associados às contusões das regiões orbitárias.

Um resultado pouco esperado e de certa forma discrepante ocorreu em relação às lesões da região oral. Considerando que esta região foi a terceira mais afetada na cabeça (69 casos – 13,29%), esperar-se-ia uma maior incidência de lesões intra-orais, incluindo lesões dentárias. Uma revisão dos laudos mostrou que, nos 806 casos de crianças e adolescentes com alguma lesão visível, muito poucas lesões intra-orais foram descritas, dentre as quais, apenas 5 (0,62%)

casos de lesões dentárias. As demais lesões intra-orais foram equimoses, escoriações e lacerações discretas na mucosa interna dos lábios. Quanto às lesões dentárias, foram descritas de maneira muito simples, sem maiores detalhes acerca do tipo de trauma detectado no elemento dentário. As lesões descritas foram: Dois casos de “luxação” de incisivos, um caso de “arrancamento traumático”, um caso de “alteração do dente” e um caso de “lesão dentária”. Apenas um laudo fazia referência à solicitação de Laudo Odontológico para melhor comprovação da lesão. Os demais apresentavam resposta negativa aos quesitos sexto e sétimo, salvo complicações.

Lesões dentárias são comumente descritas em percentuais diferentes, variando de acordo com a população estudada. Diversos autores referem que os acidentes, especialmente quedas, acidentes durante práticas esportivas e acidentes de trânsito são as principais causas de trauma dentário, (Andreasen *et al.*, 1994; Gábris *et al.*, 2001; Canakci *et al.*, 2003). Em 1977, Sopher referia que lacerações e contusões nos lábios, especialmente do frênulo, fratura ou avulsão dental, fraturas de mandíbula e lesões da língua eram achados comuns no abuso infantil. Becker *et al.* (1978), analisando 260 casos de crianças vítimas de abuso físico, referiram um percentual de 28,5% de casos de traumatismo dentário.

Jessee (1995), em revisão dos prontuários hospitalares de 266 casos de crianças e adolescentes atendidas em setor de emergência e notificadas como vítimas de abuso infantil, observou que lesões intra-orais representavam apenas 2,6% do total de casos, e que lesões dentárias foram referidas em apenas 4 casos (0,8%). Declarou que o pequeno percentual dessas lesões se devia ao fato das vítimas terem sido examinadas exclusivamente por médicos. Caldas Jr & Burgos (2001), em 250 pacientes de setor de emergência odontológica, observaram, dentre as causas de trauma dentário: quedas (72,4%), colisões com objetos (9,2%), violência (8,0%), acidentes de trânsito (6,8%) e práticas esportivas (3,6%).

Em nossa pesquisa, pode-se admitir que tanto o pequeno número de casos de lesões dentárias quanto a própria justificativa para a sua baixa ocorrência coincidem com as observações de Jessee. Não é improvável que este

resultado também se deve ao fato dos nossos exames periciais de crianças e adolescentes terem sido realizados por peritos Médicos Legistas, sem a participação de Odonto-legistas. Nossos resultados mostram claramente, pelo baixo índice de lesões intra-orais, que a região oral não foi objeto de um exame mais detalhado, o que nos leva a concluir que os traumas dentários e outras lesões do sistema estomatognático possam ter tido sua ocorrência sub-notificada nesses exames. Considerando a natureza e complexidade das lesões do sistema estomatognático e a necessidade de avaliar corretamente o dano resultante à integridade física e à saúde das vítimas, não se pode admitir que tais casos sejam avaliados sem a participação do Odonto-legista.

Foram observados 16 casos (1,98%) em que as vítimas apresentavam lesões descritas como equimoses, feridas contusas e até feridas corto-contusas, de formato ovalado ou circular, referidas pelo perito como típicas lesões por mordedura humana (marcas de mordida). Vários autores enfatizaram a importância da presença marcas de mordida como sinal indicativo de abuso infantil (Knight, 1977; Becker *et al.*, 1978; Dym, 1995; Jessee, 1995). As descrições mostram que as lesões verificadas parecem se enquadrar no aspecto clássico descrito por Beckstead (1979). Entretanto, é importante considerar que muitas marcas de mordida não seguem sempre o mesmo padrão, podendo haver marcas “atípicas” que, entretanto, têm o mesmo valor para indicar a possibilidade de maus-tratos. Tendo em vista o aspecto dessas lesões, às vezes bastante diverso daquele da marca de mordida clássica, pode-se admitir que algumas delas talvez não tenham sido percebidas como tal.

A análise dos laudos no que diz respeito às respostas aos quesitos mostrou que a quase absoluta maioria dos casos, 776 (96,27%) do total de 806 casos com lesões visíveis, se enquadrava, pelos critérios do Art. 129 do nosso Código Penal, na categoria de Lesão Corporal de Natureza Leve. Este resultado nos parece adequado em relação aos casos que apresentavam poucas lesões, e naqueles em que, além disso, estas eram superficiais, do tipo contusas, sem nenhum comprometimento maior dos tecidos, e nas quais ocorreu o retorno à

normalidade (“*restitutio ad integro*”), portanto, sem deixar qualquer seqüela física. Em muitos desses casos é possível até mesmo aceitar que a agressão tenha sido cometida durante uma situação de crise, de descontrole emocional por parte do agressor. O mesmo não pode ser dito de outros casos (153 – 18,98%) que apresentavam cinco ou mais lesões, 14 dos quais com mais de dez lesões. Como aceitar que o dano é leve nesses casos? O que dizer do caso de uma criança ou adolescente com múltiplas e extensas equimoses do tipo vergão, produzidas com fio elétrico, abrangendo toda a face posterior do tronco, além dos membros inferiores? A rigor, se tais lesões são superficiais e não acarretam nenhuma das complicações previstas pelo Art 129, são lesões de natureza leve. A nosso ver, entretanto, isso parece traduzir uma inadequação do Art. 129 do Código Penal Brasileiro como instrumento para qualificar certos danos de crianças vítimas de violência familiar.

