perspectivas

MEDICINA LEGAL E
PERÍCIAS MÉDICAS

v.4 n.3 2019

perspectivas
MEDICINA LEGAL E
PERÍCIAS MÉDICAS

EDITOR CHEFE
Prof. Dr. Jose Jozefran Berto Freire (ABMLPM – São Paulo, SP Brasil)

EDITORA EXECUTIVA
Liege Gonzalez Jung (Indexa Editora – Rio de Janeiro, RJ Brasil)

COMISSÃO EDITORIAL
Prof. Dr. Aurélio Luna Maldonado (Universidad de Murcia, Espanha)
Prof. Dr. Daniel Romero Muñoz (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa – São Paulo, SP Brasil)
Prof. Dr. Duarte Nuno Pessoa Vieira (Universidade de Coimbra, Portugal)
Prof. Dr. Fernando Verdu Pascual (Universidad de Valencia, Espanha)
Prof. Dr. Francisco Corte Real Gonçalves (Instituto Nacional de Medicina Legal, Portugal)
Prof. Dr. Genival Veloso de França (Universidade Federal da Paraíba, PB Brasil)
Prof. Dr. Hugo Rodriguez Almada (Universidad de la Republica, Uruguai)
Prof. Dr. Hygino de Carvalho Hércules (Unievangélica – Anápolis, GO Brasil)
Prof. Dr. Ivan Dieb Miziara (Universidade de São Paulo - São Paulo, SP Brasil)
Prof. Ms. Jarbas Simas (INSS – São Paulo, SP Brasil)
Dr. Jonas Borracini (Instituto de Medicina Social de São Paulo, SP – IMESC Brasil)
Prof. Dr. Jorge Bermudez (Faculdad de Medicina de Buenos Aires, Argentina)
Prof. Dr. Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal (Instituto de Medicina Social de São Paulo, SP -IMESC Brasil)
Prof. Dr. Luiz Airton Saavedra de Paiva (Polícia Civil do Estado de São Paulo – São Paulo, SP Brasil)
Prof. Dr. Reginaldo Inojosa Campelo (Universidade de Pernambuco – Recife, PE Brasil)
Prof. Dr. Renato Evando Moreira Filho (Universidade Federal do Ceará – Fortaleza, CE Brasil)
Prof. Dra. Rosa Amélia Andrade Dantas (Universidade Federal do Sergipe – Aracaju, SE Brasil)
Prof. Ms. Sami Abder Rahim Jbara El Jundi (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS Brasil)
Prof. Dr. Saul Pantoja Vacaflor (Sociedade Peruana de Medicina Legal, Peru)
Dra. Viviam Paula Lucianelli Spina (Instituto de Medicina Social de São Paulo, SP – IMESC Brasil)
Prof. Dr. Zulmar Coutinho (Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, SC Brasil)

EDIÇÃO E PRODUÇÃO: Liege Gonzalez Jung | Indexa Editora Ltda.
DESIGN E DIAGRAMAÇÃO: André Fabro | Moiré Art
REVISÃO: Ângela Moraes
IMPRESSÃO: Ipsis Gráfica e Editora

Perspectivas em Medicina Legal e Perícias Médicas (PERSPECTIVAS) é a revista oficial da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas (ABMLPM). É uma revista científica, lançada em outubro de 2016 com periodicidade trimestral, que tem como missão a divulgação e desenvolvimento científico da Medicina Legal e da Perícia Médica no Brasil e no mundo. Tem acesso livre e gratuito de acordo com a licença *Creative Commons* e é publicada pela ABMLPM e produzida pela Indexa Editora.

ABMLPM - Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas - afiliada à AMB
Escritório Administrativo - Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 278 - 7º andar - Bela Vista
São Paulo-SP CEP: 01318-901
Fone: + 55 (11) 3101-5994 | Celular: + 55 (11) 97403-4818

ABMLPM
Associação Brasileira de Medicina Legal
e Perícias Médicas

P. 6
CARTA DO PRESIDENTE
Ivan Dieb Miziara

P. 7
CARTA DO EDITOR
José Jozefran Berto Freire

P. 8
ARTIGO ORIGINAL
ASPECTOS DA ANÁLISE PERICIAL EM DOENÇA FALCIFORME
Autores: Kroger FL, Sudário LC, Santos OF, Ernesto IC, Silva MS, Paula NCS, Rodrigues DOW, Cintra RB

P. 16
ARTIGO DE REVISÃO
AVALIAÇÃO PERICIAL NOS DANOS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE "ERRO MÉDICO"
Autores: Spina VPL, Silva ER, Leal LPFF, Panza FT

P. 24
ARTIGO ORIGINAL
FEMINICÍDIOS SEGUIDOS DE SUICÍDIO DO AGRESSOR: ANÁLISE DE NECROPSIAS REALIZADAS ENTRE 2010-2016, NO SUL DO BRASIL
Autores: Rios AMFM, Telles LEB, Magalhães PVS, Crespo KC, Martini M, Rios VM

P. 32
ARTIGO ORIGINAL
PADRÃO DE LESÃO BUCOMAXILOFACIAL DECORRENTE DA VIOLÊNCIA FÍSICA INTERPESSOAL NÃO FATAL: DIFERENÇA ENTRE OS SEXOS
Autores: Santos MG, Rescigno AA, Aguiar LS, Miziara CSMG, Abe DM, Miziara ID

P. 39
SUPLEMENTO
ARTIGOS DOUTRINÁRIOS DO CONGRESSO SUL SUDESTE DE MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS 2019

v.4 n.3 2019

NORMAS

Acesse normas atualizadas e modelo de artigo em *perspectivas.med.br/normas*

Perspectivas em Medicina Legal e Perícias Médicas (PERSPECTIVAS) é uma revista de caráter exclusivamente científico, dedicada à divulgação e desenvolvimento científico da Medicina Legal e da Perícia Médica no Brasil e no mundo. É uma revista gratuita, de acesso aberto, publicada pela ABMLPM e editorada pela Indexa.

1. Condições para publicação de artigos

1.1. Originalidade e pertinência

Os artigos candidatos devem ser inéditos e tratar de temas em medicina legal e perícia médica ou temas afins. Devem destinar-se exclusivamente à Perspectivas em Medicina Legal e Perícias Médicas, não sendo permitida a submissão simultânea a outras publicações.

1.2. Responsabilidade dos autores, ética e legalidade

Ao enviar um artigo, o responsável declara ser o único autor do artigo ou ser o representante autorizado de todos os autores, ter o direito de permitir sua reprodução por terceiros, bem como a reprodução das imagens e gráficos incluídos. Em caso de artigos com mais de um autor, o responsável pela submissão deve se munir de declarações por escrito dos demais autores permitindo a submissão do manuscrito à Perspectivas. A responsabilidade por eventual infração de direitos autorais ou de imagem recai sobre o responsável pela submissão.

Os autores são responsáveis pela veracidade das informações apresentadas nos manuscritos e pelo uso de boas práticas e ética profissional nos estudos realizados. De acordo com as leis internacionais de direitos autorais, autores são responsáveis pela originalidade dos artigos e todas as suas imagens e gráficos, ou por obter permissão para reprodução e incluir os devidos créditos de imagens de autoria de terceiros, já que a reprodução de conteúdo ou ideia já antes publicada sem crédito ao autor original é considerada plágio passível de punição. Autores também são responsáveis por observar as leis de direito de imagem e devem obter permissão por escrito para incluir imagens de indivíduos e marcas registradas.

A PERSPECTIVAS segue o padrão estabelecido pelo International Comitee of Medical Journal Editors (ICMJE) por meio do documento "Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals / "Requisitos para artigos enviados a revistas biomédicas", disponível em www.icmje.org. Suas principais diretrizes estão descritas nestas normas.

Após aprovação, o autor responsável pela submissão deverá assinar um termo de cessão de direitos autorais e ciência de responsabilidades. Este termo pode ser acessado em *perspectivas.med.br/normas*. O termo deve ser escaneado e enviado por e-mail em até 5 dias após a confirmação de aprovação ou em até 15 dias pelo correio.

1.3. Conflitos de interesse

Ao enviar um artigo, o responsável deve informar as fontes de financiamento da pesquisa. Caso exista qualquer conflito de interesse que possa ter afetado o resultado divulgado pelo artigo, este deve ser informado. Conflitos de interesse são situações em que o autor tem incentivo para divulgar resultados que melhorem a percepção do leitor sobre determinado procedimento ou medicamento. O incentivo pode ser de caráter comercial – patrocínio ou parceria com determinada marca ou empresa – ou pessoal – amizade ou parentesco.

1.4. Ensaios Clínicos e experimentação humana e animal

No Brasil, a realização de ensaios clínicos envolvendo medicamentos só é permitida mediante autorização da Anvisa por meio do registo no SISNEP – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – e REBEC – www.ensaiosclinicos.gov.br. Artigos incluindo ensaios clínicos devem informar o número deste registro após o resumo.

Estudos envolvendo experimentação humana e animal devem ser acompanhados de parecer emitido por comitê de ética reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

1.5. Cessão de direitos autorais

PERSPECTIVAS é uma publicação de livre acesso. Para ter seu artigo publicado, autores devem aceitar as condições especificadas pela licença Creative Commons CC BY 4.0, permitindo que seu artigo seja republicado e distribuído livremente por terceiros, sem necessidade de obter prévia autorização dos autores, editores ou publicadores, sempre citando adequadamente os autores e a publicação original. Saiba mais em *perspectivas.med.br/normas.*

1.6. Autores registrados nas bases Lattes e ORCID

A partir de 2019, a Perspectivas passa a publicar apenas artigos cujos autores tenham registros nas bases acadêmicas Lattes e ORCID. Os registros são gratuitos e podem ser feitos pelos autores. Acesse os links em *perspectivas.med.br/normas* e registre-se.

2. Envio

Artigos candidatos devem ser enviados pelo e-mail *liege@indexa.com.br*, seguindo formato descrito abaixo. Os artigos devem ser enviados no idioma português, inglês ou espanhol, incluindo título e resumo em português e inglês. Artigos serão publicados em seus idiomas originais. Eventuais custos de tradução correm por conta do autor. Não serão aceitas traduções automáticas ou de má-qualidade.

3. Formatação e formato

PERSPECTIVAS aceita artigos originais de pesquisa, artigos de revisão de literatura, relatos de caso e apresentação de técnicas ou pontos de vista pessoais. Um link para baixar o artigo modelo em Word está disponível em *perspectivas.med.br/normas*. Todas as orientações de formato e formatação recomendados para submissões à revista Perspectivas estão indicadas nele. Favor observar a necessidade de identificação de cada autor por meio de seus registros Lattes e ORCID.

4. Processo de seleção e revisão

PERSPECTIVAS respeita o processo de revisão por pares pelo sistema duplo-cego simultâneo (double blind simultaneous peer review). Cada artigo recebido é triado pelo editor-chefe da revista. Se aceito, é encaminhado simultaneamente para revisão por dois peritos revisores, que aprovam ou sugerem edições ao autor. O autor deve responder às sugestões enviando seu artigo reeditado, que é encaminhado aos revisores originais. Estes aprovam ou sugerem novas edições. Este ciclo pode se repetir até 3 vezes. Se aprovado, é enviado à revisão ortográfica e encaminhado ao editor para encaixe na pauta de publicação.

Para garantir a imparcialidade, a revisão por pareceristas é feita “às cegas”, sem identificação dos autores e estes não conhecem os nomes do revisores que avaliaram seu artigo.

O autor deve esperar receber uma resposta sobre a aprovação pela triagem em até 6 semanas a partir da data do envio. A partir da triagem, o prazo padrão para o processo de revisão e aprovação ou rejeição final é de até 6 meses.

Os principais critérios para avaliação dos artigos durante o processo de revisão são originalidade, relevância (contribuição para a especialidade), levantamento da literatura existente sobre o tema, organização e apresentação, clareza, adequação do método e de sua execução ao objetivo indicado, adequação e objetividade dos resultados.

A PERSPECTIVAS se reserva o direito de não publicar artigos recebidos, mesmo que aprovados pelos revisores.

5. Custos de publicação e financiamento

A publicação de artigos na PERSPECTIVAS é gratuita para autores. Os custos de produção são inteiramente financiados pela Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas, responsáveis pela publicação.

CARTA DO PRESIDENTE

A décima edição da *Revista Perspectivas*, em seu terceiro ano de existência, vem dar as boas-vindas aos participantes do Congresso Sul Sudeste de Medicina Legal e Perícias Médicas, este ano sediado com vista para as maravilhosas Cataratas do Iguaçu.

Nesta edição, trazemos algumas novidades: a primeira delas é fazer deste número a representação científica de nosso Congresso. São 33 trabalhos aprovados de altíssima qualidade, sendo que (outra novidade), este ano, a ABMLPM fez questão de instituir uma premiação aos três trabalhos escolhidos por nossa comissão científica de avaliação. E (mais uma inovação) todos os trabalhos serão apresentados de forma oral nos intervalos das sessões temáticas do Congresso.

A par de a *Perspectivas* se tornar veículo de difusão dos trabalhos apresentados (há muito não tínhamos uma edição de "Anais do Congresso"), ela tem a função de comemorar o alto nível científico deste evento, com a presença de importantes palestrantes estrangeiros. Nomes de peso e prestígio em nossa especialidade no meio acadêmico de outros países, como os professores Duarte Nuno e Corte Real (Portugal) e Aurélio Luna Maldonado (Espanha), estarão ao lado de nomes conhecidos da Medicina Legal e Perícia Médica brasileira como Daniel Romero Muñoz, do nosso Poder Judiciário, como Miguel Kfouri Neto, ou de nossos órgãos de classe, como Mário Jorge Tsuchiya, presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Convido, portanto, os congressistas para que usufruam de nossas sessões científicas, a fim de atualizar seus conhecimentos, mas que também participem de mais uma inovação deste Sul Sudeste: o Fórum de Defesa Profissional, para debater com os membros da ABMLPM os rumos a serem tomados por nossa entidade em defesa de toda a classe de médicos legistas e peritos médicos.

E, sem dúvida, aproveitem também as belezas de Foz do Iguaçu.

DR. IVAN DIEB MIZIARA

Presidente ABMLPM

CARTA DO EDITOR

Perspectivas chega à décima edição. Nestes quase três anos de existência, a Revista da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas continua denodadamente sua busca pela divulgação dos trabalhos científicos da especialidade.

Nesta edição, diversos temas trabalhados pelos nossos colaboradores demonstram a evolução da nossa revista.

Além dos artigos científicos que compõem a grade habitual, temos nesta edição a divulgação dos Anais dos trabalhos apresentados para o Congresso Sul Sudeste da ABMLPM. Agradecemos aos autores destes textos.

A nossa especialidade, através da Revista, mostra à sociedade os difíceis e complexos problemas impostos ao cotidiano do Médico Perito e que são muito importantes para a vivência social adequada.

A busca pela excelência, dentro da complexidade dos fenômenos atendidos pela especialidade, tem em nossa Revista o instrumento para sua demonstração. Aliás, o demonstrar é a atividade central do nosso trabalho.

Perspectivas agradece aos colaboradores, ao corpo editorial e, especialmente, a você, leitor.

Tenham todos uma boa leitura.

DR. JOSÉ JOZEFRAN BERTO FREIRE

Editor - Cremesp 17288

8
ISSN 2526-0928
www.perspectivas.med.br

ASPECTOS DA ANÁLISE PERICIAL EM DOENÇA FALCIFORME

ASPECTS OF THE EXPERT ANALYSIS IN SICKLE CELL DISEASE

ARTIGO ORIGINAL recebido 06/07/2019 aceito em 27/07/2019

Fernanda Lima Kroger [1]
Currículo Lattes: 1225921482711960 - ID ORCID: 0000-0002-0233-9126
Lysla Cardoso Sudário [2]
Currículo Lattes: 1036927764552410 - ID ORCID: 0000-0002-0425-3828
Olivia Franco dos Santos [3]
Currículo Lattes: 8545615311863028 - ID ORCID: 0000-0002-0903-8748
Ianka Cristina Ernesto [4]
Currículo Lattes: 3425620376349839 - ID ORCID: 0000-0002-9224-375X
Marina Schuffner Silva [4]
Currículo Lattes: 1785784479363613 - ID ORCID: 0000-0002-6688-5097
Natália Cristina Sales de Paula [5]
Currículo Lattes: 3340558267222162 - ID ORCID: 0000-0002-2178-3484
Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues [6]
Currículo Lattes: 0213828680695864 - ID ORCID: 0000-0003-3062-2954
Raquel Barbosa Cintra [7]
Currículo Lattes: 0110754349138042 - ID ORCID: 0000-0001-9838-1312

[1] Médica especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil.
[2] Médica, residente em Clínica Médica no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Juiz de Fora-MG, Brasil.
[3] Acadêmica de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF e bolsista de Iniciação Científica da Fundação Hemominas, Juiz de Fora-MG, Brasil.
[4] Acadêmica de medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC e bolsista de Iniciação Científica da Fundação Hemominas, Juiz de Fora-MG, Brasil.
[5] Assistente social da Fundação Hemominas, São João Del-Rei-MG, Brasil.
[6] Médica doutora em Saúde Brasileira hematologista da Fundação Hemominas, São João Del-Rei -MG, Brasil.
[7] Médica mestre em Bioética, professora colaboradora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Mogi das Cruzes, São Paulo-SP, Brasil.