Nossos resultados mostraram apenas dois casos (0,24%) cujas respostas aos quesitos poderiam classificá-los como Lesões de Natureza Grave. Da mesma maneira, foram observados outros dois casos (0,24%) de Lesões de Natureza Gravíssima. A análise dos laudos mostrou que os peritos assinalaram “*incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias,*” em resposta ao quarto quesito, nos casos de Lesão Grave. Nos casos de Lesão Gravíssima foi assinalado o sétimo quesito: “*deformidade permanente*”. Um caso de Lesão Grave tratava-se de criança de oito meses de idade com fratura de clavícula. Quanto aos demais casos, a leitura dos laudos causa certa impressão de que o critério foi um tanto subjetivo, já que apresentavam apenas várias lesões superficiais recentes, ou então algumas cicatrizes. O autor observa que, na prática, principalmente durante o exame de crianças, é preciso que o perito não se deixe envolver pelo sentimento de compaixão diante da vítima, para não perturbar o critério pericial. Entretanto, em algumas situações é bastante difícil permanecer no rigor pericial, por força da nossa natural solidariedade para com a vítima.

Nos casos de cicatrizes que produziram prejuízo estético, a elaboração de um anexo fotográfico ao laudo, além de excelente reforço à descrição, pode constituir um recurso valioso para orientação do julgador.

Outro grave problema, sobre o qual muitas vezes se questiona, refere-se ao estado psicológico das vítimas, principalmente as crianças. Em nossa pesquisa, não se observou nenhum laudo que fizesse referência a algum problema de natureza psicológica, comportamental ou mental da vítima. Na prática médico-legal, distúrbios dessa natureza dificilmente são referidos nos laudos de lesões corporais, mesmo porque se trata de problema de difícil comprovação pelo Médico Legista, cujo conhecimento e treinamento muitas vezes não lhe permitem detectar com segurança tais alterações. Entretanto, o aspecto psicológico das vítimas é importante, até para orientar algum tratamento necessário. Além disso, um distúrbio de natureza psicológica é um dano que, se comprovado, deverá, obrigatoriamente, ser valorizado e referido no laudo, pois se trata de uma perturbação da saúde. Nossos legisladores, antevendo essas e outras complicações, propuseram corretamente a definição de lesão corporal como sendo “qualquer dano à integridade física ou à saúde da pessoa humana”. Noronha (1996) deixa clara a questão no seu conceito de Lesão Corporal:

“Todo e qualquer dano ocasionado à normalidade funcional do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer do ponto de vista fisiológico ou mental”.

Sabe-se hoje que o distúrbio mental ou psicológico predispõe a criança ao abuso, tornando-a uma vítima em potencial. O oposto também é verdade, pois o abuso infantil, em suas várias formas, causa graves transtornos às crianças e adolescentes, transtornos estes que interferem na sua capacidade de se relacionar e no seu desempenho escolar, além de deixar seqüelas psicológicas que persistem por toda a vida. Espera-se que esta importante lacuna da perícia médico-legal possa ser preenchida em breve e que o exame pericial de crianças e

adolescentes, vítimas de violência familiar, passe a incluir, também, uma avaliação por psicólogos.

A Lei Nº 10.886, de 17 de Junho de 2004, acrescentou ao Artigo 129 do nosso Código Penal (Decreto-Lei Nº 2.848, de 7.12.1940), nos parágrafos 9º e 10º, criando o tipo especial denominado “Violência Doméstica”. (Anexo III)

Muito embora este acréscimo tenha o propósito de preencher uma lacuna da nossa legislação penal, é possível que não resulte em maior benefício prático, a não ser para os casos de Lesão de Natureza Grave, Gravíssima e Lesão Corporal Seguida de Morte. Para estes casos, a nova Lei determina que, se a agressão constituir um caso de “Violência Doméstica”, ou seja, atender à definição do parágrafo 9º da citada lei, a pena poderá receber o acréscimo de 1/3 (um terço).

Entretanto, o que se verifica na prática, demonstrado por nossa pesquisa e também verificado no atendimento de casos de violência contra a mulher, é que a imensa maioria dos casos de violência familiar se enquadra no crime de Lesão Corporal de Natureza Leve. Para este tipo de violência, que causa graves transtornos especialmente nas crianças, perpetua o ciclo transgeracional de violência e contribui para aumentar a violência em geral, o autor teme que esta lei não venha a oferecer um caráter punitivo maior. Há que se considerar, ainda, que o parágrafo 9º da referida lei apresenta uma pena, para o crime de “Violência Doméstica”, exatamente igual à do caput do artigo (Lesão Corporal de Natureza Leve), ou seja, detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano. Com a Lei Nº 9099/96, aos crimes com pena de detenção de até um ano, aplicam-se penas substitutivas.

Nossos resultados mostraram 54 circunstâncias (6,03%) em que foram examinadas duas ou mais vítimas de uma mesma família. Neste grupo, a frequência maior ocorreu em relação aos casos de duas vítimas (46 – 85,18%), em sua maioria, dois irmãos. Em 7 casos (12,96%), as vítimas eram gêmeas. Em um caso as vítimas, duas gêmeas de 4 anos agredidas pela mãe, apresentavam, além de lesões recentes por agressão, sinais de negligência como desnutrição, piodermite e escabiose. Nos demais casos de gêmeos não foram descritas, além

das lesões pela agressão física, outras alterações que nos permitissem caracterizar melhor o perfil dessas vítimas e seus agressores.

Este resultado está de acordo com outras pesquisas que verificaram também a ocorrência de mais de uma vítima da mesma família. Dym (1995) referiu que o episódio de abuso infantil ocorre devido a uma tríade composta pela criança certa, os pais certos e um determinado dia, uma crise. Em relação às crianças mais propensas ao abuso, referiu que geralmente são os filhos ilegítimos, os frutos de gravidez indesejada, os prematuros e as crianças com distúrbios de comportamento, como choro excessivo e hiperatividade. Outros autores (Welbury, 2001; Hornor, 2005) destacam, entre as crianças mais sujeitas ao abuso, as deficientes mentais, aquelas nascidas de gravidez indesejada, as que choram muito, têm acessos de raiva ou defecam nas roupas. Essas crianças, por não poderem atender às expectativas, acabam impondo aos seus pais grande desgaste físico, econômico e emocional que, por sua vez, desencadeia o abuso físico.

Em relação aos gêmeos entre as vítimas, outros autores já assinalaram a tendência dos maus-tratos incidirem de maneira significativa sobre os filhos gêmeos. Filhos gêmeos geralmente estão sujeitos a problemas logo ao nascer, em decorrência de nascimento prematuro e complicações neonatais. Quanto à incidência de maus-tratos, diversos autores assinalam que se dá em decorrência do stress econômico, cansaço físico e psicológico dos pais causado pela sobrecarga com o nascimento de gêmeos (Groothuis *et al.*, 1982; Nelson, 1985; Becker *et al.*, 1998; Hansen, 1994; Bryan, 2003). O nascimento de filhos gêmeos, entretanto, não deve ser visto como fator desencadeante do abuso, mas um complicador do status abusivo pré-existente da família.

5 CONCLUSÃO

Com base nos resultados do presente trabalho, é possível destacar as seguintes conclusões:

- A maior parte das vítimas de violência familiar foi representada por crianças maiores e adolescentes do sexo feminino, com lesões superficiais do tipo contusas, recentes, em quantidade variável, acometendo preferentemente os membros superiores, cabeça e membros inferiores das vítimas, e que não requeriam nenhum cuidado médico especial.
- O dano sofrido pela quase totalidade das crianças e adolescentes constitui Lesão Corporal de Natureza Leve, o que traduz certa inadequação do Código Penal Brasileiro como instrumento jurídico para estabelecer a penalidade criminal nos casos de violência familiar.
- Os pais biológicos foram os principais agressores, utilizando principalmente as mãos. Quando utilizados objetos, estes eram, em sua maioria, os cintos, utensílios domésticos e outros objetos caseiros.
- As agressões que deixaram lesões superficiais múltiplas, apesar de traduzirem o seu "*animus laedendi*", não acresceram nenhum agravante para o agressor.
- Os resultados mostram grande probabilidade de que a região oral não tenha sido objeto de um exame detalhado, fazendo com que as lesões intra-orais, especialmente trauma dentário, tenham sua ocorrência sub-notificada nos exames de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar, devido à formação profissional dos examinadores.

- Nossos resultados reforçam conclusões de outras pesquisas anteriores, mostrando que filhos gêmeos estão sujeitos a um maior risco de abuso físico em circunstâncias de violência familiar.
- É possível admitir a ocorrência, na Região estudada, de sub-notificação dos casos de violência familiar contra as crianças menores, o que sugere a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais de saúde em geral e dos Conselhos Tutelares.
- A reflexão sobre o tema, propiciada por esta pesquisa, nos leva a admitir que é preciso dotar todos os Institutos Médicos Legais de uma estrutura mais adequada, com equipes treinadas para melhor examinar as vítimas de violência familiar, principalmente crianças e mulheres. Neste sentido, o autor sugere, ressaltando a sua fundamental importância, que sejam tomadas as seguintes medidas:
 - Incluir o Odonto-legista no quadro de peritos de todos os Institutos Médicos Legais do país.
 - Disponibilizar, aos peritos Médicos Legistas e Odonto-legistas, Cursos de Atualização em Violência Familiar.
 - Implementar uma Rede de Informação em Violência Familiar, envolvendo todas as Secretarias de Estado da Segurança Pública, para troca de experiências e elaboração de um perfil nacional do problema.
 - Instituir um protocolo nacional para exame das vítimas de Violência Familiar, conforme modelo proposto no Anexo X, no sentido de se obter a uniformidade dos exames.

REFERÊNCIAS*

1. Aded NLO. Síndrome da Criança Espancada. *In*: Hercules HC, editor. **Medicina Legal – Texto e Atlas**. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 641-52.
2. Andreasen JO. **Traumatic injuries of the teeth**. Copenhagen: Munksgaard, 1974.
3. Arbenz GO. **Medicina legal antropologia forense**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.
4. Atwal GS, Ruttly GN, Carter N, Green MA. Bruising in non-accidental head injured children; a retrospective study of the prevalence, distribution and pathological associations in 24 cases. **Forensic Sci Int**. 1998; 96: 215-30.
5. Azambuja MRF. **Violência Sexual Intrafamiliar: É possível proteger a criança?**. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2004.
6. Bartsch C, Ribe M, Schütz H, Weigand N, Weiler G. Munchausen syndrome by Proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. **Forensic Sci Int**. 2003; 137(2-3): 147-51.
7. Becker DBB, Needleman HL, Kotelchuck M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. **JADA**. 1978; 97: 24-8.
8. Becker JC, Liersch R, Tautz C, Schlueter B, Andler W. Shaken Baby Syndrome: Report on four pairs of twins. **Child Abuse & Neglect**. 1998; 22(9): 931-37.
9. Beckstead JW, Rawson RD, Giles WS. **Review of bite mark evidence**. JADA. 1979; 99(1): 69-74. *Apud* Silva M. **Compêndio de Odontologia Legal**. Rio de Janeiro: Medsi; 1997.
10. Brasil. **Código Penal**. Rio de Janeiro: Saraiva; 1995.
11. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Paulinas, 1989. 1357p.

* De acordo com a Norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

- 12 Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Centro Gráfico – Senado Federal; 1988.
- 13 Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990.
- 14 Brasil. *Código Penal*. 5 ed. São Paulo: Saraiva; 1999.
- 15 Brasil. Congresso Nacional. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência Doméstica". Lei Nº 10.886, de 17 de Junho de 2004. *Diário Oficial da União* 2004 Jun 18:
- 16 Bryan E. The impact of multiple preterm births on the family. *BJOG*. 2003; 20: 24-8.
- 17 Caffey J. Multiple fractures of long bones in infants suffering from subdural hematoma. *Am J Roentg*. 1946; 56(8):163-73.
- 18 Caffey J. Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocations: clinical and radiological fractures. *Br J Radiol*. 1957; 30: 225
- 19 Caldas Jr AF, Burgos MEA. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. *Dent Traumatol*. 2001; 17: 250-53.
- 20 Calvo Fernandez JR, Calvo Fernandez M^aE, Calvo Rosales J. Malos tratos infantiles. *Canárias Pediátrica*. 2000; 24(1): 47-56.
- 21 Canakci V, Akgül HM, Akgül N, Canakci CF. Prevalence and handedness correlates traumatic injuries to the permanent incisors in 13-17-year-old adolescents in Erzurum, Turkey. *Dent Traumatol*. 2003; 19: 248-54.
- 22 Carpenter RF. The prevalence and distribution of bruising in babies. *Arch Dis Child*. 1999; 80:363-366.