E-mail para correspondência: danielawerneckhemato@hotmail.com

RESUMO

A Doença Falciforme (DF) é uma patologia hereditária monogênica autossômica recessiva com alta prevalência no Brasil, inserida na Classificação Internacional das Doenças (CID 10) 10ed no Capítulo III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos grupo D57. Segundo o Ministério da Saúde, há 25 a 30 mil casos de DF, com incidência de 3.500 casos/ano. A maioria dos portadores de DF evolui com episódios de

agudização que podem levar a internações prolongadas, períodos de incapacidade laboral e complicações severas que resultam em afastamento laborativo permanente e aposentadoria por invalidez. O objetivo deste trabalho foi verificar o número de aposentadorias pelo CID 10: D57 e estudar elementos técnicos que possam auxiliar o perito na elaboração do laudo previdenciário para concessão de auxílio-doença e aposentadoria na DF. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados científicos, uma busca de dados quantitativos disponíveis nos anuários do Ministério da Previdência Social e uma análise documental metodológica conforme Bardin. No período de janeiro a junho de 2019, de acordo com dados do Instituto Nacional do Seguro Social, o total de aposentadorias por invalidez foi de 168.749, sendo 2,96% concedidas com o CID 10 D57. Considerando a alta prevalência da DF, o que a torna um problema de saúde pública, o aspecto previdenciário é um assunto de extremo interesse. A história clínica, o exame pericial, subsidiados por relatórios do médico assistente, são a base para a conclusão da perícia em relação à limitação laboral, pois o diagnóstico de DF por si só não implica incapacidade.
Palavras-chave: Doença falciforme, Absenteísmo, Licença médica, Laudo pericial, Medicina Legal.

ABSTRACT

Sickle cell disease (SCD) is an autosomal recessive monogenic hereditary pathology with high prevalence in Brazil, inserted in the International Classification of Diseases (CID 10) 10th edition, Chapter III: Diseases of blood and hematopoietic organs group D57. According to the Ministry of Health there are 25 to 30 thousand cases of SCD, with an incidence of 3,500 cases/year. Most patients with SCD have developed acute episodes that can lead to prolonged hospitalizations, periods of disability and severe complications that result in permanent work absence and disability retirement. The objective of this research was to verify the number of retirements by CID 10: D57 and the study of technical elements that may assist the expert in the preparation of the social security medical report for granting sickness benefit and disability retirement in SCD. A bibliographic survey was performed in the scientific databases, a search of quantitative data available in the yearbooks of the Ministry of Social Security and a methodological documentary analysis proposed by Bardin. From January to June 2019, according to data from the National Institute of Social Security, total disability pensions amounted to 168,749, of which 2.96% were granted with CID 10 D57. Considering the high prevalence of SCD, which makes it a public health problem, the social security aspect is a matter of extreme interest. Clinical history, expert examination, supported by reports from the attending physician, are the basis for the conclusion of the expertise regarding labor limitation, as the diagnosis of SCD alone does not imply disability.
Key words: Sickle Cell Disease, Absenteeism, Medical Leave, Expert Report, Forensic Medicine

1. INTRODUÇÃO

A Doença Falciforme (DF) é doença hereditária, monogênica autossômica recessiva causada por mutação pontual que leva à troca de ácido glutâmico pela valina na sexta posição da cadeia de ß-globina. O defeito genético produz alterações na hemoglobina fazendo com que, em baixas tensões de oxigênio, essas moléculas sofram um processo de polimerização e perda da flexibilidade típica dos eritrócitos, deixando-os com aspecto de “foice”. Essas hemácias falcizadas se aglomeram no interior dos capilares sanguíneos, causando obstrução parcial ou total da luz vascular, vaso-oclusão, processos inflamatórios pró-trombóticos e disfunção endotelial (1, 2). Os sinais e sintomas clínicos da DF estão relacionados à anemia grave, complicações vaso-oclusivas e hemólise crônica, sendo a crise vaso-oclusiva a principal causa de afastamento e absenteísmo laboral (1). Atualmente, avanços no tratamento determinaram a redução da morbimortalidade e aumento da sobrevida, com a expectativa de vida na DF encontrando-se entre 45 e 50 anos (3).

O termo DF é designado a um grupo com desordens hematológicas, caracterizado pela presença da hemoglobina (Hb) S em homozigose (Hb SS) – também chamada de Anemia Falciforme (AF), ou em heterozigose associado com outras

hemoglobinas variantes (Hb SC, Hb SD-Punjab, etc.), e, ainda, em interação com as talassemias (Hb S/β0 talassemia, Hb S/β+ talassemia, Hb S/α talassemia) (4). Essas hemoglobinopatias constituem as enfermidades genéticas de maior prevalência no mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em torno de 5% de toda a população mundial (2,5). A AF é a doença hereditária mais prevalente no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, há de 25 a 30 mil casos de anemia falciforme com 3.500 casos novos por ano. Em relação ao traço falciforme (Hb AS), a prevalência varia de 4% na população geral e entre 6 a 10% nos afrodescendentes. No Brasil, nascem 200 mil crianças portadoras da hemoglobina S (Hb AS) anualmente (6, 7).

Alguns determinantes genéticos e sociais têm sido estudados para correlacionar a variabilidade clínica e fenotípica da doença, tais como tipo de DF, níveis de hemoglobina fetal, haplótipos da cadeia de beta-globina, coexistência com a talassemia, polimorfismo de nucleotídeo único (SNPs), etc. (8).

A AF é uma doença que predomina na população de baixa renda e de grande vulnerabilidade social. Entre os fatores adquiridos mais importantes estão o nível socioeconômico e o grau de escolaridade dos cuidadores e dos pacientes, com as consequentes variações nas qualidades de alimentação, de prevenção de infecções e acesso à assistência médica e à rede de saúde pública (9).

Em estudo realizado por Paiva e Silva (10), no Hemocentro de Campinas (Unicamp), foram entrevistados 80 pacientes com AF e evidenciou-se que o nível socioeconômico era extremamente baixo, com uma renda *per capita* inferior a um salário mínimo e meio em 85% dos pacientes. Dentre esses, 84% tinham o primeiro grau completo ou incompleto e 10% tinham o segundo grau completo ou incompleto. Essa estatística ainda se mantém nos dias atuais. Em outro estudo realizado por Rodrigues et al., na Fundação Hemominas de Juiz de Fora-MG, em 2015, com 110 pacientes, foi encontrado um perfil socioeconômico semelhante, com renda per capita de até dois salários mínimos em 72,8% dos casos e 60,9% dos cuidadores tinham apenas ensino fundamental completo (11).

As manifestações clínicas da DF costumam ocorrer a partir dos primeiros seis meses de vida e se estendem durante toda a vida do paciente, apresentando grande variabilidade. O problema clínico mais frequente é a crise dolorosa vaso-oclusiva, principal causa de admissão hospitalar (12). Nos pacientes adultos, é comum a necrose asséptica da cabeça do úmero ou do fêmur, causada pela isquemia óssea crônica em territórios pouco vascularizados. Atinge aproximadamente metade dos pacientes até 35 anos de idade (13).

A síndrome torácica aguda é a segunda causa mais comum de internação hospitalar. A gravidade varia, mas 13% dos pacientes necessitam de ventilação mecânica e 3% deles vão a óbito. As úlceras de membros inferiores são complicações frequentes em adultos com DF. Ocorrem entre 8% a 10% dos pacientes homozigotos, e nas áreas tropicais há relatos de incidência maior de 50% (14).

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das complicações relacionadas à alta morbidade e mortalidade da DF. Aproximadamente 11% dos pacientes com DF vão apresentar um episódio de AVE isquêmico antes dos 20 anos de idade; o AVE hemorrágico é consequência do rompimento dos pequenos vasos de circulação colateral após lesões isquêmicas, denominadas moyamoya. Ocorre mais comumente após os 20 anos, com média de idade de 31,7 anos. A mortalidade oscila entre 24% a 50% (15). O dano renal é quase inevitável na DF e decorre de infarto renal e necrose de papila, além de fibrose com glomeruloesclerose segmentar e focal (16). As manifestações oculares mais impactantes na DF são representadas pela retinopatia, que pode evoluir para amaurose (17). Os pacientes podem apresentar déficits visuais e auditivos por alterações neurossensoriais (13, 17).

A DF faz parte das doenças inseridas na Classificação Internacional das Doenças 10 ed (CID-10), estando no Capítulo III, no qual constam as “Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários”. O foco especial deste artigo será dado aos transtornos falciformes, codificados na CID-10 como D57.

O direito ao trabalho está assegurado a todos os cidadãos (Artigo XXIII da Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Brasil pelo artigo 6º da Constituição Federal de 1988). Os portadores de DF têm sido privados do seu direito ao trabalho, privação legitimada por decisão médica que

equivocadamente leva à consideração apenas o fato de o candidato apresentar determinada doença. Tais indivíduos compõem uma parcela economicamente ativa na sociedade brasileira e, devido à patologia de base, em algum momento de sua vida, apresentarão manifestações clínicas que determinarão o afastamento do trabalho, ocasião em que serão avaliados em perícia médica previdenciária no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para definir sua capacidade laboral.A DF é uma enfermidade crônica que, embora tratável, apresenta alto grau de sofrimento para o paciente e seus cuidadores, em decorrência de internações frequentes e por apresentarem diversas doenças associadas e danos orgânicos severos. Suas complicações comprometem a qualidade de vida do paciente e podem levar à incapacidade laborativa (18). Sendo assim, tais pacientes passarão por perícia previdenciária e o médico perito do INSS defrontar-se-á com o quesito básico: A doença falciforme acarreta incapacidade laborativa?

2. OBJETIVO

Verificar o número de aposentadorias pelo CID 10: D57 e identificar os elementos técnicos que possam auxiliar o perito na elaboração do laudo médico pericial previdenciário de concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez em portadores da DF.

3. METODOLOGIA

O presente estudo mescla a revisão bibliográfica e análise documental na busca de elementos que possam facilitar e padronizar a avaliação pericial na doença falciforme. Foi realizada pesquisa bibliográfica nos principais bancos de dados online, SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), PubMed (*National Library of Medicine*), LILACS e BIREME, no período de 1992 a 2019. Foram incluídos na análise os artigos científicos escritos nas línguas inglesa e portuguesa, com exclusão de estudos que discursavam sobre crianças com DF. Para o levantamento, foram usadas as palavras-chave obtidas por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS e MeSH): Doença Falciforme, Absenteísmo, Licença Médica, Laudo Pericial, Medicina Legal. A análise documental foi conduzida através da metodologia de Bardin, nos anuários de informações epidemiológicas dos Benefícios Concedidos (subseção A da Previdência Social – Benefícios Concedidos) extraídas dos bancos de dados do Ministério da Previdência Social no período de janeiro a junho de 2019, para a verificação do número de aposentadorias pelo CID 10: D57 e nos manuais de DF sobre aspecto laboral. A interpretação de conteúdo conforme Bardin busca representar de forma condensada as informações provenientes dos elementos pesquisados, permitindo elaborar um documento secundário técnico com o máximo de informações pertinentes sobre a temática em foco, no caso DF auxiliando na criação de um formulário de orientação e avaliação de laudo pericial, proposta deste estudo. Para Bardin, a análise documental é "uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob a forma diferente do original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referenciação".

4. RESULTADOS

Foram encontrados e analisados 40 artigos nacionais e internacionais, além de manuais e normas da legislação. O anuário estatístico da Previdência Social (19, 20, 21) só permite a pesquisa sobre a quantidade de benefícios concedidos com relação à CID-10, capítulo III, que abrange "doenças do sangue e do tecido hematopoiético e alguns transtornos imunitários", não sendo possível sua busca exclusivamente para "transtornos falciformes", representado pela CID-10 D57.

Através de pesquisa realizada no *site* da previdência social foi encontrado o número de aposentadorias concedidas por invalidez nos anos de 2010 (183.678), 2011 (183.301), 2012 (182.818), 2013 (193.562), 2014 (189.651), 2015 (161.850), 2016 (169.575) e 2017 (202.481). Em relação ao auxílio-doença, foram concedidos em 2010: 1.900.728; 2011: 2.022.613; 2012: 2.158.346; 2013: 2.273.074; 2014: 2.328.151; 2015: 1.828.337; 2016: 2.190.808, e em 2017: 1.988.169 benefícios.

Os dados referentes às aposentadorias concedidas, auxílios-doença, no período de 2010 a 2017, por doenças hematológica, Capítulo III do CID 10 em relação ao sexo e valor financeiro da aposentadoria são apresentados nas Tab. 1 e 2:

Anos	Aposentadorias por invalidez concedidas					
	Quantidade			Valor (R$ mil)		
	Total	Sexo		Total	Sexo	
		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
2010	235	146	89	195	135	60
2011	241	143	98	225	144	81
2012	222	113	109	224	140	84
2013	209	120	89	234	151	83
2014	246	137	109	286	170	116
2015	149	77	72	173	96	77
2016	180	96	84	225	125	100
2017	234	111	123	329	171	158

Tab. 1: Quantidade e valor de aposentadorias (urbanas e rurais) por invalidez concedidas, por sexo do segurado, segundo capítulos da CID- 2010/2017.
Fonte: Ministério da Previdência Social, 2012 (19), 2015 (20) e 2017 (21).

Ano	Quantidade de auxílios-doença concedidos		
	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
2010	3684	1559	2125
2011	3598	1479	2119
2012	3802	1487	2315
2013	3990	1579	2411
2014	3961	1597	2364
2015	3066	1250	1816
2016	3745	1471	2274
2017	3549	1409	2140

Tab. 2: Quantidade de auxílios-doença (urbanos e rurais) concedidos, por clientela e sexo do segurado, segundo capítulos da CID- 2010/2017.
Fonte: Ministério da Previdência Social, 2012 (19), 2015 (20) e 2017 (21).

O número de aposentadorias por invalidez pelo CID D 57, no período de janeiro a junho de 2019, foi extraído dos relatórios nacionais pela equipe do Ministério da Previdência Social e INSS e repassados aos autores deste estudo (Tab. 3).

Aposentadorias por invalidez concedidas

Período	Todas as doenças	CID 10 D57
Total (de 2010 a 2017)	3.573.621	910
Janeiro a Junho/2019	168.749	50

Tab. 3: Quantitativo de aposentadorias por invalidez concedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).
Fonte: Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 2019.

O percentual de aposentadorias por invalidez concedidas dentro do CID 10 D57, em relação a todas as doenças no período de 2010 a 2017, é de 2,55%; considerando o período de janeiro a junho de 2019, foi de 2,96%.

5. DISCUSSÃO

A DF é uma doença com alta prevalência na população brasileira e, entre os anos de 2010 a 2017, foram concedidos em média 3.390 auxílios-doença anualmente pelo Ministério da Previdência Social para o grupo da CID-10, ao qual se insere a DF, e aproximadamente 185 aposentadorias por invalidez por ano para o mesmo grupo (19, 20, 21).

Os benefícios concedidos para aposentadoria por invalidez pela CID-10 capítulo III corresponderam, em média, a 0,10% do total concedido em 2010, 2011 e 2012, e 0,11% de 2013 a 2017. Com relação aos benefícios por auxílio-doença, corresponderam a 0,17% em 2010, 2013, 2014, 2015 e 2016; 0,16% em 2011 e 2012 e 0,18% em 2017 (19, 20, 21).

A existência de doença ou lesão não significa incapacidade. Várias pessoas portadoras de DF com lesões definidas podem e devem trabalhar. Entretanto, se houver um agravamento, seja de natureza anatômica, funcional ou de esfera psíquica, as lesões inicialmente limitantes podem se tornar incapacitantes (22).

Com relação às internações por DF, o estudo de Loureiro, em 2005 (23), deixou claro que as internações se concentram em faixas etárias jovens, revelando o grande impacto social da doença. A causa mais comum de admissão hospitalar foi a crise vaso-oclusiva (24), segundo Cronin, em 2019. O tempo médio de permanência no hospital encontrado não foi elevado, sendo que a crise vaso-oclusiva é resolvida em média em cinco dias (23). Sendo assim, tal complicação não permite benefício previdenciário.