- 23 Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev Bras Odont*. 2001; 58(6): 378-80.
- 24 Chaim LAF. *A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada* [tese]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2001.
- 25 Chaim LAF, Daruge E, Gonçalves RJ. Maus-tratos infantis - avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões-dentistas. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*. 2004; 58(1): 42-6.
- 26 Cheung KK. Identifying and documenting findings of physical child abuse and neglect. *J Pediatr Health Care*. 1999; 13(3): 142-3.
- 27 Christian CW, Scribano P, Seidl T, Pinto-Martin JA. Pediatric injury resulting from family violence. *Pediatrics*, 1997; 99(2): 1-4.
- 28 Cintra JAA. *A importância da odontologia legal no exame de corpo de delito*. [tese]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2004.
- 29 Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB *et al*. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R. Psiquiatr RS*. 2003; 25(sup1): 9-21.
- 30 D'Arrigo E, Levieil M. **Evolution de la prise de conscience dans le domaine médical du problème de l'Enfance Maltraitée. Un exemple concret de réflexion professionnelle: l'AFIREM**. [tese] Université Paris René Descartes (Paris V) Juin 2003.
- 31 De Mause L. On writing childhood history. New York: *The Journal of Psychohistory*. Disponível em URL: <http://www.psychohistory.com/childhood/Writech1.htm> [2005 Mar 28]
- 32 Dym H. The abused patient. *Dent Clin North Am*. 1995; 39(3): 621-35.

33. Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to Domestic Violence Screening in the Pediatric Setting. *Pediatrics*. 2001; 108(1): 98-102.
34. Gábris K, Tarján I, Rózsa N. Dental trauma in children presenting for treatment at the department of dentistry for children and orthodontics. *Dent Traumatol*. 2001; 17: 103-8.
35. Groothuis JR, Altemeier WA, Robarge JP, O'Connor S, Sandler H, Vietze P *et al*. Increased Child Abuse in Families with Twins. *Pediatrics*. 1982; 70 (5): 769-73.
36. Gutmann JL, Gutmann MSE. Cause, incidence and prevention of trauma to teeth. *Dent Clin North Am*. 1995; 39(1): 1-13.
37. Hansen KK. Twins and child abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996; 150(4): 444-5.
38. Harding AM, Camp JH. Traumatic injuries in the preschool child. *Dental Clin North Am*. 1995; 39(4): 817-35.
39. Hettler J, Greenes DS. Can the Initial History Predict Whether a Child With a Head Injury Has Been Abused?. *Pediatrics*. 2003; 111 (3): 602-7.
40. Hornor G. Physical abuse: recognition and reporting. *Journal of Pediatric Health Care*. 2005; 19(1): 4-11.
41. Hyden PW, Gallagher TA. Child abuse intervention in the emergency room. *Pediatr Clin North Am*. 1992; 39(5): 1053-1081.
42. Jakush, J. Forensic dentistry. *J. Am. Dent. Assoc*. 1989; 119(3): 355-8.
43. Jessee SA. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: A hospital survey. *J Dent Child*. 1995; 62: 245-9.
44. Jessee SA, Rieger M. Physical Abuse – A study of age-related variables among physically abused children. *J Dent Child*. 1996; 63: 275-80.
45. Jessee SA. Reporting Child Maltreatment: Dentistry's Ethical Responsibility.

- Texas Dent J. 2000; 36-40.
- 46 Johnson CF. Maus-tratos e Negligência Infantis. *In*: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. **Nelson – Tratado de Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 111-120.
- 47 Josell SD. Evaluation, diagnosis and treatment of the traumatized patient. **Dent Clin North Am**. 1995; 39(1): 15-24.
- 48 Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered Child Syndrome. **J. Am. Med. Assoc**. 1962; 181(1):17-24.
- 49 Knight B. The history of child abuse. **Forensic Sci Int**. 1986; 30:135-41.
- 50 Knight B. The battered child. *In*: Tedeschi CG, Eckert WG, Tedeschi LG. **Forensic Medicine**. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1977. v.1. p. 500-9.
- 51 Labbé J, Caouette G. Recent skin injuries in normal children. **Pediatrics**. 2001; 108(2): 271-276.
- 52 Lazoritz S. 400 years of the Shaken Infant: from Henry II to John Caffey. Department of Law Enforcement Post Academy. 1997; 2(1): 8-9. Disponível em: **URL: http://www.Idaho-post.org/JW/Protocol/Protocol_Oct97.pdf** [2005 Abr 01].
- 53 Lazoritz S, Shelman EA. Before Mary Ellen. **Child Abuse & Neglect**. 1996; 20(3):235-7.
- 54 Leite MLM. A infância no século XIX segundo memórias e livros de origem. *In*: Freitas MC, organizador. **História Social da Infância no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1997. p. 17-50.
- 55 Limbos MA, Berkowitz CD. Documentation of child abuse: how far have we come?. **Pediatrics**. 1998; 102: 53-8.
- 56 Loredó-Abdalá A. Maltrato al menor. **Gac Méd Méx**. 2002; 138 (2): 175-6.

- 57 Loue S. Legal and epidemiological aspects of child maltreatment. *J Legal Med.*
. 1998; 19(4): 471-502.
- 58 MacDonald AE, Reece RM. Child abuse: problems of reporting. *Pediatr Clin
North Am.* 1979; 26(4): 785-91.
- 59 McDowell JD. Diagnosing and treating victims of domestic violence. New York:
. SDJ, 1996.
- 60 MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child
. maltreatment. *CMAJ.* 2000; 163(11): 1451-58.
- 61 Mestrinho HD, Bezerra ACB, Carvalho JC. Traumatic dental injuries in Brazilian
. pre-school children. *Braz Dent J.* 1998; 9(2): 101-104.
- 62 Minayo MCS, Assis S. Saúde e violência na infância e na adolescência. *J Pediatr.*
. 1994; 70(5): 263-266.
- 63 Mudd SS, Findlay JS. The cutaneous manifestations and common mimickers of
. physical child abuse. *J Pediatr Health Care.* 2004; 18: 123-129.
- 64 Leite MLM. A infância no século XIX segundo memórias e livros de origem. In:
. Freitas MC, organizador. *História Social da Infância no Brasil.* 2. ed. São Paulo:
Cortez; 1997. p. 17-50.
- 65 Nelson HB, Martin CA. Increased child abuse in twins. *Child Abuse Neglec.*
. 1985; 9(4): 501-5.
- 66 Neto NGMG. Quantificação do dano: lesões corporais. In: Gomes H. **Medicina
legal.** Rio de Janeiro: Freitas Bastos. 1997.
- 67 Noronha EM. **Direito Penal.** São Paulo: Saraiva; 1996.
.
- 68 Ochs HA, Neuenschwander MC, Dodson TB. Are head, neck and facial injuries
. markers of domestic violence?. *JADA.* 1996; 127: 757-761.
- 69 Organização Mundial da Saúde (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la

salud. 2002.

- 70 Peixoto, A. **Psico-patologia forense-Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1938.
- 71 Penna, J.B. **Lesões corporais: caracterização clínica e médica legal**. São Paulo: Ed. de Direito Ltda, 1996.
- 72 Pinheiro RL. **História Resumida do Direito**. Rio de Janeiro: Editora Rio – Sociedade Cultural Ltda; 1976.
- 73 Silva, C. G. **Síndrome da Criança Espancada**. In: *Pediatria Básica*, MARCONDES, E., 8ª ed., Ed. Sarvier, São Paulo, v. 1, p. 829-831, 1999.
- 74 Silva M. **Compêndio de odontologia legal**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
- 75 Silverman FN. Unrecognized trauma in infants, the Battered Child Syndrome, and the Syndrome of Ambroise Tardieu. *Radiology*. 1972; 104:337-53.
- 76 Silverman FN. Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in young infants. *Am J Roentgenol*. 1953; 69: 413-26. *Apud* Knight B. The battered child. In: Tedeschi CG, Eckert WG, Tedeschi LG. *Forensic Medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1977. v.1. p. 500-9.
- 77 Simon PA. Reconizing and Reporting the Orofacial Trauma of Child Abuse/Neglect. *TX Dent J*. 2000; 23: 21-32.
- 78 Sopher IM. The dentist and the battered child syndrome. *Dental clinics of North America*. 1977; 21(1): 113-122.
- 79 Swaelen K, Willems G. Reporting child abuse in Belgium. *J Forensic Odontostomatology*. 2004; 22(1): 13-17.
- 80 Taitz J, Moran K, O’Meara M. Long bones fractures in children under 3 years of age: Is abuse being missed in Emergency Departament presentations?. *J Paediatr. Child Health*. 2004; 40: 170-74.

- 81 Tardieu AA. **Étude médico-légale sur les blessures**. Paris. Librairie J.B. Baillière et Fils. 1879.
- 82 Tardieu AA. Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2ème série, t. 13, 1860, 362p. In Vassig DD. Les experts judiciaires face à la parole de l'enfant maltraité: Le cas des médecins légistes de la fin du XIXe siècle. *Le temps de l'histoire*. Numéro 2, 1999. Cent ans de répressions des violences à enfants. Disponible em <http://rhei.revues.org/document34.html> [2005 May 23].
- 83 Tavira RS, Ahedo RS, Basto EH. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pub Mex*. 1998; 40(1): 58-65.
- 84 Tedeshi, C.G., Eckert, W.G., Tedeshi, L.G. **Facial trauma in Mechanical Injury**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1977.
- 85 Ten Bensel RW, King KJ. Neglect and Abuse of Children: Historical Aspects, identification, and Management. *J Dent Child*. 1975; 42(5): 16-26.
- 86 Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*. 1999; 104(1): 168-77.
- 87 Trocmé N, MacMillan H, Fallon B, De Marco R. Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian incidence survey. *CMAJ*. 2003; 169(9): 911-15.
- 88 Vanrell JP. O papel do dentista nos casos de maus-tratos infantis. In: Vanrell JP. *Odontologia legal e antropologia forense*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 87-98.
- 89 Walker PL. Is the battered-child Syndrome a Modern Phenomenon?. Disponible em: URL: <http://www.anth.ucsb.edu/faculty/walker/publications/PLW%20Battered%20Child%20Syndrome.pdf> [2005 Fev 22].

- 90 Welbury RR. Agressão física à criança. *In*: Andreasen JO, Andreasen FM. *Texto e atlas colorido de traumatismo dental*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001. p. 181-193.

ANEXO I



EMESCAM

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Av. Nossa Senhora da Penha, 2190 - Bairro Santa Luzia - Cx. Postal 5135 - CEP 29045-402 - Vitória-ES - Tel. 0XX(27) 3334-3500 - Fax 0XX(27) 3334-3510



Comitê de Ética em Pesquisa

CERTIFICADO

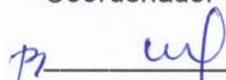
CERTIFICAMOS que o Protocolo de Pesquisa n. /2004, intitulado **“VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR E TRAUMATISMO ALVÉOLO-DENTÁRIO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA”**, de responsabilidade de José Carlos da Silva Campos (Autor – Médico – Aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia, a nível de Mestrado, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP) e Ronaldo Seichi Wada (Orientador - Professor da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP), está de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União de 16/10/1996.

Vitória - ES, 16 de junho de 2004.

Este Certificado expira em 16 de junho de 2005.



Professor Luís Renato da Silveira Costa
Coordenador do CEP/EMESCAM



Professora Iza Bitran
Secretária do CEP/EMESCAM

ANEXO II

O CRIME DE LESÃO CORPORAL NA LEI PENAL BRASILEIRA

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO:

Art. 129 - “Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano.

Lesão corporal de natureza grave

§ 1º - Se resulta:

I - incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 (trinta) dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto;

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Lesão Corporal de Natureza Gravíssima

§ 2º - Se resulta:

I - incapacidade permanente para o trabalho;

II - enfermidade incurável;

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto;

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 8 (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 4 (quatro) a 12 (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:

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 2 (dois) meses a 1 (um) ano.

Aumento de pena

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

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

ANEXO III

LEI Nº 10.886, DE 17 DE JUNHO DE 2004.

Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência Doméstica".

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 9º e 10:

"Art. 129.

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 6 (seis) meses a 1 (um) ano.

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

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 17 de junho de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Márcio Thomaz Bastos

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 18.6.2004

ANEXO IV

LESÕES POR AGENTES MECÂNICOS

1. Lesões Contusas:

1a – Escoriação: Abrasão ou lixamento da pele, com arrancamento de camadas superficiais de tecido, nos casos típicos, sem atingir a derme, portanto, sem produzir sangramento.

1b – Equimose: Mancha na pele, por infiltração de sangue nas malhas do tecido, em decorrência da ruptura de microvasos no local.

1c – Hematoma: Coleção sanguínea localizada entre tecidos, produzida por extravasamento sanguíneo de maiores proporções, devido à ruptura de vasos sanguíneos calibrosos.