As diversas complicações decorrentes da DF podem gerar, de acordo com a gravidade, a duração e a possível sequela, uma incapacidade que pode ser total ou parcial, temporária ou definitiva. Sendo assim, as complicações podem permitir a liberação de gozo de benefício previdenciário do tipo auxílio-doença ou ainda aposentadoria por invalidez.

Durante a avaliação pericial, verifica-se a frequência das crises álgicas, por meio de anamnese, sumários de internação hospitalar e relatórios do hematologista assistente, bem como o tipo de trabalho que o periciando exerce. Trabalhos pesados e em temperaturas elevadas, por exemplo, podem facilitar o processo de desidratação celular, bem como os trabalhos em situações de baixa oxigenação que também favorecem a hipóxia tecidual e consequente processo de vaso-oclusão (8). O médico perito deve levar em conta que as crises são mais frequentes nos portadores da forma homozigota da doença (Hb SS).

O AVE é uma das complicações relacionadas à alta morbidade e mortalidade da DF com repercussões físicas e neuropsicológicas que levam ao prejuízo

de habilidades motoras, alterações cognitivas, diminuição da qualidade de vida e pode determinar a incapacidade laboral (15, 25).

As úlceras maleolares são extremamente dolorosas, de difícil resolução e podem ser únicas ou múltiplas com risco de osteomielite. A recorrência é frequente, a cicatrização é lenta e respondem mal ao tratamento, portanto, pode levar à incapacidade laboral, por vezes temporária, mas, dependendo da frequência que elas aparecem e dos cuidados do portador, podem gerar até uma incapacidade parcial e permanente (14).

É importante avaliar o grau de comprometimento físico e correlacioná-lo com a atividade laboral, bem como avaliar se o periciando terá ou não dificuldade em sua locomoção até o local de trabalho. O perito pode, após elucidar as complicações e sequelas que o periciando apresenta por meio de anamnese, exame físico e relatórios do médico assistente, fazer a avaliação da atividade laboral e tentar verificar alguns elementos importantes, como exposição aos fatores de risco que são hipóxia, desidratação, frio e calor excessivos, possíveis lesões mecânicas, carga osteomuscular intensa, limites de amplitude articular, exigências cognitivas e fatores psicossociais para o trabalho.

No Brasil, 85% dos doentes falciformes adultos têm baixa escolaridade. Os poucos que conseguem ingressar no mercado de trabalho desenvolvem tarefas que requerem esforço físico, sendo incompatível com a doença (26). As famílias são de baixo nível socioeconômico e apresentam dificuldades de acesso e inclusão, determinando situação de vulnerabilidade social (27, 28).

Além das diversas complicações que a doença falciforme pode causar, ainda tem, como agravante, o baixo nível socioeconômico presente em seus portadores, apontando para o fato de a maioria deles exercerem atividades laborais que exigem aptidão física (29) que, muitas vezes, não são compatíveis com as sequelas que apresentam no momento da perícia médica, cabendo então ao perito avaliar se aquela sequela resultará em morte, cronificação estabilizada, piora temporária ou sequela definitiva.

A maioria dos portadores de DF apresenta períodos de agudização de sua doença que muitas vezes podem levar a internações prolongadas e consequentes períodos de incapacidade laboral (30). Em alguns casos, podem apresentar complicações que levam à incapacidade permanente e consequente aposentadoria por invalidez. Essa informação fica evidente ao se analisar que a quantidade de auxílio-doença em 2017 foi de 3.549 benefícios concedidos, enquanto a de aposentadoria por invalidez, no mesmo ano, foi de 234 concedidos (21).

A determinação da incapacidade decorrente da doença não é uma atividade fácil. O perito deve estar informado sobre as condições de acesso ao trabalho e tipos de atribuições laborais exigidas para determinar se existe a incapacidade, se ela é temporária ou definitiva, e ainda se for temporária, por quanto tempo o periciando deve permanecer afastado. As limitações sociais, a dor e as outras manifestações clínicas distanciam o paciente com DF da dinâmica da sociedade capitalista e produtiva (29).

Os autores elaboraram uma proposta de formulário de avaliação (Quadro1), conforme metodologia de Bardin (31), contendo elementos técnicos, baseados nas manifestações clínicas e nas leis que regem a concessão dos benefícios previdenciários, que devem ser levados em consideração ao avaliar o impacto da DF no exercício profissional com objetivo de auxiliar o laudo pericial.

TIPO DE COMPROMETIMENTO	DETERMINA INCAPACIDADE LABORAL?	
	SIM	NÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, **acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de** paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, **exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.** **ÚLCERA DE PERNA** intratável com comprometimento de marcha e risco de porta de entrada para infecções **OSTEONECROSE OU NECROSE AVASCULAR, DANO ARTICULAR** com comprometimento grave da movimentação de quadril e ombro.		
DEFICIÊNCIA AUDITIVA – perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma na MÉDIA das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz;		
DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 **no melhor olho, com a melhor correção óptica**; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. Retinopatia		
DEFICIÊNCIA MENTAL – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, **com limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas**, tais como: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, f) habilidades acadêmicas, g) lazer, e h) trabalho. **AVC PRÉVIO**		
DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA		
COMPLICAÇÕES PULMONARES com hipertensão pulmonar severa com insuficiência respiratória ou cor pulmonale.		
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE		
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA GRAVE		

Quadro 1. Proposta de formulário técnico sugerido pelos autores: adaptada pelos autores da fonte Concessão de Passe Livre Interestadual, Lei nº 8.899, de 29/06/1994, Decreto nº 3.691, de 19/12/2000 e Portaria nº 410/GM/MT de 27/11/2014. ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde.

6. CONCLUSÃO

A presença de DF não implica por si só incapacidade para o trabalho. A fragilidade do sistema de apoio social em superar os limites que a doença impõe será o grande desafio do médico perito. Entretanto, por se tratar de doença crônica com diversas complicações, a avaliação médico-pericial deve abordar as condições médicas, com base na anamnese, exame físico completo, incluindo exame neurológico e ortopédico, e relatório do médico assistente, além das condições ocupacionais, pois, trabalhos que demandam esforço físico, por exemplo, podem provocar ou ser fator de risco para as crises de vaso-oclusão características da doença. O desconhecimento dos profissionais sobre a resolutividade da assistência implica a ampliação da iniquidade social (29). Somente uma detalhada avaliação clínica, considerando todas as variabilidades associadas com o agravo e o desempenho profissional, permite conclusões fundamentadas.

A compreensão da interligação de vários fatores de ordem biológica, psicológica, social e do ambiente físico é que vai trazer ao médico perito subsídios para avaliar a incapacidade laboral do indivíduo com Doença Falciforme. É necessária a criação de formulários padronizados e validados para definir a incapacidade definitiva ou temporária dessa população que apresenta inúmeras complicações sistêmicas.

7. REFERÊNCIAS

1. Bunn HF. Pathogenesis and treatment of sickle cell disease. N Engl J Med. 1997; 337(11): p762-769. 10.1056/NEJM199709113371107

2. Naoum PC. Hemoglobinopatias e Talassemias. São Paulo: Sarvier; 1997.

3. Araujo OM, Ivo ML, Ferreira Júnior MA, Pontes ER, Bispo IM, Oliveira EC. Survival and mortality among users and non-users of hydroxyurea with sickle cell disease. Rev Lat Am Enfermagem. 2015; 23(1): p67-73. http://dx.doi.org/ 10.1590/0104-1169.3385.2526.

4. Murao M, Ferraz MHC. Traço falciforme – heterozigose para hemoglobina S. Rev Bras Hematol Hemoter. 2007;29(3): p223-225. http://dx.doi.org /10.1590/S1516-84842007000300006.

5. Bandeira FMGC, Bezerra MAC, Santos MNN, Gomes YM, Araújo AS, Abath FGC. Importância dos programas de triagem para o gene da hemoglobina S. Rev Bras Hematol Hemoter. 2007; 29(2): p179-184. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842007 000200017.

6. Cançado RD, Jesus JA. A Doença Falciforme no Brasil. Rev Bras Hematol Hemoter. 2007; 29(3): p203-206.http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842007000300002.

7. Arduini G, Rodrigues L, Marqui A. Mortality by sickle cell disease in Brazil. Rev Bras Hematol Hemoter. 2017; 39(1): p52-56.http://dx.doi.org/10. 1016/j.bjhh.2016.09.008.

8. Naoum PC. Interferentes Eritrocitários e Ambientais na Anemia Falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter. 2000; 22(1): p5-22. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842000000100 003.

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002.

10. Paiva e Silva RB, Ramalho AS, Cassorla RMS. A anemia falciforme como problema de saúde pública no Brasil. Rev Saúde Púb. 1993; 27(1): p54-58. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101993000100 009.

11. Rodrigues DO, Ribeiro LC, Sudário LC, Teixeira MT, Martins ML, Pittella AM, et al. Genetic determinants and stroke in children with sickle cell disease. J Pediatr (Rio J). 2016; 92: p602-608. http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.01.010.

12. Mousinho-Ribeiro RC, Cardoso GL, Sousa IEL, Martins PKC. Importância da avaliação da hemoglobina fetal na clínica da anemia falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter. 2008; 30(2): p136-141.http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842008000200012.

13. Lonergan GJ, Cline DB, Abbondanzo SL. Sickle cell anemia. Radiographics. 2001; 21: p971-994. http://dx.doi.org/10.1148/radiographics.21.4.g01jl 23971.

14. Paladino SF. Úlcera de membros inferiores na anemia falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter. 2007; 29(3): p288-290.http://dx.doi.org/10.1590/ S1516-84842007000300019.

15. Angulo IL. Acidente vascular cerebral e outras complicações do Sistema Nervoso Central nas doenças falciformes. Rev Bras Hematol Hemoter. 2007; 29(3): p262-267. http://dx.doi.org/10.1590

/S1516-84842007000300013.
16. Rees DC, Williams TN, Gladwin MT. Sickle-cell disease. Lancet. 2010; 376: p2018-2031.http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61029-X.
17. Vilela RQB et al. Alterações oculares nas doenças falciformes. Rev Bras Hematol Hemoter. 2007; 29(3): p285-287.http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842007000300018.
18. Gill KM, Phillips G, Williams DA. Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. J Consult Clin Psychol. 1989; 57(6): bp725-731. http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.57.6.725.
19. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico da Previdência Social. Brasília (DF): DATAPREV; 2012.
20. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília (DF): MF/DATAPREV; 2015.
21. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília (DF): MF/DATAPREV; 2017.
22. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria nº 797 de 22 de março de 2010. Institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010.
23. Loureiro MM, Rozenfeld S. Epidemiologia das internações por doença falciforme. Revista Saúde Pública. 2005;39(6):p943-949.http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600012.
24. Cronin RM, Hankins JS, Byrd J, Pernell BM, Kassim A, Adams-Graves P, et al. Risk factors for hospitalizations and readmissions among individuals with sickle cell disease: results of a U.S. survey study. Hematology. 2019; 24(1): p 189-198. http://dx.doi.org/10.1080/16078454.2018.1549801.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento. Brasília (DF), Brasil: Ministério da Saúde; 2012.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: orientações básicas no espaço de trabalho. Brasília (DF), Brasil: Ministério da Saúde; 2014.
27. Figueiro AVM, Ribeiro RLR. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. Saúde Soc. 2017; 26(1): p88-99. http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017160873.
28. Cunha JHS, Monteiro CF, Ferreira LA, Cordeiro JR, Souza LMP. Papéis ocupacionais de indivíduos com anemia falciforme. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2017; 28(2): p230-238.http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p230-238.
29. Barroso LMFM. Entraves na concretização das políticas e direito à saúde para as pessoas com anemia falciforme. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA; 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/28416.
30. Cruz SV, Martelli DRB, Araújo MX, Leite BGL, Rodrigues LAM, Júnior HM. Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com anemia falciforme no norte de Minas Gerais Brasil. Rev Med Minas Gerais. 2016; 26(5): p23-30.
31. Bardin L. L'Analyse de contenu. Editora: Presses Universitaires de France, 1977.

16
ISSN 2526-0928
www.perspectivas.med.br

AVALIAÇÃO PERICIAL NOS DANOS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE "ERRO MÉDICO"

EXPERTISE EVALUATION IN HEALTH CARE ASSOCIATED HARM "MEDICAL ERROR"

ARTIGO DE REVISÃO recebido em 21/7/2019, aceito em 26/7/2019

Viviam Paula Lucianelli Spina [(1)]
Curriculo Lattes: 8042791240784011 - ID ORCID: 0000-0001-9196-3061
Elcio Rodrigues da Silva [(1)]
ID ORCID: 0000-0001-5771-2445
Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal [(2)]
Curriculo Lattes: 4910203611295452 - ID ORCID: 0000-0002-4219-0450
Jonas Aparecido Borracini [(1)]
ID ORCID: 0000-0003-1531-5235
Fabio Tadeu Panza [(2)]
Curriculo Lattes: 5528930004210470 - ID ORCID: 0000-0001-7841-7461

[(1)] Médico Perito Oficial do Juizado Especial Federal de São Paulo (JEF-SP) e do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), São Paulo-SP, Brasil.
[(2)] Médico Perito Oficial do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC), São Paulo-SP, Brasil.

e-mail: viviamspina@hotmail.com

RESUMO

Os danos associados aos cuidados de saúde, comumente conhecidos como “erro médico”, são objeto de preocupação e estudo na esfera mundial, sendo identificados desde o aumento da permanência hospitalar, a ocorrência de danos temporários ou permanentes, podendo até chegar ao desfecho fatal do paciente. Incrementam os custos relacionados à assistência e motivam apurações administrativas, ético-disciplinares e demandas judiciais por responsabilidade civil e penal. A presente análise tem como objetivos uniformizar os conceitos e método utilizados na avaliação pericial, definindo parâmetros de apreciação, em uma perspectiva multiprofissional e sistêmica. Fez-se uma pesquisa, não sistemática, de artigos científicos em banco de dados da PubMed, de 2000 a 2019, livros-textos de medicina, diretrizes internacionais e normativas legais nacionais referente à segurança do paciente e aos danos relacionados à assistência em saúde. Verificou-se consenso técnico-científico internacional em adotar o termo danos associados aos cuidados de saúde e não erro médico; os parâmetros de análise pericial elencados foram a avaliação da assistência dentro da perspectiva técnica da doutrina e dos protocolos assistenciais, os fatores ambientais de infraestrutura e organizacional da instituição prestadora de serviços, o fator humano na atuação do profissional de saúde, as características individuais (biológicas) e os fatores externos.

Palavras-chave: danos associados aos cuidados de saúde, erro médico, segurança do paciente, qualidade em saúde, evento adverso.

ABSTRACT

The injury associated with health care commonly known as "medical error" is the object of concern and study worldwide, being identified since the increase in hospital stay, the occurrence of temporary or permanent damage, and may even lead to death of the patient. They increase the costs related to assistance and motivate administrative, ethical and disciplinary investigations and judicial demands for civil and criminal liability. The present analysis aims to standardize the concepts and method used in the expert assessment, defining parameters of appreciation, in a multiprofessional and systemic perspective. Non-systematic research was conducted on scientific articles in a PubMed database from 2000 to 2019, medicine textbooks, international guidelines, and national legal regulations regarding patient safety and health care-related harm. There is international technical-scientific consensus on adopting the term health-related harm rather than medical error. The parameters of expert analysis listed were the evaluation of care within the technical perspective of the doctrine and the care protocols, the environmental factors of infrastructure and organizational service provider, the human factor in the performance of the health professional, the individual (biological) characteristics, and the external factors.

Keywords: health care-related harm, medical error, patient safety, health quality, adverse event.

1. INTRODUÇÃO

O dano relacionado à assistência de saúde é uma preocupação antiga. Hipócrates (460 a 370 a.C.), pai da medicina, postulou: "Aplicar os tratamentos para ajudar os doentes conforme minha habilidade e minha capacidade, e jamais usá-los para causar dano ou malefício" (1).

A doutrina médica segue os princípios da beneficência e não-maleficência. O atual código de ética médica, de 2018, em seu capítulo I – Princípios Fundamentais normatiza (2):

> O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. (...) O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade.

Receber assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo, em que os serviços de saúde devem oferecer atenção efetiva, eficiente, segura e com satisfação do paciente em todo o processo. O Instituto de Medicina (IOM), dos Estados Unidos define a qualidade na assistência como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual (3).

Os constantes avanços tecnológicos na linha de cuidado do paciente propiciaram a possibilidade de tratamento de muitas enfermidades que antes não havia terapêutica específica, melhorando a qualidade e aumentado a expectativa de vida da população. No entanto, os processos se tornaram cada vez mais complexos, com elevação nos riscos de danos associados aos cuidados de saúde, sendo caracterizados pelo aumento no tempo de permanência hospitalar, nas incapacidades temporárias ou permanentes e até com óbito de seus pacientes. Além de subir os custos relacionados à assistência (3), motivam também denúncias com apurações administrativas, ético-disciplinares nos órgãos de classe profissional e demandas judiciais por responsabilidade civil e penal (4).

Em 1999, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos publicou o relatório *To err is Human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), que anunciou a ocorrência de eventos fatais em hospitais todos anos de pelo menos 44 mil, podendo chegar até 98 mil, devido a falhas evitáveis durante a assistência (5).

Após essa publicação, um movimento mundial se direciona à segurança do paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com propostas educativas e preventivas (6).

Em relação aos riscos de eventos letais comparando a assistência à saúde com outras atividades econômicas, considera-se muito seguro, com risco de 1 para 1.000.000, indústrias nucleares e voos comerciais; no outro extremo, atividades muito inseguras são escalar o Himalaia com risco de 1 para 100 e voos em pequenas aeronaves ou helicópteros. O risco médio da assistência à saúde se encontra de 1 para 10.000, podendo caminhar para os extremos a partir de situações específicas, como na cirurgia cardíaca em paciente ASA3-5 considerado inseguro, e na anestesia em paciente ASA 1, seguro (7).

Dados estatísticos no Brasil da Anvisa

Entre março de 2014 a janeiro de 2019, foram notificados 281.613 incidentes, como falhas durante a assistência à saúde; úlcera por pressão; queda do paciente; falha na identificação do paciente; falhas na administração de dietas; falha na documentação; falhas nas atividades administrativas; acidentes do paciente; falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia; falhas durante procedimento cirúrgico; queimaduras; falhas na administração de oxigênio ou gases medicinais; falhas no cuidado / proteção do paciente; falha no procedimento de transplante ou enxerto; falhas na assistência radiológica, entre outros (8).

No item de estudo de *falha* durante a assistência, de um total de 34.353 incidentes, foram classificadas como tratamento incompleto, tratamento errado, não efetuado quando indicado, indisponível e paciente errado (8).

Os principais setores da unidade hospitalar onde ocorreram os incidentes foram na internação, UTI, pronto-socorro e centro cirúrgico. Em relação à classificação da gravidade dos danos foi leve em 147.796, moderado em 35.706, grave em 7.106 e óbito em 1.458 casos (8).

2. MÉTODO

Foi realizada pesquisa, não sistemática, de artigos científicos em banco de dados da PubMed, de 2000 a 2019, livros-textos de medicina, diretrizes internacionais e normativas legais nacionais referente à segurança do paciente e aos danos associados aos cuidados de saúde.

3. DISCUSSÃO

3.1 NOMENCLATURA E CONCEITOS

O “erro médico” também chamado de “má prática médica”, é uma denominação dada pelos leigos e reforçada pela mídia. São termos antiquados e inadequados, não consensuais dentro do meio técnico-científico. Considerando que a assistência é realizada por equipe multiprofissional, e não só pelo médico, com a participação do enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico, assistente social, psicólogo, odontólogo, técnico de laboratório, entre outros profissionais. E, ainda, os danos relacionados à assistência, por vezes, não tem associação nenhuma com o ato médico em si.

Devido à vasta nomenclatura, o uso de termos não padronizados, e por entendimentos diversos relacionados ao tema, foi adotada a taxonomia proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS,) com a designação internacional e consensual no meio técnico-científico de *Danos associados ao cuidado de saúde* (*Healthcare-associated harm*), que também define outros conceitos descritos a seguir (9):

> Paciente: pessoa que recebe cuidados de saúde, para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde. Também chamado de clientes, usuários ou consumidores.
>
> Serviços de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde.
>
> Tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.
>
> Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Um mínimo aceitável refere-se às noções coletivas de conhecimento atual

> dado, recursos disponíveis e o contexto no qual os cuidados foram prestados, ponderados contra o risco de não tratamento ou de outro tratamento.
> Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e / ou qualquer efeito deletério decorrente. O dano inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade e morte.
> Evento adverso: evento ou circunstância que resultou em dano desnecessário ao paciente (incidente com dano).

Os incidentes podem ser classificados pelo tipo, como processos e procedimentos clínicos, documentação, infecção relacionada à assistência à saúde, infusões intravenosas e medicações, sangue e hemoderivados, nutrição, oxigenioterapia e outros gases, equipamentos e produtos para a saúde, atitudes e comportamentos, acidentes do paciente, infraestrutura e área física, gerenciamento organizacional (3).

3.2 NORMATIVAS NACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), signatária da OMS, promoveu as campanhas globais, em 2005, "Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura" e, em 2008, "Cirurgia Segura Salva Vidas" (3,10).

Em 2011, a primeira resolução da diretoria colegiada da Anvisa foi a RDC nº 63, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde (11).

Posteriormente, em 2013, o Ministério da Saúde Pública publicou a Portaria nº 529, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo geral era contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (12).

A seguir, a Resolução – RDC nº 36, ainda em 2013, do Ministério da Saúde, instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências (13).

> (...) Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
> Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:
> I – identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
> II – integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
> III – implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saude;
> IV – identificação do paciente;
> V – higiene das mãos;
> VI – segurança cirúrgica;
> VII – segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
> VIII – segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
> IX – segurança no uso de equipamentos e materiais;
> X – manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
> XI – prevenção de quedas dos pacientes;
> XII – prevenção de úlceras por pressão;
> XIII – prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
> XIV – segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
> XV – comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
> XVI – estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
> XVII – promoção do ambiente seguro.

Ainda em 2013, houve a aprovação dos seis Protocolos básicos de segurança do paciente, na Portaria nº 1.377 (14) e na Portaria nº 2.095, do Ministério da Saúde (15), sendo eles: Protocolo cirurgia segura; Protocolo higiene das mãos; Protocolo identificação do paciente; Protocolo prevenção de quedas; Protocolo segurança medicamentosa e Protocolo úlcera por pressão.

E, por fim, em 2017, houve a aprovação das Notas Técnicas da Anvisa, sobre Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde (16), e sobre Práticas seguras para prevenção de retenção não intencional de objetos após realização de procedimento cirúrgico em serviços de saúde (17).

3.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O grupo das ciências da saúde, a medicina, bem como a odontologia, a enfermagem, a fisioterapia, a fonoaudiologia, entre outras, é dedicado à assistências relacionadas à prevenção e ao tratamento das enfermidades do ser humano.

A Medicina, ciência biológica, não exata, baseada em estudos observacionais de casuística, com resultados em percentuais de probabilidade, (18) tem perfil dinâmico, com constante mudança no decurso temporal, em que todos os dias se agregam novos conhecimentos relacionados à fisiopatologia, métodos diagnósticos e terapêuticos.

O, médico a partir de seu conhecimento doutrinário de formação técnica, ao avaliar o quadro clínico do paciente, composto por sintomas relatados e sinais evidenciados na propedêutica médica, infere várias hipóteses diagnósticas, considerando que inúmeras doenças ou lesões compartilham de quadro sindrômico semelhante, podendo ainda utilizar exames complementares para chegar ao diagnóstico definitivo (18).

Determina o plano terapêutico do paciente com base na hipótese diagnóstica, considerando as boas práticas baseadas em evidência, contudo sempre limitado ao conhecimento contemporâneo (19), devendo o tratamento indicado ser adequado à enfermidade, aplicado em momento oportuno e de forma completa.

Faço ressalva que nenhum procedimento diagnóstico ou terapêutico é inócuo, todos apresentam percentual de riscos de complicação e até desfecho fatal. No plano terapêutico, é essencial o esclarecimento e a participação do paciente e de seus familiares (19).

A ocorrência de falha técnica na propedêutica clínica, na formulação diagnóstica, na indicação da terapêutica ou na execução de procedimentos, pode determinar eventos adversos aos pacientes.

Contudo, devemos diferenciar três conceitos distintos, que por vezes podem ser confundidos:

Reação adversa: dano inesperado resultante de uma ação justificada em que o processo correto foi seguido para o contexto no qual o evento ocorreu (3).

Efeito colateral: um efeito conhecido, diferente do pretendido, relacionado às propriedades farmacológicas de um medicamento (3).

Evento adverso: evento ou circunstância que resultou em dano desnecessário ao paciente (3).

3.4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Como já dito anteriormente, na linha de cuidado de um paciente, atuam diversos atores, uma equipe multiprofissional e interdisciplinar; cada profissional tem uma atribuição técnica específica, entretanto, com uma relação dinâmica de interdependência.

Apenas para exemplificar, no envolvimento dessa equipe, destaca-se a importância de cada profissional na assistência de saúde, sem querer, mas abreviando o vasto leque de atribuições de cada classe profissional.

Num caso hipotético, mas corriqueiro de assistência hospitalar com internação, no momento da admissão nosocomial de um paciente, o *auxiliar administrativo* da recepção faz a abertura da ficha de atendimento com a identificação do paciente; a *enfermagem* mensura os sinais vitais e executa a classificação de risco do quadro sindrômico, priorizando ou não o atendimento, encaminha para o atendimento *médico*, que faz o diagnóstico nosológico da enfermidade e determina o plano terapêutico com prescrição medicamentosa e solicita exames complementares laboratoriais séricos; o *farmacêutico* confere, separa e dispensa a medicação solicitada; o técnico de enfermagem administra a medicação prescrita, colhe os exames séricos e encaminha para a análise do *técnico de laboratório*, o *fisioterapeuta* faz a ventilação não invasiva; o *fonoaudiólogo* avalia as condições clínicas para o recebimento de dieta oral e o *nutricionista* verifica o tipo de alimentação adequada às enfermidades do paciente. O médico recebe os resultados dos exames complementares e muda a conduta frente aos resultados, e assim continuamente, até a alta hospitalar.

Qualquer equívoco nesse sistema dinâmico, multidisciplinar e sistêmico pode determinar eventos adversos ao paciente, como falha na identificação do paciente, na classificação de risco,

no plano terapêutico, na separação da medicação, na administração desta, na execução da ventilação não invasiva, na avaliação da capacidade recebimento de dieta oral, e do tipo de dieta oferecida, e no processamento dos exames laboratoriais.

3.5 FATORES RELACIONADOS AOS EVENTOS ADVERSOS

Uma visão superficial e simplista atribui a falha humana do profissional de saúde como a causa única dos eventos adversos relacionados à assistência. Dada a complexidade da linha de cuidado, vários outros fatores podem atuar de forma individual, concorrente ou superveniente na gênese do evento.

Fatores ambientais

As características peculiares de cada unidade prestadora de serviços de saúde, como infraestrutura, vão desde aspectos básicos, como a presença de pias para a lavagem de mãos, iluminação adequada, fluxo laminar de ventilação, número de leitos de internação, enfermaria, isolamento e UTI, sala de cirurgia; recursos humanos, número de médicos e de equipe enfermagem por número de atendimentos e leitos; recursos materiais de tecnologia diagnóstica disponíveis, como aparelho de raio-X, ultrassonografia, tomografia computadorizada, exames laboratoriais séricos, entre outros; recursos de terapêutica, como insumos, medicamentos, material para procedimentos não invasivos e invasivos; fatores organizacionais, como protocolos institucionais, *checklist*, rotinas, fluxos de trabalho e práticas de segurança do paciente (3).

Fator humano

No âmbito técnico, os profissionais de saúde devem atuar conforme a doutrina técnica de sua área, ater-se às boas práticas baseadas em evidências científicas e aderir aos protocolos institucionais (3).
A falha técnica é definida pela ICPS como *erro* ao executar um plano de ação pretendido ou a aplicação de um plano incorreto que são por definição não intencionais (9).
Reconhece-se a falibilidade humana – característica inerente à espécie –, no exercício de qualquer atividade econômica. Há ainda a presença de perdas transitórias e fugazes de atenção, memória ou raciocínio, favorecidas por excesso de demanda, trabalho noturno, jornadas prolongadas, fadiga e exaustão (*burnout*) (3).
Nem todos os erros culminam em eventos adversos e nem todos os eventos adversos são resultantes de erros. Essa distinção se faz necessária, em especial de eventos adversos consequentes de erros, que, por serem passíveis de prevenção, são eventos adversos evitáveis (3).

Características individuais do paciente

Fatores constitucionais, biológicos do paciente – como idade (criança / idoso), sexo, raça, morbidades prévias (ex. diabetes mellitus, hipertensão arterial, etc.), situações especiais (ex. gravidez, puerpério), gravidade do quadro clínico na admissão (ex. traumatismo craniano grave), adesão e resposta individual ao tratamento (ex. não cumprimento de repouso e cuidados de ferida operatória após alta), evolução natural da doença (ex. esclerose múltipla), prognóstico da enfermidade (ex. neoplasia maligna metastática), podem ser os fatores primordiais, independentemente da assistência prestada, na evolução desfavorável do caso (3).
Já as *violações*, definidas pela ICPS, são atos intencionais, embora raramente maliciosas, que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos (ex. não adesão à higiene das mãos) (9).

Fatores externos

Não estão relacionados à assistência direta prestada, como quando são necessários os serviços de assistência à saúde de qualquer natureza, mas que não estão disponíveis na situação específica, como o cuidado de nível secundário ou terciário, em que se aguarda vaga e transferência para outra unidade de serviços de saúde (3).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo da avaliação pericial dos danos associados aos cuidados de saúde, em determinar de forma conclusiva e inequívoca a presença de nexo de causalidade entre os danos e a assistência prestada, em um contexto sistêmico e multiprofissional, são critérios de apuração médico pericial para serem analisados pelo perito:

Assistência prestada

Sopesando o conhecimento técnico científico à época dos fatos, determinar se o plano terapêutico executado foi adequado (correto) à hipótese diagnóstica (sindrômica ou etiológica); se o tratamento estava disponível, se foi aplicado em momento oportuno e de forma completa.

Fatores ambientais do serviço de saúde

a) Protocolos institucionais seguindo as diretrizes da ANVISA e do Ministério da Saúde de Segurança do paciente.

b) Recursos humanos e materiais de diagnóstico e para tratamento.

Características individuais

a) Idade, sexo, situações especiais (gravidez, puerpério), morbidades prévias.

b) Condições na admissão, gravidade e prognóstico da lesão/doença.

c) Evolução, esperada e real, e resposta ao tratamento.

d) Adesão do paciente/familiares ao tratamento.

Fator humano

a) Caracterizar os profissionais de saúde que prestaram assistência, e determinar se atenderam conforme as boas práticas e normas técnicas.

b) Identificar a ocorrência de erros ou violações.

Fatores externos

Serviços externos necessários e não disponíveis.

Nexo de causalidade

a) Caracterizar ou não se o evento adverso era previsível e evitável.

Os danos associados aos cuidados de saúde, tema de alta relevância e complexidade no âmbito da justiça, merecem toda a diligência do perito na aplicação da *Lex artis*, dentro dos princípios éticos e das diretrizes da Medicina Legal, atentando-se ao *visum et repertum*, *percipiendi* e *deducendi*, utilizando conceitos técnico-científicos universais e empregando método descritivo e analítico pericial, para que possa esclarecer as questões técnicas, que serão apreciadas e ponderadas pelos magistrados.

5. REFERÊNCIAS

1. Rezende JM. À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Unifesp; 2009. Disponível em: http://books.scielo.org. Acesso em: 16 ago. 2019.

2. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Conselho Federal de Medicina. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019.

3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%AAncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573. Acesso em: 16 ago. 2019.

4. Spina V, Sá E. Perfil das demandas judiciais cíveis por erro médico em Ginecologia e Obstetrícia no Estado de São Paulo. Saúde, Ética & Justiça. 2015; 20(1):p15-20. https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v20i1p15-20.

5. Sumário executivo: In Institute of Medicine (US): To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.

6. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme 2005. World Health Organization, 2004. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072.

7. Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. Ann Intern Med. 2005 May 3;142(9):p756-764.

8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os relatórios reúnem os dados, por Estado, de eventos adversos notificados à Anvisa no período de janeiro de 2014 a janeiro de 2019. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados. Acesso em: 10 jul. 2019.

9. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Access in: July 10th 2019.

10. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia

segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.
11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diár Ofic União, 2 abr. 2013.
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilancia Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diár Ofic União, 26 jul. 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diár Ofic União, 2013.
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilancia Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017. Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde.
17. Brasil. Agência Nacional de Vigilancia Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES nº 04/2017. Práticas seguras para prevenção de retenção não intencional de objetos após realização de procedimento cirúrgico em serviços de saúde.
18. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
19. Lopes AC. Diagnóstico e Tratamento. SBCM – Sociedade Brasileira de Clínica Médica. São Paulo: Manole Ltda.; 2007. v. 3.