1d – Ferida Contusa: Contusão com laceração e solução de continuidade irregular dos tecidos; ferida aberta por contusão;

1e – Luxação: Perda do contato das extremidades ósseas envolvidas na articulação.

1f – Fratura: Quebra, solução de continuidade de um osso.

1g – Esmagamento: Achatamento de tecidos, estruturas e partes de corpos, por ação compressiva violenta. Geralmente acompanhado por dilaceração, rompimento, fratura, e até perda de tecido.

2. Lesão Incisa: Solução de continuidade linear ou alongada, bordos regulares e afastados, com secção regular das estruturas envolvidas, formando vertentes. Extensão superficial maior do que a profundidade. Exemplo: Corte superficial produzido com faca, vidro, lâminas de barbear, etc.

3. Lesão Punctória: Lesão puntiforme, de pequenas dimensões (ponto) e profundidade variável, produzida por instrumento perfurante típico. Exemplo: Lesões produzidas por agulhas, pregos, furadores de papel, etc.

4. Lesão Corto-contusa: Lesão alongada, irregular, bordos afastados, com secção imperfeita e irregular dos tecidos deixando vertentes irregulares, com pontes de tecido. Exemplo: Lesões produzidas por golpes com facão, foice, pedra, pedaço de madeira com aresta viva, etc.

5. Lesão Pérfuro-incisa: Lesão regular de bordos afastados, pequeno tamanho, aspecto de casa-de-botão, profundidade maior que a porção superficial. Exemplo: Lesões penetrantes produzidas com arma branca.

6. Lesão Pérfuro-contusa: Lesão de pequeno tamanho, formato circular ou ovalado, bordos escoriados, invertidos ou evertidos, podendo apresentar ainda orla de contusão e enxugo, além de orlas de tatuagem, esfumaçamento ou queimadura.

ANEXO V

Modelo de Laudo de Exame de Lesões Corporais



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
P O L Í C I A C I V I L
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO MÉDICO-LEGAL

LAUDO DE EXAME DE LESÕES CORPORAIS

RG Nº _____ / ____

Aos _____ dias do mês de _____ do ano dois mil e _____, às _____ horas, nesta cidade de _____, Estado do Espírito Santo, e no Departamento Médico Legal, em atenção à requisição do Ilmo. Sr. _____, por meio do ofício de N.º ____ / __, datado de __/__/__, nós, abaixo assinados, Dr _____ e Dr _____, em cumprimento de nossa missão de médicos legistas, e observando as exigências legais, procedemos ao EXAME DE LESÕES CORPORAIS na pessoa de:

respondendo aos seguintes quesitos:

- 1º – Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?
- 2º – Qual o instrumento ou meio que a produziu?
- 3º – Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura, ou por meio insidioso ou cruel (Resposta especificada);
- 4º – Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias;
- 5º – Se resultou Perigo de Vida;
- 6º – Se resultou debilidade permanente, ou perda, ou inutilização de membro, sentido ou função (Resposta especificada);
- 7º – Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente (Resposta especificada);

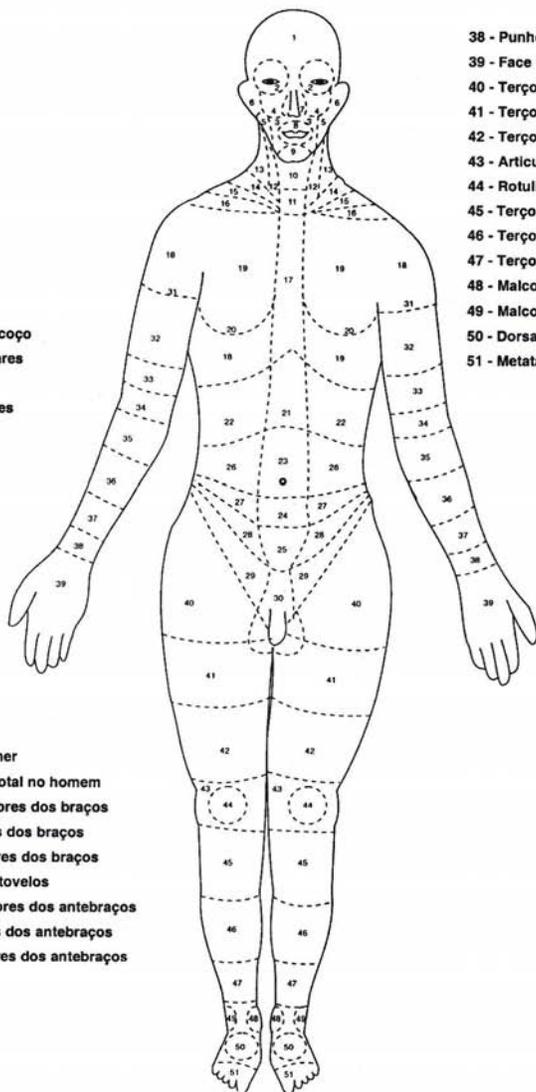
Assim realizada a perícia, passamos a oferecer o laudo que se segue:

Dr. (Primeiro Perito)
MÉDICO LEGISTA – CRM-ES
(Fonte: DML – Vitória)

Dr. (Segundo Perito)
MÉDICO LEGISTA – CRM-ES

ANEXO VI

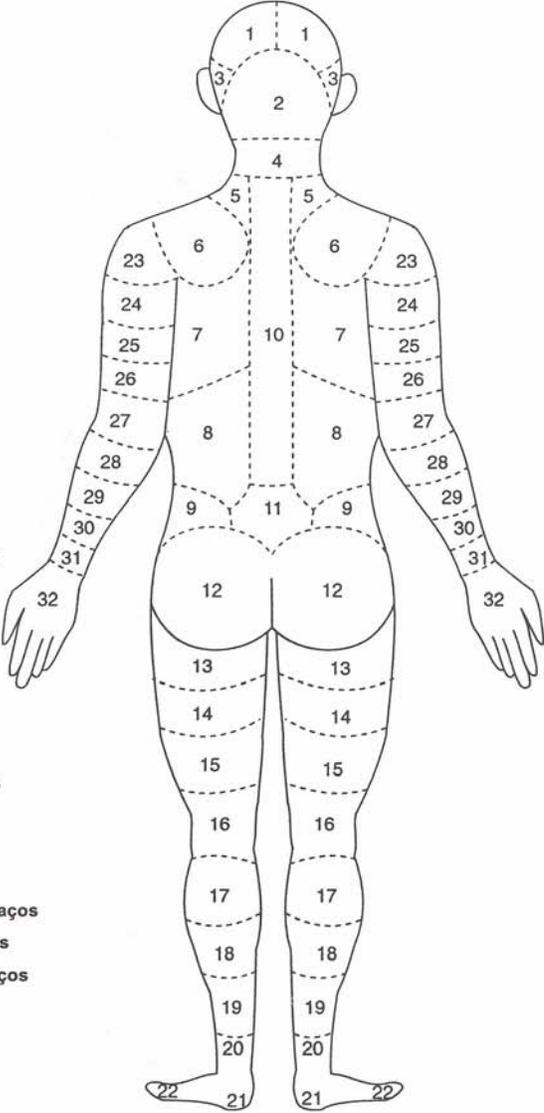
Diagrama do Corpo Humano – Face anterior