24
ISSN 2526-0928
www.perspectivas.med.br

FEMINICÍDIOS SEGUIDOS DE SUICÍDIO DO AGRESSOR: ANÁLISE DE NECROPSIAS REALIZADAS ENTRE 2010-2016, NO SUL DO BRASIL

FEMALE HOMICIDE FOLLOWED BY THE PERPETRATOR'S SUICIDE: ANALYSIS OF THE NECROPSIES PERFORMED IN THE SOUTH OF BRAZIL BETWEEN 2010 AND 2016

ARTIGO ORIGINAL recebido 16/9/2019, aceito em 27/9/2019

Angelita Maria Ferreira Machado Rios[1] - ID ORCID: 0000-0001-8363-4532
Lisieux Elaine Borba Telles[2] - ID ORCID: 0000-0003-4105-5924
Pedro Vieira da Silva Magalhães[2] - ID ORCID: 0000-0002-5644-6357
Kleber Cardoso Crespo[1] - ID ORCID: 0000-0002-2389-3708
Murilo Martini[2] - ID ORCID: 0000-0002-3720-4045
Vanessa Machado Rios[3] - ID ORCID: 0000-0002-2123-3677

[1] Departamento Médico-Legal/Instituto Geral de Perícias/RS, Porto Alegre-RS, Brasil
[2] Universidade Federal do Rio Grande do Sul - PPG Psiquiatria e Ciências do Comportamento/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre-RS, Brasil
[3]Pontifícia universidade Católica de Porto Alegre - Porto Alegre-RS, Brasil

Correspondência: Angelita Maria Ferreira Machado Rios. Departamento Médico-Legal de Porto Alegre - Avenida Ipiranga, 1807 - Setor de Perícias Psíquicas. Bairro Azenha. Porto Alegre-RS/Brasil. Telefone: (51)32197494. E-mail: angelita-rios@igp.rs.gov.br

RESUMO

O fenômeno feminicídio seguido de suicídio do agressor representa cerca de um terço dos casos de mortes provocadas por parceiros íntimos e causa forte impacto e incompreensão na sociedade. O objetivo deste estudo foi descrever as características dos homicídios seguidos de suicídio do agressor periciados no necrotério de Porto Alegre, entre 2010 e 2016. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, criminais e médico-legais das vítimas e agressores. Foi realizado estudo transversal com levantamento retrospectivo de dados e análise de 28 laudos de necropsia de mulheres vítimas de homicídio e de 22 agressores que se suicidaram. Seis agressores realizaram tentativas de suicídio. A faixa etária predominante das mulheres vítimas foi entre 30 e 34 anos e dos agressores foi de 35 a 39 anos. O local do óbito mais frequente foi a residência da vítima e, em 64,2% dos casos, o agressor era o atual companheiro. Em 82,1% dos casos, as mulheres apresentaram histórico prévio de violência. As armas de fogo foram responsáveis por 71,4% dos óbitos femininos e 86,3% das mortes dos agressores. Álcool e substâncias psicotrópicas no sangue e urina das vítimas foram encontrados em 10,7% e 7,1% respectivamente. No Brasil, o homicídio-suicídio não costuma ser estudado como fenômeno estatístico único e muitos dados permanecem dispersos entre homicídios e suicídios isolados. Na contenção deste fenômeno de extrema violência há a necessidade da implantação de ações preventivas que abordem amplamente a temática violência doméstica entre todos os seguimentos da sociedade.

Palavras-chave: Homicídio-suicídio, Feminicídio, Violência-gênero

ABSTRACT

The phenomenon of femicide followed by the perpetrator's suicide represents about one third of deaths caused by intimate partners and has a strong impact and misunderstanding on society. The aim of the study was to describe the characteristics of homicides followed by suicide of the perpetrator in the Porto Alegre morgue between 2010 and 2016. Sociodemographic, criminal, and forensic variables of the victims and perpetrators were analyzed. A cross-sectional study was conducted with retrospective data collection and analysis of 28 autopsy reports of female homicide victims and 22 aggressors who committed suicide. Six aggressors made suicide attempts. The predominant age group of female victims was between 30 and 34 years old and of the aggressors was 35 to 39 years old. The most frequent place of death was the victim's residence and, in 64.2% of the cases, the aggressor was the current partner. In 82.1% of cases, women had a previous history of violence. Firearms accounted for 71.4% of female deaths and 86.3% of aggressors' deaths. Alcohol and psychotropic substances in the victims' blood and urine were found in 10.7% and 7.1% respectively. In Brazil, homicide-suicide is not usually studied as a single statistical phenomenon and many data remain scattered between homicides and isolated suicides. In counteracting this phenomenon of extreme violence there is the need to implement preventive actions that broadly address the issue of domestic violence among all segments of society.

Keywords: homicide, suicide, homicide-suicide, femicide, gender-violence

1. INTRODUÇÃO

O homicídio seguido de suicídio (suicídio ampliado, estendido ou morte diádica), é a morte violenta da vítima seguida do suicídio do agressor no intervalo de 24 horas ou curto espaço de tempo (1,2,3). Entretanto, na prática forense, na maioria das vezes, essas mortes ocorrem de forma consecutiva, sem intervalo de tempo (4). Esse conceito também pode abranger o homicídio de uma ou várias pessoas, mas, normalmente, ocorre a morte de uma única vítima. A prevalência deste crime no mundo é de 0,2 a 0,4 para 100 mil pessoas (5). Essas taxas sofrem aumento expressivo quando o delito passa a ser tipificado como feminicídio por parceiro íntimo, representando cerca de um terço dos casos (6). Nos Estados Unidos, esses números variam entre 27 e 40% dos casos, invertendo para 0,1% de casos nos quais a mulher mata o companheiro e, posteriormente, comete suicídio (4). Estudo realizado na Espanha, entre 2003 e 2016, mostrou 33,3% de homicídio-suicídio de parceiros íntimos, sendo 19,8% consumados e 13,5% de tentativas (7). O feminicídio por parceiro íntimo representa o ponto máximo da violência doméstica (8). Entre as causas do complexo fenômeno homicídio-suicídio estão a ruptura da relação de domínio e o controle absoluto entre vítima/agressor e o conflito não solucionável, com consequente morte violenta da parceira ou ex-parceira (4,5,9). Esse movimento de ruptura é apontado como o principal fator de risco para a morte prematura da mulher e posterior suicídio do agressor, aumentando em nove vezes a chance de óbito feminino. Atitudes relacionadas com tentativas de interrupção de relacionamentos baseados em abuso físico e/ou emocional, como a denúncia de maus-tratos, separação ou divórcio, podem resultar neste tipo de delito (4).

O acesso facilitado às armas de fogo também está incluído entre os vários fatores de risco para a vitimização e/ou morte violenta e prematura de mulheres. Estudo realizado em Porto Alegre analisou 69 homicídios femininos entre 2006 e 2010, registrando que as armas de fogo causaram 50% das mortes classificadas como feminicídios e 72% dos homicídios relacionados com outros tipos de agressão (10). Pesquisadores de diversos países também relacionam os homicídios femininos com esse tipo de instrumento (11,12,13,14,15,16). Na Itália, foram responsáveis por 31% das mortes violentas femininas ocorridas entre 2000 e 2005. Nos Estados Unidos, Siegel e Rothman (17) analisaram homicídios ocorridos entre os anos de 1981 e 2013, concluindo que houve forte associação entre a liberação de porte de armas e a morte de mulheres por parceiros íntimos. As mulheres americanas apresentam probabilidade 11 vezes mais elevada de morte consecutiva a ferimentos por arma de fogo, na comparação com outros países desenvolvidos (12). O emprego desse tipo de instrumento é considerado um indicador de possível

suicídio posterior (4).

Poucos estudos forenses nacionais analisam o fenômeno feminicídio-suicídio. O objetivo deste estudo foi descrever as características dos feminicídios por parceiros íntimos seguidos de suicídio do agressor periciados no necrotério de Porto Alegre-RS, a partir da análise de variáveis sociodemográficas, criminais e médico-legais das vítimas e agressores. O estudo é parte da pesquisa sobre mortes violentas em mulheres (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito).

2. MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, com levantamento retrospectivo de dados, por meio de análises de laudos de necropsia de mulheres vítimas de feminicídio seguido de suicídio do parceiro íntimo, realizadas no Departamento Médico-Legal de Porto Alegre (DML/POA), entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016. A população de abrangência do necrotério em estudo foi de 2.216.975 habitantes, considerando a população da capital e mais nove cidades da região metropolitana. Os exames cadavéricos realizados no necrotério central correspondem a aproximadamente 50% de todas as necropsias realizadas no Estado do Rio Grande do Sul, cuja população total é de 11 milhões de habitantes.

Os homicídios foram analisados a partir da motivação ou autoria do crime, identificando cinco categorias isoladas: mortes causadas pelo tráfico, feminicídios (parceiros íntimos), homicídios familiares, mortes relacionadas com outras contravenções e homicídios precedidos por violência sexual.

Foram incluídos neste estudo todos os laudos de necropsia de indivíduos do sexo feminino classificados, no local da morte, como homicídios perpetrados por parceiros íntimos com suicídio do agressor na mesma cena do crime. Foram excluídos os outros casos de homicídios e demais mortes violentas femininas.

Foram avaliadas variáveis sociodemográficas (idade da vítima e cor da pele), criminais (sazonalidade e histórico de vitimização prévia) e médico-legais (instrumento ou meio causador do óbito, localização e número de lesões e presença de álcool e/ou psicotrópicos no cadáver).

As variáveis médico-legais foram extraídas dos laudos de necropsia e resultados laboratoriais forenses. Nas variáveis criminais, também foram pesquisadas as notificações policiais de violência prévias ao evento fatal, consideradas um dos indicadores da vitimização prévia (física, psicológica ou sexual). Para a análise e dosagem de álcool etílico em sangue, foi utilizada cromatografia a gás com detector de ionização por chama e amostragem por *headspace*. Foi realizada triagem toxicológica por imunoensaio na urina para canabinoides, anfetamínicos e benzodiazepínicos.

A pesquisa foi autorizada pelo Setor de Ensino e Pesquisa do Departamento Médico Legal/Porto Alegre e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (projeto 899062).

3. RESULTADOS

No período da análise, foram identificados 525 casos de mulheres vítimas de homicídio, sendo 486 correspondendo à área de abrangência do necrotério da capital e 39 oriundas de outras cidades da região metropolitana, encaminhadas por problemas técnicos pontuais nos referidos postos médico-legais.

Foram realizadas 107 necropsias consecutivas a feminicídio por parceiro íntimo, sendo 22 suicídios de agressores (suicídio consumado) e seis tentativas de suicídio (suicídio tentado), totalizando 28 casos (26,1% da amostra). Das 28 necropsias realizadas, apenas duas não pertenciam à área de abrangência do necrotério central. Em alguma das cenas de crime, foram encontradas três crianças/adolescentes (filhos dos casais), genitora e amigo das vítimas.

A Fig. 1 apresenta a distribuição dos homicídios de mulheres perpetrados por parceiros íntimos com consequente suicídio do agressor (feminicídios-suicídios), durante os anos estudados. Observou-se que o maior número de feminicídios seguidos de suicídios consumados dos agressores ocorreu em 2015 (5 casos ou 17,8% da amostra) e as mortes de mulheres seguidas de tentativas de suicídios dos parceiros apresentou elevação em 2016 (3 casos ou 10,7% da amostra).

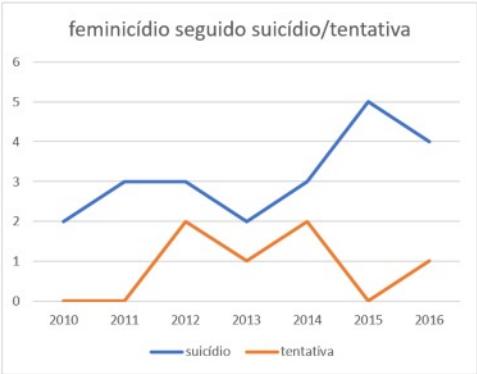

Fig.1: Feminicídios seguidos por suicídios consumados e tentados distribuídos pelo ano do óbito.

3.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Faixa etária

A Fig. 2 mostra que houve maior número de mortes violentas em mulheres entre 30 e 34 anos (oito casos ou 28,5% da amostra). Os suicídios foram mais frequentes em agressores na faixa etária entre 35 e 39 anos (cinco casos ou 27,7% dos suicídios consumados). Em três casos de tentativa de suicídio (50% dos suicídios tentados), os agressores estavam na faixa etária entre 45 e 49 anos.

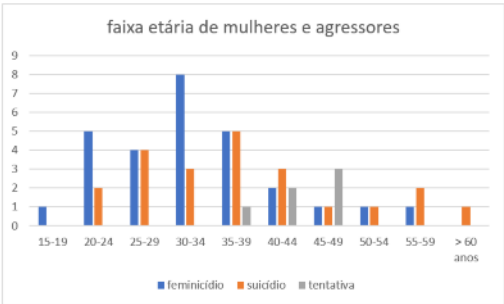

Figura 2. Feminicídios seguidos de suicídios distribuídos pela faixa etária das vítimas e agressores.

Fig. 2. Feminicídios seguidos de suicídios distribuídos pela faixa etária das vítimas e agressores.

Cor da pele

A cor da pele branca foi predominante nas vítimas de feminicídio seguido de suicídio consumado ou tentado (25 casos ou 89,2% da amostra) e a cor da pele preta foi identificada em três mulheres (10,7% da amostra). Com relação aos agressores, a cor da pele branca foi verificada em 23 homens (82,1% da amostra), a cor parda em três homens (10,7% da amostra) e a cor da pele preta em dois indivíduos (7,1% da amostra).

3.2 VARIÁVEIS CRIMINAIS

Sazonalidade

A Figura 3 mostra que os meses de abril e julho concentraram cerca de um terço do número de homicídios femininos perpetrados por parceiro íntimo (10 casos ou 35,7% da amostra) e segunda-feira foi o dia da semana com maior número de necropsias por essa motivação (sete casos ou 25,0% da amostra). As perícias realizadas aos finais de semana (sexta, sábado e domingo) corresponderam a 39,2% da amostra (11 casos) e a entrada de corpos no necrotério ocorreu principalmente durante os turnos da manhã e tarde (18 casos ou 64,2% da amostra).

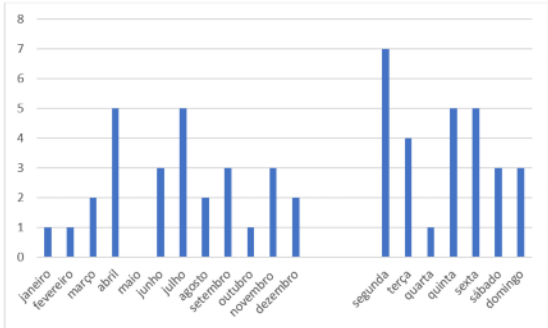

Fig.3: Feminicídios distribuídos conforme dia e mês do evento.

Fig.3: Feminicídios distribuídos conforme dia e mês do evento.

Local do óbito

A maioria dos casos de feminicídio seguido de suicídio tentado ou consumado ocorreram no ambiente doméstico (residência das vítimas), totalizando 25 casos ou 89,27% da amostra. Os outros três casos ocorreram no ambiente de trabalho da vítima, em uma estrada afastada e em um motel. Para as vítimas que receberam assistência médica e faleceram em hospitais, foi considerado como local de morte a referência mencionada na notificação policial.

Vitimização prévia

Na análise dos homicídios femininos perpetrados pelo parceiro íntimo e seguidos por suicídio do agressor, observou-se que 82,1% da amostra (23 casos) apresentava histórico de violência prévia ao evento letal. Houve notificação de violência psicológica em 23 casos (82,1% da amostra), de violência física em 16 casos (57,1% da amostra) e dois casos de violência sexual (7,1% da amostra), conforme mostra a Fig. 4.

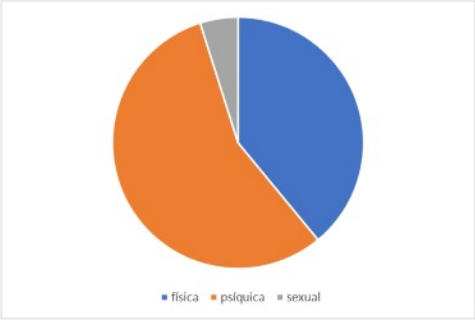

Fig. 4: Histórico e tipo de violência prévia ao evento letal.

Fig. 4: Histórico e tipo de violência prévia ao evento letal.

Relação da vítima com o agressor

A maioria dos casos de feminicídio-suicídio consumados e tentados envolveram os atuais parceiros íntimos das vítimas (companheiros, maridos, namorados), totalizando 18 casos (13 suicídios e 5 tentativas) ou 64,2% da amostra.

3.3 VARIÁVEIS MÉDICO-LEGAIS

Localização e número das lesões nas vítimas e agressores

A região anatômica feminina mais atingida foi a cabeça (isoladamente ou em associação com outra área anatômica), representando 57,1% da amostra (16 casos). Aproximadamente um terço das mulheres (nove casos ou 32,1% da amostra) foi assassinado com apenas uma lesão craniana ou cervical. A segunda região anatômica feminina mais atingida foi o tórax/abdome (oito casos ou 28,5% da amostra). Também no suicídio dos agressores, a desorganização encefálica foi a principal causa do óbito, representando um percentual de 86,3% (19 casos dos 22 suicídios consumados).

Instrumento ou meio

As armas de fogo foram responsáveis pela maioria dos óbitos femininos (20 casos ou 71,4% da amostra) e por 86,3% dos óbitos masculinos (19 casos dos 22 suicídios consumados). Os demais óbitos masculinos foram causados por enforcamento (dois casos) e por arma branca associado com asfixia por gás (um caso). Uma tentativa de suicídio foi realizada com arma de fogo e há descrição de falha do equipamento durante os disparos. As demais tentativas de suicídio (cinco casos ou 83,3% dos suicídios tentados) foram causadas por lesões superficiais com arma branca.

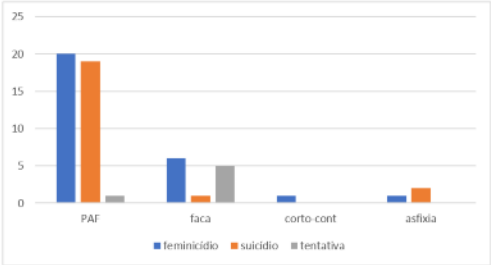

Fig. 5: Instrumento ou meio utilizado na morte feminina seguida de suicídio consumado ou tentado.

Fig. 5: Instrumento ou meio utilizado na morte feminina seguida de suicídio consumado ou tentado.

Detecção de álcool e psicotrópicos

Foi evidenciada a presença de álcool no sangue em três casos de vítimas de homicídio (10,7% da amostra) e a presença de psicotrópicos na urina das periciadas ocorreu em dois casos ou 7,1% da amostra.

4. DISCUSSÃO

No Brasil, o fenômeno homicídio-suicídio não costuma ser analisado como evento estatístico único e muitos dados podem permanecer dispersos entre homicídios e suicídios isolados, quando periciados e avaliados de forma isolada. Estima-se que o assassinato da parceira seguido do suicídio do agressor ocorra entre 42 e 69% dos casos de homicídio-suicídio, sendo que 92% destes crimes são praticados por homens (5). De forma semelhante, na análise geral de dados do presente estudo (mortes violentas de mulheres), foram identificados 22 casos de homicídio-suicídio perpetrados por homens (95,6% da amostra) e um

único caso perpetrado por mulher.

Neste estudo, o termo feminicídio foi empregado para designar apenas os homicídios perpetrados por companheiros, ex-companheiros e relacionamentos afetivos/sexuais abusivos, considerados parceiros íntimos das vítimas. Organizações internacionais descrevem que a violência doméstica pode começar nas fases iniciais do relacionamento, afetando principalmente meninas e mulheres jovens. A cultura de violência nas relações de namoro, o ciúme e a posse acabam gerando processos violentos de poder e subordinação (18,19,20,21,22). Fatores relacionados com ciúme e receio de perder a companheira podem ser determinantes para o feminicídio-suicídio, sendo que o período de tempo compreendido entre a separação e os 12 meses seguintes representam uma fase de grande perigo para a mulher (2,23). Na análise dos dados desta pesquisa, observou-se que 82,1% das mulheres haviam notificado episódios prévios de violência física, sexual e/ou psicológica (23 casos), incluindo notificações policiais de violência doméstica contra os próprios agressores.

Observou-se a presença de álcool e substâncias psicotrópicas em aproximadamente 10% das amostras de sangue e urina das vítimas. Entretanto, o uso de álcool e outras substâncias químicas podem causar desinibição dos agressores e agravar a vulnerabilidade das vítimas (24,25,26,27,28).

As armas de fogo foram o instrumento predominante nos homicídios de meninas e mulheres em Porto Alegre/RS durante os sete anos estudados. Esses achados estão em consonância com a pesquisa análoga desenvolvida entre 1996 e 2004, quando foram estudados 14 casos de homicídio seguido de suicídio em Porto Alegre. Os resultados foram semelhantes ao estudo atual, tais como a predominância da cor da pele branca entre vítimas e agressores, faixa etária mais elevada dos agressores, local mais frequente do crime sendo o domicílio da vítima, sazonalidade predominante nos meses de inverno e aos finais de semana, uso de armas de fogo como principal instrumento utilizado na morte de ambos e assassinato dos filhos em alguns casos (familicídio) (2). Entretanto, diferentemente do estudo anterior, houve predomínio do atual parceiro como agressor homicida. Os estudos que abordam o homicídio seguido do suicídio do agressor consideram esse fenômeno uma forma extrema de violência interpessoal, que causa forte impacto e incompreensão na sociedade (29).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à complexidade dos fatores envolvidos na gênese do feminicídio seguido do suicídio do agressor, as ações preventivas englobam múltiplas linhas de atividades. Essas ações envolvem a abordagem ampla da temática violência doméstica na sociedade, através da educação nas escolas, detecção precoce na saúde pública, avaliação do nível de risco de morte de uma mulher no momento em que procura o sistema de segurança pública e outras iniciativas que se mostrarem adequadas na prevenção desse tipo de desfecho.Dois aspectos precisam ser contextualizados na elaboração de políticas públicas preventivas sobre esta tipologia criminal: o risco de a violência doméstica evoluir para formas mais graves de forma muito rápida e as consequências dos atos violentos nas pessoas do entorno familiar. O acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas da morte de ambos os pais ou da privação de liberdade paterna após o suicídio tentado pode ser eficaz no médio e longo prazos na identificação e no tratamento de possíveis sintomas relacionados com o trauma vivenciado.

CONFLITO DE INTERESSES

Não houve conflito de interesses na realização do estudo.

FINANCIAMENTO

O financiamento do estudo foi realizado pelo(s) pesquisador(es).

6. REFERÊNCIAS

1. Bossarte RM, Simon TR, Barker L. Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003-04. Injury Prev. 2006; 12(2): p33-39.
2. Sá SD, Werlang BSG. Homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre. Est psicol. 2007; 24(2): p181-189.
3. Van Wormer KS, Roberts AR. Death by domestic violence: preventing the murders and murder-suicides. Westport, Conn: Praeger, 2009. p42-53.
4. Teruelo JGF. Feminicidios de género: Evolución real del fenómeno, el suicidio del agresor y la incidencia del tratamiento mediático. Rev Españ Investig

Criminol. 2011; 1(9).
5. Aragoneses CB, Prado CI. El suicidio de los feminicidas, una revision. J Victim. 2018; 8: p81-102.
6. López-Ossorio JJ, Carbajosa P, Cerezo-Domínguez AI, González-Álvarez, Loinaz I, Muñoz-Vicente M. Taxonomía de los homicidios de mujeres en las relaciones de pareja. Psychos Interv. 2018; 27(2).
7. Ministerio de Sanidad, S.S. e I. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Disponível em:http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/instituciones/delegacionGobierno/home.htm. Acesso em: 16 ago 2019.
8. Pasinato W. "Femicídios" e as mortes de mulheres no Brasil. Cad Pagu. 2011; 37: p219-246.
9. Antúnez J. El feminicídio/suicídio: Uma forma extrema de violência de género. Rev Psicoter Psicoanal. 2016; 3(9): p113-126.
10. Margarites AF, Meneghel SN, Ceccon RF. Feminicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? Rev Bras Epidemiol. 2017; 20(2): p225-36.
11. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. J Forensic Leg Med. 2013; 20(8): p1099-1107.
12. Price JH, Payton E. Intimate partner firearms violence: a topic ignored in women's health journals and the impact on health providers. Viol gender. 2016; 3(1): p36-41.
13. Salameh HOG, Salameh RJ, Shwaiki M, Abder-Rahman H. Forensic medical aspects of feminicide in Jordan. J For Legal Med. 2018; 56: p90-93.
14. Silva MA, Cabral Filho JE, Amorim, MMR, Falbo Neto, GH. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. Cad. Saúde Púb. 2013;29(2): p391-396.
15. Toprak S, Ersoy G. Femicide in turkey between 2000 and 2010. *PLOS ONE* [Internet]. 2017 [accessed in 2017 Aug 23]; 12(8). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182409 .
16. Zeoli AM, Malinski R, Turchan B. Risks and targeted interventions: firearms in intimte partner violence. Epidemiol Rev. 2016; 38: p125-139.
17. Sieghel MB, Rothman EF. Firearm ownership and the murder of women in the United States: evidence that the state-level firearm ownership rate in associated with nonstranger femicide rate. Viol gender. 2016; 3(1).
18. Martins, AP. Violência no namoro e nas relações íntimas entre jovens: considerações preliminares sobre o problema no Brasil. Gênero. 2017; 17(2): p9-28.
19. Sodré, ES, Rocha G, Milstein J, Santos J. Soares, JC, Hora L et al. Homicídio passional: quando a paixão se transforma em crime. Cad grad – Ciênc Hum e Sociais Unit. 2014; 1(2): p87-89.
20. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. Lancet [Internet]. 2013 [Accessed in 2018 June 20]; 382: p859-65. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2.
21. Telles LEB, Barros AJ, Moreira CG, Almeida MR, Telles MB, Day VP. Intimate partner violence during pregnancy: case report a forensic psychiatric evaluation. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2016 [accessed in 2018 Mar 20]; 38(1): p87-88. DOI:10.1590/1516-4446-2015-1820.
22. UNICEF. Annual Results Report 2016. Gender Equality. New York: The United Nations Children's Fund; 2017 [accessed in 2018 Apr 02]; Available from:https:www.unicef.org/publicpartnerships/files/2016arr-gender(1).pdf
23. UNODC. Global study on homicide. 2018 [accessed in 2018 Jul 06]; Available from: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf
24. Caman S, Kristiansson M, Granath S, Sturup J. Trends in rates and characteristics of intimate partner homicides between 1990 and 2013. J Crim Just. 2017;49: p14-21.
25. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. Lancet 2011; published online May 9. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
26. Sanz-Barbero B, Heras-Mosterio J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio em España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. Gac Sanit. 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.004
27. Corradi C, Piacenti F. Analyzing femicide in Italy. Overview of major findings and international comparisons. Rom J Sociolog Studies. 2016;1: p1-107.

28. Terranova C, Zen M. Women victims of intentional homicide in Italy: New insigths comparing Italian trends to German and U.S. trends, 2008-2014. J Forens Legal Med. 2018; 53: p73-78.
29. Liem M, Barber C, Markwalder N, Killias M, Nieuwbeerta P. Homicide-suicide and other violent deaths: Na international comparison. Forens Scie Intern. 2011; 207: p70-76.

32
ISSN 2526-0928
www.perspectivas.med.br

PADRÃO DE LESÃO BUCOMAXILOFACIAL DECORRENTE DA VIOLÊNCIA FÍSICA INTERPESSOAL NÃO FATAL: DIFERENÇA ENTRE OS SEXOS

PATTERN OF ORAL-MAXILLOFACIAL INJURIES STEMMING FROM INTERPERSONAL PHYSICAL NON-FATAL VIOLENCE: DIFFERENCE BETWEEN SEXES

ARTIGO ORIGINAL recebido 5/7/2019, aceito em 26/8/2019

Michelle Gomes dos Santos [(1)]
Currículo Lattes: 3574262858415165 - ID ORCID: 0000-0001-9390-3222
Arthur de Almeida Rescigno [(1)]
Currículo Lattes: 7116860805437994 - ID ORCID: 0000-0002-4765-2888
Luan Salguero de Aguiar [(1)]
Currículo Lattes: 4780070112183042 - ID ORCID: 0000-0002-2676-8494
Carmen Silvia Molleis Galego Miziara [(2)]
Currículo Lattes: 6916238042273197 - ID ORCID: 0000-0002-4266-0117
Daniela Mieko Abe [(3)]
Currículo Lattes: 9049604324657784 - ID ORCID: 0000-0003-0508-3098
Ivan Dieb Miziara [(4)]
Currículo Lattes: 3120760745952876 - ID ORCID: 0000-0001-7180-8873

[(1)] Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC do Centro Universitário Saúde ABC, Santo André-SP, Brasil.
[(2)] Professora assistente da Disciplina de Medicina Legal, Deontologia Médica, Bioética: Faculdade de Medicina do ABC do Centro Universitário Saúde ABC, Departamento de Medicina Legal, Santo André-SP, Brasil.
[(3)] Mestre em odontologia, perita criminal do IML São Paulo-SP, Brasil
[(4)] Professor titular da Disciplina de Medicina Legal, Deontologia Médica, Bioética: Faculdade de Medicina do ABC do Centro Universitário Saúde ABC, Departamento de Medicina Legal, Santo André-SP, Brasil

E-mail para correspondência: santos.gomes.michelle@gmail.com

RESUMO

Introdução: Violência interpessoal é problema recorrente que assume amplas proporções em nível epidêmico em todo o planeta. As mulheres são vítimas de violência por parceiro íntimo, os homens por conflitos na comunidade e provocada por desconhecido. A região facial, devido às suas peculiaridades anatômicas, é alvo de lesões. Objetivo: analisar as principais lesões oromaxilofaciais de homens e mulheres vítimas de violência física interpessoal. Métodos: Este estudo analisou os laudos odontolegais de vítimas de ambos os sexos atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML da cidade de São Paulo. Resultados: Foram analisados 148 laudos, 71 mulheres como grupo de estudo e 77 homens como grupo controle. Não houve diferença entre: os grupos quanto a idade, escolaridade, empregabilidade e cor da pele autodeclarada. As mulheres foram vítimas de agressões de repetição causadas pelos parceiros íntimos, configurando a violência

doméstica, enquanto nos homens a agressão se deu em via pública por desconhecido (p<0,001). Os elementos dentários (fratura e avulsão dentária) foram os mais acometidos em ambos os grupos, sem diferenças entre eles, seguido de ferimentos contusos labiais. Os instrumentos mais comumente utilizados pelos agressores foram os naturais. A maioria das lesões foi considerada leve, de acordo com o Código Penal, embora lesões graves também estiveram presentes. Conclusão: Dentre as estruturas bucomaxilofaciais, os dentes (fraturas e avulsões) foram os mais lesados, não havendo diferença entre os sexos.
Palavras-chave: Violência contra a mulher, violência doméstica, violência por parceiro íntimo, traumatismos faciais, traumatismos maxilofaciais.

ABSTRACT

Introduction: Interpersonal violence is a global health problem of epidemic proportions. *Intimate partner violence* is one of the *most common* forms of violence against women, while men are victims of violence outside the home environment, most of them, caused by unknown person. The facial region due to its anatomical peculiarities is a frequent target of lesions in the interpersonal violence. Objective: Showing the main bucomaxillofacial injuries due to interpersonal physical violence and to compare the results between the sexes. Methods: This study analyzed the odontolegial reports of victims of both sexes attended at the Legal Dentistry Center of IML in the city of São Paulo. Results: 148 reports were analyzed, 71 women (study group) and 77 men (control group). There was no difference between the groups: age; educational level; employability; and self-reported skin color. However, the women were victims of repeated aggressions caused by intimate partners (domestic violence), while men aggression occurred outside domestic environment by unknown person (p <0.001). The dental elements (*fractured and avulsed teeth)* were the most affected in both groups, with no differences between them (p=0,463); second in frequency were the labial contusion injuries. The instruments most commonly used by the aggressors were the natural ones and most of the injuries were considered mild, according to the Penal Code, although serious injuries were also present. Conclusion: Among the bucomaxillofacial structures, the teeth (fractures and avulsions) were the most damaged, with no difference between sexes.
Keywords: Violence against women, domestic violence, intimate partner violence, maxillofacial injuries.

1. INTRODUÇÃO

No mundo, a violência mata 1,3 milhão de pessoas anualmente, representando 2,5% de todas as mortes (1), sendo ela considerada problema de saúde pública de natureza epidêmica (2) que pode ser visível ou invisível, com consequências físicas e ou psíquicas que causam sofrimento e morte. Por definição, violência é:

> O uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação (3).