	<p style="text-align: center;">ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA POLÍCIA CIVIL SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA</p>	
DIAGRAMA DO CORPO - FACE ANTERIOR - MASCULINO		
<p>NOME: _____ LAUDO Nº _____</p>		
<p>REGIÕES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Frontal 2 - Orbitárias 3 - Nasal 4 - Malares 5 - Masseterinas 6 - Auriculares 7 - Genianas 8 - Labial 9 - Mentoniana 10 - Supra-hióidea 11 - Infra-hióidea 12 - Carotidianas 13 - Lateral do pescoço 14 - Supraclaviculares 15 - Claviculares 16 - Infraclaviculares 17 - Esternal 18 - Deltoideanas 19 - Torácicas 20 - Mamárias 21 - Epigástrica 22 - Hipocôndrios 23 - Mesogástrica 24 - Hipogástrica 25 - Pubiana 26 - Fiancos 27 - Fossas ilíacas 28 - Inguinais 29 - Crurais 30 - Vulvar na mulher peniana e escrotal no homem 31 - Terços superiores dos braços 32 - Terços médios dos braços 33 - Terços inferiores dos braços 34 - Pregas dos cotovelos 35 - Terços superiores dos antebraços 36 - Terços médios dos antebraços 37 - Terços inferiores dos antebraços 		<ol style="list-style-type: none"> 38 - Punhos 39 - Face ventral da mão 40 - Terços superiores das coxas 41 - Terços médios das coxas 42 - Terços inferiores das coxas 43 - Articulação do joelho 44 - Rotulianas 45 - Terços superiores das pernas 46 - Terços médios das pernas 47 - Terços inferiores das pernas 48 - Malcolas internas 49 - Malcolas externas 50 - Dorsais dos pés 51 - Metatarso falangeana
<p>FIGURA _____</p> <p>PERITO: _____ PERITO: _____</p>		

(Fonte: DML – Vitória)

ANEXO VII

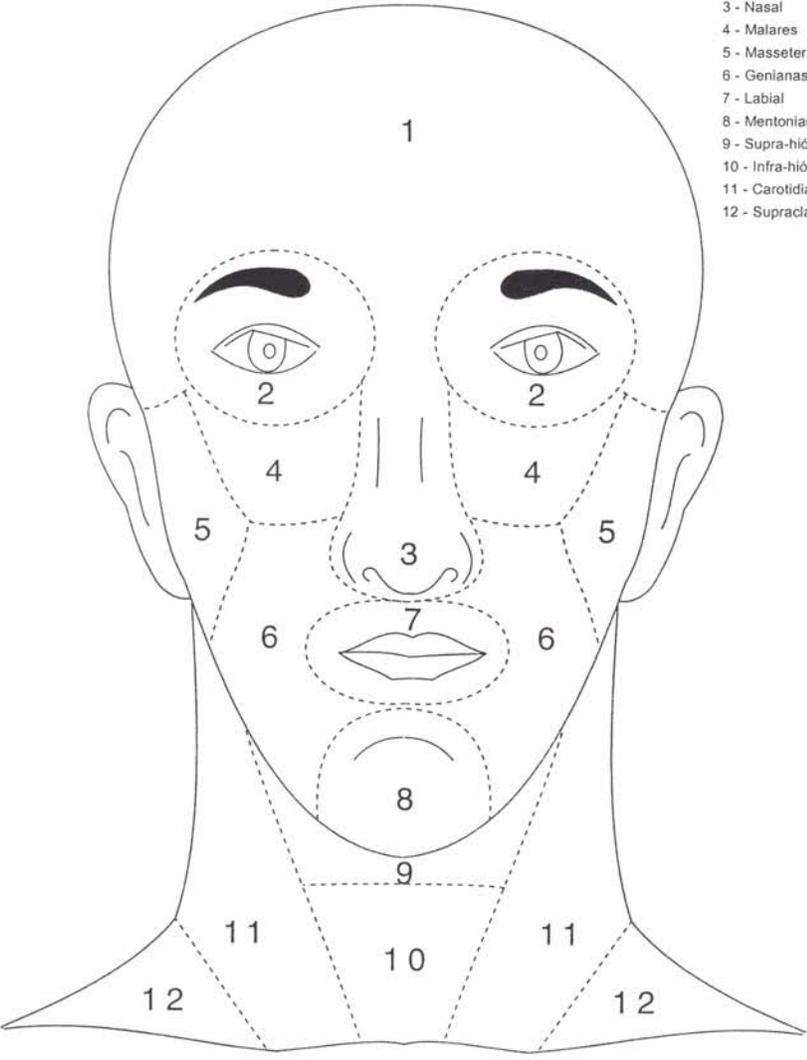
Diagrama do Corpo Humano – Face posterior

	ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA POLÍCIA CIVIL SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
DIAGRAMA DO CORPO - FACE POSTERIOR	
NOME: _____ LAUDO Nº _____	
<p>REGIÕES</p> <ol style="list-style-type: none">1 - Parietais2 - Occipital3 - Temporais4 - Cervical posterior5 - Supra-escapulares6 - Escapulares7 - Dorsais8 - Lombares9 - Iliacas10 - Espondílea11 - Sacrococcígea12 - Glúteas13 - Terços superiores das coxas14 - Terços médios das coxas15 - Terços inferiores das coxas16 - Poplíteas17 - Terços superiores das pernas18 - Terços médios das pernas19 - Terços inferiores das pernas20 - Maleolares externas21 - Calcâneas22 - Metatarsos falangeanas23 - Deltoidianas24 - Terços superiores dos braços25 - Terços médios dos braços26 - Terços inferiores dos braços27 - Cotovelos28 - Terços superiores dos antebraços29 - Terços médios dos antebraços30 - Terços inferiores dos antebraços31 - Punhos32 - Faces dorsais das mãos	
FIGURA _____	
PERITO: _____	PERITO: _____