A tipologia da violência é composta por três grandes grupos: autodirecionada (comportamento suicida ou autoabuso); interpessoal (núcleo familiar ou comunidade); e coletiva (social, política ou econômica). A violência interpessoal familiar (doméstica) tem como vítimas as crianças, as pessoas idosas e os parceiros íntimos. Por sua vez, a violência que ocorre no núcleo da comunidade pode ser impetrada por pessoa conhecida ou não. Independentemente da tipologia, a natureza da violência pode ser física, sexual, psicológica, de privação ou negligência, impetrada de forma isolada ou reiterada, simples ou complexa (4).

Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que, de 2000 a 2014, cerca de seis milhões de pessoas morreram em todo o mundo em decorrência de atos de violência interpessoal, cifra que supera o somatório de todas as mortes ocorridas em todas as guerras ao longo do mesmo

período. A violência interpessoal não fatal é mais comum que o homicídio, e traz consequências sociais e de saúde, graves e permanentes (1). Estudo do *Crime Survey for England and Wales* (CSEW) estima que 8,2% das mulheres (1,3 milhão) e 4% (600 mil) dos homens sofreram algum tipo de abuso doméstico em 2015 ("abuso não sexual de parceiro/ex-parceiro, abuso familiar não sexual e agressão sexual ou perseguição realizada por um parceiro atual ou antigo ou outro membro da família") (5).

A violência interpessoal incidente no núcleo familiar, que se desenvolve em ambiente de parentesco ou de afetividade, tende a ser mais silenciosa e com maior risco de recorrência. A violência que ocorre na comunidade está ligada ao alto nível de mobilidade social, a grandes grupos populacionais com ampla diversidade e ao reduzido estabelecimento de vínculos, mas também está ligada ao uso de substâncias que alteram o estado psíquico basal das pessoas e ao estresse do desemprego.

A agressão contra a mulher, que é histórica, assume diferentes aspectos que ultrapassam as barreiras geográficas, sociais, econômicas e educacionais (6) com consequências imediatas e em longo prazo afetando a saúde psíquica, física e reprodutiva das vítimas (7). Na mulher, 69% de todas as lesões provocadas por atos violentos interpessoais acometem o segmento craniofacial (áreas anterior e posterior do crânio e da face), mas outras regiões também são acometidas com relativa frequência, dentre elas o pescoço, o dorso das mãos, a região anterior do tórax e a face anterior do braço. Nos homens, o segmento cefálico também é o mais agredido, predominantemente a região anterior (face), seguido em frequência pelo dorso das mãos (8).

O mecanismo do trauma que predominou em ambos os sexos foi o contuso, resultantes de socos e chutes, entretanto, as cabeçadas e os ferimentos provocados por objetos cortantes (vidros quebrados) costumam acometer mais frequentemente os homens; nas mulheres, as lesões por tentativa de esganadura ou estrangulamento e empurrões, com consequentes quedas contra o solo ou paredes, também são comuns (8). Estudo mostra que os traumas contusos incidem em 31,1% das vítimas do sexo feminino (9) em situação de violência por parceiro íntimo (VPI), resultando em quatro categorias: abrasão; contusão; laceração e fraturas (10). As fraturas nasais e as dentárias são as mais comumente vistas em vítimas de violência física, sendo os golpes com o punho os responsáveis por 53,7% delas (8). A face é alvo frequente nas agressões interpessoais devido à sua fácil acessibilidade (11) com consequentes lesões contusas ou laceradas. A concussão dentária e a fratura mandibular são outras lesões comumente vistas em consequência da violência urbana e doméstica, sendo esta última mais prevalente em mulheres (69%) (12,13). Os traumas bucomaxilofaciais decorrentes de violência interpessoal estão associados à perda funcional do sistema mastigatório e às lesões estéticas significativas, temporárias ou definitivas (14), que podem resultar em problemas emocionais diante da possibilidade de desfiguramento facial.

Este estudo assume grande importância, pois aborda as lesões orofaciais mais frequentemente descritas em laudos odontolegais comparando os resultados entre os sexos, tema pouco discutido na literatura médica que, na maioria, se limita a descrever as lesões sem as distintas comparações entre os sexos. Além do fato de que o conhecimento das principais lesões do complexo bucomaxilofacial pode identificar pessoas submetidas à violência. Desde 1996 *a American Dental Association* orienta os profissionais da saúde a identificarem abusos, pois os traumas orais são encontrados em 13,4% de todos os casos de violência interpessoal, especialmente as violências por parceiro íntimo (VPI) (15).

2. MATERIAL E MÉTODO

Um estudo transversal descritivo foi realizado no Instituto Médico Legal do Estado de São Paulo (Central – Núcleo de Odontologia Legal) por meio de revisão de relatórios odontolegais emitidos entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016. Fez-se busca no Livro de Registros de casos atendidos no setor de Odontologia Legal. Os critérios de inclusão foram: laudos cujos registros eram terminados em número par; vítimas com idade superior ou igual a 18 anos; laudos com os respectivos boletins de ocorrência policial, cuja causa da lesão foi atribuída à agressão interpessoal. Foram excluídos do estudo os laudos de vítimas cuja

lesão foi provocada por acidente de trânsito, os casos em que o boletim de ocorrência não explicitava a circunstância da violência interpessoal e relatórios odontolegais que não constavam presença de danos físicos em região do complexo bucomaxilofacial. O grupo de estudo foi composto por mulheres e o grupo controle por homens, sendo que ambos sofreram lesões devidas à violência interpessoal com consequente comprometimento do complexo bucomaxilofacial.

Foram analisados os seguintes dados: características sociodemográficas da vítima (cor da pele autodeclarada, idade, escolaridade, estado civil, ocupação); intervalo entre agressão e o exame odontolegal; área/região corporal afetada; gravidade da lesão; histórico de agressões anteriores; local onde o evento ocorreu; relação afetiva entre a vítima e o agressor); o instrumento utilizado pelo agressor e a motivação da agressão.

As informações obtidas foram submetidas ao programa Stata 11.0, sendo os dados categóricos nominais analisados pelo teste do qui-quadrado (ou teste binominal) e os categóricos ordinais pelo teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. Os dados foram transferidos para planilhas do Microsoft Excel® e Microsoft Word®, resultando, por fim, na análise e discussão dos resultados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, sob o parecer número 2.022.621.

Os autores negam a existência de conflito de interesse.

3. RESULTADO

Foram selecionados, após as aplicações dos critérios de inclusão e exclusão, 148 laudos, sendo 71 de vítimas do sexo feminino (grupo feminino – GF) e 77 do masculino (grupo masculino – GM). Não houve diferença entre os grupos quanto à idade das vítimas (p=0,737), à cor da pele autodeclarada, ao estado civil (p=0,271), à escolaridade (p=0,165) e à empregabilidade (p=0,194). A Tab. 1 mostra com detalhes o perfil sociodemográfico dos dois grupos estudados.

		SEXO		TOTAL (%)
		Masculino n (%)	Feminino n(%)	
Faixas etárias p=0,737	18 a 24	12 (15,5)	14 (19,7)	26 (17,6)
	25 a 29	12 (15,6)	9 (12,7)	21 (14,2)
	30 a 34	8 (10,4)	11 (15,5)	19 (12,8)
	35 a 39	11 (14,3)	11 (15,5)	22 (14,9)
	40 a 44	5 (6,5)	6 (8,5)	11 (7,4)
	45 a 49	9 (11,7)	9 (12,7)	18 (12,2)
	50 a 54	9 (11,7)	6 (8,5)	15 (10,1)
	55 a 59	6 (7,8)	1 (1,4)	7 (4,7)
	60 anos ou mais	5 (6,5)	4 (5,6)	9 (6,1)
Cor da pele autodeclarada p=0,108	Amarela	0 (0)	1 (1,3)	1 (0,7)
	Branca	46 (64,8)	57 (74)	103 (69,59)
	Parda	22 (31)	17 (22,1)	39 (26,35)
	Preta	3 (4,2)	0 (0)	3 (2)
	Indígena	0 (0)	2 (2,6)	2 (1,35)
Estado civil p=0,271	Solteiro	48 (62,3)	43 (60,6)	91 (61,5)
	Casado	21 27,3)	16 (22,5)	37 (25)
	Divorciado	5 (6,5)	7 (9,9)	12 (8,1)
	Separado	2 (2,6)	1 (1,4)	3 (2)
	Viúvo	1 (1,3)	0 (0)	1 (0,7)
	Não informado	0 (0)	4 (5,6)	4 (2,7)
Ocupação	Desempregado	3 (3,9)	3 (4,2)	6 (4,1)
	Aposentado	4 (5,2)	1 (1,4)	5 (3,4)
	Outros serviços	19 (24,7)	26 (36,6)	45 (30,4)
	Serviços domésticos	1 (1,3)	12 (16,9)	12 (8,8)
	Informação, comunicação	11 (14,3)	11 (15,5)	22 (14,9)
	Comércio, reparação de veículos	9 (11,7)	7 (9,9)	16 (10,8)
	Educação, saúde humana e serviços social	2 (2,6)	7 (9,9)	9 (6,1)
	Administração pública, defesa e seguridade social	5 (6,5)	4 (5,6)	9 (6,1)
	Indústria geral	8 (10,4)	0 (0)	8 (5,4)
	Construção	4 (5,2)	0 (0)	4 (2,7)
	Transporte, armazenamento e correio	9 (11,7)	0 (0)	9 (6,1)
	Estudante	2 (2,6)	0 (0)	2 (1,4)
Empregabilidade p=0,194	Trabalhando	68 (88,3)	67 (94,4)	135 (91,2)
	Não trabalhando	9 (11,7)	4 (5,6)	13 (8,8)

Tab. 1: Distribuição sociodemográfica e a diferença entre os grupos

Quando analisamos a recorrência de agressões, 70,4% das vítimas do GF alegaram que nunca haviam sido agredidas, enquanto no GM essa taxa foi de 97,4%, com diferença estatística entre os grupos (p<0,001). De acordo com o local de ocorrência da agressão, 57,7% das mulheres alegaram que o ato violento ocorreu no próprio domicílio, enquanto no GM a agressão aconteceu em via pública em 59,7% dos casos, com diferença entre os grupos (p<0,001). Em 47,9% das vítimas femininas e 1,3% masculina, a violência foi classificada como doméstica, com diferença significativa entre eles (p<0,001). O agressor era pessoa com quem a vítima do GF mantinha vínculo afetivo (parceiro íntimo) em 55% dos casos; no GM, o agressor desconhecido foi o mais presente, com diferença entre os grupos significantemente (p<0,001) (Tab. 2).

		SEXO		TOTAL
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	
HISTÓRICO ANTERIOR DE AGRESSÃO P<0,001	Não	75 (97,4)	50 (70,4)	125 (84,5)
	Sim	2 (2,6)	21 (29,6)	23 (15,5)
LOCAL DO EVENTO P<0,001	Própria residência	10 (13)	41 (57,7)	51 (34,5)
	Residência de terceiros	7 (9,1)	4 (5,6)	11 (7,4)
	Via pública	46 (59,7)	18 (25,4)	64 (43,2)
	Estabelecimento comercial	9 (11,7)	6 (8,5)	15 (10,1)
	Estabelecimento de ensino	0 (0)	2 (2,8)	2 (1,4)
	Outros	5 (6,5)	0 (0)	5 (3,4)
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (P<0,001)	Sim	1 (1,3)	34 (47,9)	35 (23,6)
	Não	76 (98,7)	37 (52,1)	113 (76,4)
GRAU DE PARENTESCO COM A VÍTIMA P<0,001	Desconhecido	53 (68,8)	13 (18,3)	66 (44,6)
	Conhecido/amigo	13 (16,9)	11 (15,5)	24 (16,2)
	Cônjuge/companheiro	1 (1,3)	19 (26,8)	20 (13,5)
	Ex-cônjuge/ex-companheiro	3 (3,9)	19 (26,8)	22 (14,9)
	Cunhado	3 (3,9)	3 (4,2)	6 (4,1)
	Tio e sobrinho	2 (2,6)	0 (0)	2 (1,4)
	Enteado, genro nora	1 (1,3)	0 (0)	1 (0,7)
	Outros	1 (1,3)	2 (2,8)	3 (2)
	Filho	0 (0)	2 (2,8)	2 (1,4)
	Irmão	0 (0)	1 (1,4)	1 (0,7)
	Polícia/segurança privada	0 (0)	1 (1,4)	1 (0,7)
MOTIVAÇÃO DA AGRESSÃO P<0,001	Desentendimento	10 (13)	44 (62)	54 (36,5)
	Briga	48 (62,3)	18 (25,4)	66 (44,6)
	Roubo/assalto	16 (20,8)	6 (8,5)	22 (14,9)
	Briga de trânsito	2 (2,6)	3 (4,2)	5 (3,4)
	Outro	1 (1,3)	0(0)	1 (0,7)
INSTRUMENTO UTILIZADO PELO AGRESSOR P=0,353	Agressão nua (sem instrumento)	61 (79,2)	62 (87,3)	123 (83,1)
	Agressão instrumentalizada	7 (9,1)	3 (4,2)	10 (6,8)
	Agressão mistas	7 (9,1)	4 (5,6)	11 (7,4)
	Não relato	2 (2,6)	2 (2,8)	4 (2,7)

Tab. 2: Características da vítima e do agressor.

A motivação da agressão foi fator de diferença (p<0,001) entre os grupos. Os conflitos familiares foi a razão da brutalidade contra as mulheres. Por sua vez, no GM, foram os desentendimentos com pessoas desconhecidas, portanto, sem vínculo afetivo. As agressões nuas, isto é, a aplicação de objetos/instrumentos contundentes naturais (mãos, pés e dentes) foram as mais habituais, fato esse observado nos dois grupos sem diferença entre eles (p=0,353) (Tab. 2).

A região anatômica mais acometida pela agressão foi a cavidade oral (dentes e lábios), sem diferença estatística entre os grupos. As fraturas ósseas não foram comuns. A Tab. 3 detalha as principais regiões faciais e orais lesadas pela ação do agressor de acordo com o sexo da vítima e o grau de significância.

		SEXO		TOTAL
		Masculino n %	Feminino n %	
LOCAL LESÃO – OSSOS P=0,499	Mandibular	4 (5,2)	4 (6,5)	8 (5,4)
	Nasal	1 (1,3)	1 (1,4)	2 (1,4)
	Zigomática	0 (0)	2 (2,8)	2 (1,4)
	Zigomática mandibular	0 (0)	1 (1,4)	1 (0,7)
	Sem lesão	72 (93,5)	63 (88,7)	135 (91,2)
TIPO DE LESÃO – DENTES P=0,463	Fratura	29 (37,7)	29 (40,8)	58 (39,2)
	Luxação	7 (9,1)	12 (16,9)	19 (12,8)
	Avulsão	16 (20,8)	11 (15,5)	27 (18,2)
	Dano a elemento artificial	7 (9,1)	4 (5,6)	11 (7,4)
	Fratura + luxação	5 (6,5)	2 (2,8)	7 (4,7)
	Fratura + avulsão	2 (2,6)	2 (2,8)	4 (2,7)
	Luxação + avulsão	3 (3,9)	0 (0)	3 (2)
	Luxação + dano a elemento artificial (próteses, implantes)	1 (1,3)	2 (2,8)	3 (2)
	Sem lesão	7 (9,1)	9 (12,7)	16 (10,8)
TIPO DE LESÃO – PARTES MOLES P=0,391)	Contusa	28 (36,6)	26 (36,6)	54 (36,4)
	Perfurocontusa	2 (2,6)	0 (0)	2 (1,4)
	Sem lesão	47 (61)	45 (63,4)	92 (62,3)
LOCAL LESÃO – PARTES MOLES P=0,657	Face	5 (6,5)	7 (9,9)	12 (8,1)
	Gengiva	2 (2,6)	3 (4,2)	5 (3,4)
	Infraorbital	0 (0)	1 (1,4)	1 (0,7)
	Mucosa jugal	3 (3,9)	2 (2,8)	5(3,4)
	Mentoniana	1 (1,3)	0 (0)	1 (0,7)
	Lábios	19 (24,6)	13 (18,3)	32 (26,6)
	Sem lesão	47 (61)	45 (63,4)	92 (62,2)

Tab. 3: Distribuição das lesões.

Quanto à gravidade do dano, de acordo com o artigo 129 do Código Penal, nota-se que a lesões leves predominaram nos dois grupos sem que tenha havido diferença entre eles (p=0,312) (Tab. 4).