(Fonte: DML – Vitória)

ANEXO VIII

Regiões Anatômicas da Face

	<p>ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA POLÍCIA CIVIL SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA</p>
DIAGRAMA DA CABEÇA - FACE ANTERIOR	
NOME: _____	LAUDO Nº _____
	
<p>REGIÕES 1 - Frontal 2 - Orbitárias 3 - Nasal 4 - Malares 5 - Masseterinas 6 - Genianas 7 - Labial 8 - Mentoniana 9 - Supra-hióidea 10 - Infra-hióidea 11 - Carotidianas 12 - Supraclaviculares</p>	
FIGURA _____	
PERITO: _____ PERITO: _____	

ANEXO IX

Lesões Contusas mais freqüentes



Foto 1 – Escoriações do tipo ungueal



Foto 1 – Escoriações amorfas

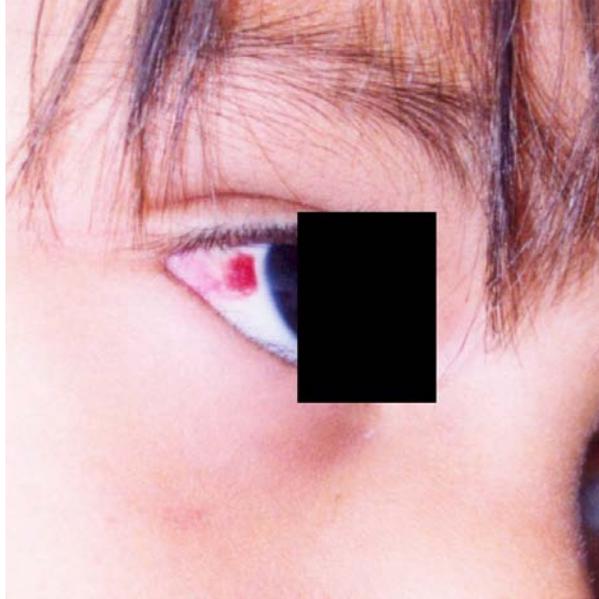


Foto 3 – Equimose da Conjuntiva Bulbar



Foto 4 – Hematoma da Região Orbitária



Foto 5 – Equimoses do tipo vergão



Foto 6 – Equimoses produzidas com facão.

ANEXO X

ROTEIRO PARA EXAME PERICIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES **VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR**

I – Histórico do caso

Relato da ocorrência que motivou a solicitação do exame pericial, o qual deverá contemplar, imprescindivelmente, os seguintes pontos:

- Descrição sucinta do evento, mencionando a data e local da agressão, além da circunstância que provavelmente a desencadeou.
- Relação de parentesco do agressor com a vítima.
- Participação de outros parentes.
- Objeto ou meio utilizado para agredir.
- Ocorrência de outras agressões anteriores e sua data provável.
- Ocorrência simultânea de outras formas de abuso, como agressão sexual, psicológica, negligência, etc.

II – Descrição geral

Antes de analisar e descrever as lesões de natureza violenta existentes é fundamental descrever a própria vítima, o que pode ser feito na seguinte ordem:

- Estado de saúde aparente, grau de desenvolvimento físico e mental em relação à idade, comportamento.
- Vestes e seu estado, higiene corporal.
- Sinais externos de algum distúrbio ou doença específica; deficiências de qualquer natureza (audição, visão, fala, etc), paraplegia, Síndrome de Down.
- Deformidades, perdas de segmentos corporais.
- Alterações secundárias: sinais de infecção.

III – Descrição Específica

É a descrição das lesões visíveis na superfície corporal. Abrange:

- Lesões recentes: tipo de lesão, formato, dimensões, coloração, localização, quantidade, intensidade, repercussão local, etc.
- Lesões em fase de resolução (não recentes)
- Cicatrizes de ferimentos de acidentes ou agressões anteriores.

IV – Documentação com esquemas e fotografias:

Ilustrar um laudo é um recurso muito útil em diversas circunstâncias, e quase sempre auxilia a autoridade judiciária na interpretação do fato. Entretanto, é preciso ter sempre em mente que a elaboração de gráficos das lesões ou anexos fotográficos não tem o papel de substituir uma boa descrição, apenas complementá-la.

a) Esquemas Anátomo-topográficos (Gráficos das Lesões).

Serão elaborados a partir de gráficos ou desenhos do corpo humano disponíveis, geralmente, em todos os Serviços de Medicina Legal. (Vide Anexos VI, VII e VIII deste trabalho). As lesões observadas devem ser desenhadas nos citados esquemas, sobre a(s) região(ões) corporal(ais) atingida(s), procurando-se preservar as suas proporções em relação ao tamanho da região no gráfico, com o intuito de reproduzir o mais fielmente possível as dimensões da(s) lesão(ões).

b) Fotografias: Podem ser tomadas em um plano geral e/ou em close-up.

- Fotografias tomadas em plano geral: mostram todo o paciente, um segmento corporal ou toda uma região anatômica, com as lesões porventura existentes, curativos, gesso, aparelhos de fixação de fraturas, etc. Este tipo de foto fornece uma visão melhor da extensão do acometimento da vítima pelas lesões.
- Fotografias em “close-up”: registram as características da/s lesão/ões. Quando bem realizadas, permitem analisar, posteriormente, o tipo de agente lesivo, a intensidade do dano à integridade física e, em alguns casos, até mesmo confirmar a existência de algum detalhe individual que identifique o objeto, além do próprio agressor, como em alguns casos de marcas de mordida.

c) Observações:

- Fotografar crianças envolve questões de natureza ética. A exemplo do que ocorre em relação a outros procedimentos médicos, requer autorização por escrito (consentimento) do familiar ou pessoa responsável pela criança.

- Durante o ato de tomada das fotografias, serão feitas as anotações referentes à seqüência das lesões fotografadas, que servirão posteriormente para identificar tanto o caso quanto o próprio significado as próprias fotos.
 - Mesmo em se tratando de fotos obtidas com autorização, é sempre recomendável inserir uma tarja negra na fotografia, que será disposta sobre os olhos, no sentido de proteger assim a identidade da criança.
-