		SEXO		TOTAL (%)
		Masculino n (%)	Feminino n (%)	
GRAVIDADE DAS LESÕES P=0,312	Leve	41 (53,2)	45 (63,4)	86 (58,1)
	Grave	26 (33.8)	16 (22,5)	42 (28,4)
	Sem nexo causal	10 (13)	10 (14,1)	20 (13,5)
TOTAL		77 (100)	71 (100)	148 (100)

Tab. 4. Descrição dos graus de lesão de acordo com o código penal.

4. DISCUSSÃO

Em 2016, no Brasil, foram notificados 83.403 casos de lesões não fatais, dos quais 13.029 envolviam mulheres e 70.374 homens (16). No mundo, em 2010, 8,5 milhões de pessoas perderam a vida em decorrência de traumas físicos dos quais 50% foram cranianos ou facial (17). A violência interpessoal ocorre tanto no ambiente público quanto no doméstico, envolvendo pessoas jovens de ambos os sexos. Nos dois grupos analisados do estudo, a idade das vítimas não mostrou diferença significante, sendo que a vasta maioria tinha menos

de 34 anos, predominando as faixas etárias abaixo de 29 anos, fato esse também observado em literatura médica.[17,18]

No GF, a violência doméstica foi a mais incidente, enquanto a pública foi mais associada ao GM, igual aos achados de Schneider, Turshen (19). Outros diferenciais observados entre os grupos analisados foram quanto à recorrência, à motivação da agressão e à relação entre a vítima e o perpetrador. No GF, houve maior referência de recorrências de eventos violentos, o perpetrador era a pessoa com quem ela se relacionava afetivamente, configurando a VPI, e o motivo foi o conflito familiar. Esses achados também estiveram presentes no estudo desenvolvido por Ferreira et al. (13). Por sua vez, no GM, a maioria dos episódios violentos foi isolado, ocorreu em ambiente público e por pessoa desconhecida.

As lesões dentárias e ósseas mandibulares são as mais rotineiramente observadas em agressão interpessoal. A lesão maxilofacial provocada pela ofensiva interpessoal é frequente, pois é uma região facilmente alcançada pelo agressor, anatomicamente vulnerável e representa uma maneira de "ferir" a autoestima da vítima (13,20,21), assim como as várias proeminências das estruturas faciais que interceptam os golpes, facilitando a ocorrência das lesões (22). Nos dois grupos, as lesões dentárias superaram em frequência as ósseas e as das estruturas moles.

Dentre as lesões dentárias, temos as fraturas (coroa, raiz, esmalte, etc.), a concussão, a luxação ou até perda do elemento dentário (avulsão) (18). As lesões ósseas, embora em pequena frequência, tiveram a região mandibular a mais afetada nos dois grupos analisados, achado que está em desacordo com a literatura que refere a fratura complexa do osso zigomático como a mais lesada na violência interpessoal (17). Os ferimentos contusos nas partes moles acometeram predominantemente os lábios nos dois grupos sem diferença entre eles.

Analisando as lesões e o impacto legal, de acordo com o artigo 129 do Código Penal de 1940, a maioria das lesões foi considerada leve, embora em mais de 33% dos homens e mais de 22% das mulheres as lesões foram graves, mas sem diferenças entre os grupos.

O conhecimento das principais lesões decorrentes de violência interpessoal pode orientar os profissionais que atuam nas áreas assistenciais a identificarem o fator causador dos danos e atuarem prontamente orientando as vítimas dos direitos legais vigentes no país, dessa forma, as recorrências de agressões podem ser coibidas.

5. CONCLUSÃO

As mulheres jovens e solteiras são agredidas majoritariamente na própria residência, sendo o perpetrador o parceiro íntimo. As lesões dentárias, como a fratura e a avulsão, são frequentes. Portanto, a avaliação funcional da mastigação deve fazer parte da avaliação pericial e não se restringir apenas à análise anatômica.

6. REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. Núcleo de estudos da violência da Universidade de São Paulo 2015. Violência interpessoal – um desafio universal [citado em 12 jun. 2019]. Disponível em:file:///C:/Users/computador/downloads/9789241564793por%20(1).pdf

2. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Washington: OMS; 2010 [citado em 16 jun 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf

3. WHO. Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

4. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Cien Saude Colet. 2007;11 (Suppl.): p1163-1178. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007

5. Office for national statistics. Institute of the UK. Intimate personal violence and partner abuse [cited 2019 May 23]. Available from: https://www.ons.gov.uk

6. Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. Rev Saúde Púb. 2009; 43(2): p299-311. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000013

7. Barros ÉN, Silva MA, Falbo Neto GH, Lucena SG, Ponzo L, Pimentel AP et al. Prevalência da violência

contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Cien Saúde Colet. 2016; 21(2): p591-598. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910200700050 0014

8. Brink O, Vesterby A, Jensen J. Injury. 1998; 29 (9): p705-709. https://doi.org/10.1016/S0020-1383 (98)00176-4

9. Celbis O, Gökdoğan MR, Kaya M, Günes G. Review of forensic assessments of female referrals to the branch of legal medicine, Malatya region, Turkey–1996-2000. J Clin Forensic Med. 2006; 13: p21-25. 10.1016/j.jcfm.2005.08.003

10. Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns of intimate partner violence victims. Trauma Viol. Abuse. 2007; 8(3): p281-289. https://doi.org/10.11 77/1524838007303504

11. Chrcanovic BR. Factors influencing the incidence of maxillofacial fractures. Oral Maxillofac Surg. 2011; 16(1): p3-17. http://dx.doi.org/10.1007/s10006-011-0280-y

12. Lee KH. Interpersonal Violence and Facial Fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2009;67(9): p1878-1883. 10.1016/j.joms.2009.04.117

13. Ferreira MC, Batista AM, Ferreira FO, Ramos-Jorge ML, Marques LS. Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. Dent Traumatol. 2014; 30: p.15-21. https://doi.org/10.1111/edt.12047

14. Kieser J, Stephenson S, Liston PN, Tong DC, Langley JD. Serious facial fractures in New Zealand from 1979 to 1998. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002;31: p206-209. https://doi.org/10.1054/ijom.2002.0208

15. Caldas IM, Grams AC, Afonso A, Magalhães T. Oral injuries in victims involving intimate partner violence. Forensic Sci Int. 2012; 221: p102-105. https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.04.010

16. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de agravos e notificações (Sinan). Violência doméstica, sexual e/ou outras violências – Brasil [citado em 12 jun. 2019]. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada/57-doencas-e-agravos

17. Silva JJL, Lima AAAS, Melo IFS, Maia RCL, Filho TRCP. Trauma facial: análise de 194 casos. Rev Bras Cir Plast. 2011;26: p37-41. http://dx.doi.org/10.1590/S1983-5175201100010 0009

18. Yamamoto K, Matsusue Y, Horita S, Murakami K, Sugiura T, Kirita T. Maxillofacial Fractures Associated with Interpersonal Violence. J Craniofac Surg. 2019;30(4): e312-e315. 10.1097/SCS.000000 0000005306

19. Schneider D, Turshen M. Political and Social Violence: Health Effects. Reference Module in Earth Systems and Environmental Sciences. 2014. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-4095489.0904 8-5

20. Leporace AAF, Junior WP, Rapoport A, Denardin OVP. Epidemiologic study of mandible fractures in a public hospital of São Paulo. Rev Col Bras Cir. 2009;36: p472-477. http://dx.doi.org/10.1590/S0 100-69912009000600002

21. Boffano P, Roccia F, Zavattero E, Dediol E, Uglešić V, Kovačič Ž, et al. Assault-related maxillofacial injuries: the results from the European Maxillofacial Trauma (EURMAT) multicenter and prospective collaboration. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2015;119: p385-391. https://doi.org/10.1016/j.oooo.2014.12.004

Saukko P, Knight Bernard. Knight's forensic pathology. Chapter 5. Head and spinal injuries. Great Britain London; 2004.

SUPLEMENTO

ARTIGOS DOUTRINÁRIOS DO CONGRESSO SUL SUDESTE DE MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS 2019

v.4 n.3 2019

A APLICABILIDADE DA PASTA DE SILICONE MOLDÁVEL COMO TÉCNICA ALTERNATIVA DE IDENTIFICAÇÃO NOS CADÁVERES EM AVANÇADO ESTADO DE PUTREFAÇÃO

Um relato de caso

Ana Luiza Queiroz da Silva Lacerda [1]; Matheus César Arvelos Gomes [2]; Sara Eloisa Queiroz da Silva Lacerda [3]; Marcelo Mari de Castro [4]; Aldeir José da Silva [5].

[1] Acadêmico de Medicina, Centro Universitário de Belo Horizonte. Rua Raposo Bocarro, 36/301 – Nova Cachoeirinha, Belo Horizonte – MG, Brasil, 31.250-580. Contato: (31) 99195-9788; aninhallacerda@hotmail.com
[2] Acadêmico de Medicina, Centro Universitário de Belo Horizonte. Rua Capitólio, 566 – Santo André, Belo Horizonte – MG, Brasil, 31.210-570. Contato: (31) 98936-3735; matheusarvelos2@gmail.com
[3] Acadêmico de Medicina, Centro Universitário de Belo Horizonte. Rua Raposo Bocarro, 36/301 – Nova cachoeirinha, Belo Horizonte – MG, Brasil, 31.250-580. Contato: (31) 99967-1402; saraelacerda90@gmail.com
[4] Médico Legista Nível III, Instituto Médico Legal de Belo Horizonte – IML-BH. Rua Araguari, 1.312/101 – Santo Agostinho, Belo Horizonte – MG, Brasil, 30.190-111. Contato: (31) 99624-7674; marcelomaricastro@gmail.com
[5] Técnico em Anatomia e Necrópsia – Papiloscopista, Departamento de Anatomia e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Rua Antônio Pio da Rocha, 41 – Alvorada, Contagem – MG, Brasil, 32.042-630. Contato: (31) 99935-3463; aldeirnecroterio@icb.ufmg.br

INTRODUÇÃO: A identificação é definida por França (2017) como o conjunto de diligências cuja finalidade é levantar uma identidade. Dentre as inúmeras formas de se aplicar o processo de identificação, tem-se a técnica datiloscópica, uma análise dos tipos fundamentais (TF) e dos pontos característicos (PC) que permitem determinar a coincidência entre uma impressão digital dubitável e, outra, indubitável (Silva et al, 2018). Entretanto, nem sempre é possível registrar adequadamente o padrão datiloscópico epidérmico externo de um cadáver. Para essas variedades devem ser utilizadas técnicas especiais de necropapiloscopia. **RELATO DE CASO**: Relata-se o caso de um cadáver desconhecido em avançado estado de putrefação, sendo necessária a aplicação de uma técnica especial para revelação das impressões digitais. Foi extirpado o quarto quirodáctilo esquerdo onde, após higienização, aplicou-se uma pasta de silicone (*Microsil*) em face anterior da derme. Da técnica, foi apurado um molde que foi fotografado digitalmente em lente Macro e auxílio de luz direta, do qual pôde assinalar 12 PC coincidentes com o registro de filiação legal. **DISCUSSÃO**: As técnicas de necropapiloscopia são aplicadas em casos onde a putrefação gera dano ao tecido epitelial das polpas digitais, impedindo a observação dos padrões datiloscópicos epidérmicos superficiais (PDES). Nesses casos, a camada mais profunda pode revelar detalhes do padrão datiloscópico dérmico (PDD), determinado pelas impressões negativas criadas pelas projeções epidérmicas profundas. Estudos conduzidos por Silva et al (2018) demonstraram que registros físicos artificiais dos PDD, quando coletados com qualidade, guardam exata relação morfológica com os registros epidérmicos existentes, garantindo a segurança na comparação entre um PDD (sem registros) e um PDES de filiação legal (Mizokami et al, 2015). O PDD pode ser copiado para uma pasta de silicone branca moldável (*Microsil®*), cujo molde apurado pode revelar o TF e os PC, necessários ao confronto para identificação, com muito mais eficiência, quando comparado à placa datiloscópica, devido à sua característica de adequação à superfície (Zile, 2013). **CONCLUSÃO**: O caso relatado demonstrou a viabilidade da superfície dérmica para identificação, além de introduzir o uso do *Microsil®*, pela necropapiloscopia, nas impressões digitais comprometidas pelo decurso do tempo.

REFERÊNCIAS:

1. Zile A. Theoretical and Practical Aspects of Possibilities of Visualization and Seizure of Papillae Pattern Prints from Fruit and Vegetables. The materials of the International Scientific Conference Social Sciences for Regional Development 2012: Impact of the Financial Capital on the Regions Economic Competitiveness, November, 2012.
2. França GV. Medicina Legal. 11ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda.; 2017
3. Mizokami LL, Silva LRV, Kückelhaus SAS. (2015). Comparison between fingerprints of the epidermis and dermis: Perspectives in the identifying of corpses. Forens Scie Intern. 2015;252: p77-81. doi:10.1016/j.forsciint.2015.04.019
4. Silva J. et al (2018). Relación entre el Patrón Dactiloscópico Epidérmico y Dérmico. Int. J. Morphol. [online]. 2018;36(4): p1290-1297. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022018000401290.

ADOECIMENTO LEVANDO AO ABSENTEÍSMO DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTATUTÁRIOS DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Análise comparativa do absenteísmo dos servidores entre o 1.º quadrimestre de 2018 e o 1.º quadrimestre de 2019

Ana Paula Delgado Lima [1]; Daiane Carle de Souza Santos [2]; Simone Carvalho Roza [3].

[1] Médica do Trabalho e Subsecretária da SUBSAUDE/SAGA/Secretaria de Economia do Distrito Federal.
SCS Q. 09 Lote C Torre B, 5.º andar – Ed. Parque Cidade, Via W4 Sul – Brasília, DF, Brasil, Sala da SUBSAUDE – Escritório da Subsecretária, CEP 70308-200, Sala da de Produção de Informação em Saúde da Diretoria de

Saúde do Servidor da SUBSAUDE. Telefone: (61) 98334-2335; e-mail: ana.lima@sefp.df.gov.br
[2] Gerente de Produção de Informação em Saúde da Diretoria de Saúde do Servidor da SUBSAUDE/SAGA/Secretaria de Economia do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.
SCS Q. 09 Lote C Torre B, 5.º andar – Ed. Parque Cidade, Via W4 Sul – Brasília, DF, Brasil, CEP 70308-200, Sala da de Produção de Informação em Saúde da Diretoria de Saúde do Servidor da SUBSAUDE. Telefone: (61) 98336-3852;
e-mail: daiane.carle@sefp.df.gov.br
[3] Médica do Trabalho e Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas pela AMLPM, Perita da Gerencias de Processos/DIPEM/SUBSAUDE/SAGA/ Secretaria de Economia do Distrito Federal
SCS Q. 09 Lote C Torre B, 5.º andar – Ed. Parque Cidade, Via W4 Sul – Brasília, DF, Brasil, 70308-200.Telefone: (61) 99987-0859; e-mail: simonecarvalhoroza@gmail.com

O absenteísmo é uma medida que visa evitar a propagação de patologias transmissíveis, assim como pode ser causado por um mal-estar ou uma doença grave. Esse afastamento do trabalho prejudica o andamento de serviços fundamentais aos cidadãos e sobrecarrega o erário público em decorrência da lacuna deixada pela ausência de prestação do serviço ou em virtude das despesas com reabilitação do funcionário. Reconhecendo que o adoecimento do servidor onera o tesouro do Distrito Federal (DF) e atrapalha o serviço prestado à população, a Dr.ª Ana Paula Delgado de Lima, desde que assumiu a Subsecretaria da SUBSAUDE/SAGA/Secretaria de Estado Economia do DF, tem como objetivo principal, com o apoio do Governo, por meio do Secretário de Estado de Economia, adotar ações que visam melhorar a qualidade de vida do servidor em seu setor adotando medidas preventivas, o que vem reduzindo de forma significativa o absenteísmo-doença do DF. Este é o objetivo deste pôster, que demonstra o comparativo do 1.º quadrimestre do ano de 2018 e do 1.º quadrimestre do ano de 2019. Para análise desses dados, foram utilizadas planilhas eletrônicas no *software* da Microsoft Excel, a partir dos dados secundários obtidos pelo Sistema Único de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH), extraídos em parceria com a Subsecretaria de Tecnologia da Informação (SUTIC), do período relativo de janeiro a abril dos anos de 2018 e 2019. O público-alvo foram os servidores estatutários ativos sob responsabilidade pericial da SUBSAUDE, que perfazem um total de 84.110. Destes, 36.397 homologaram Licenças para Tratamento da própria Saúde (LTS) no primeiro quadrimestre (janeiro a abril) do ano de 2018 e 35.898 do ano de 2019. Tem-se ainda por objetivo mostrar que ações preventivas, educativas e de promoção à saúde realizadas no ambiente laboral reduziram os riscos físicos e psicossociais. Como resultado, evitou-se o afastamento dos servidores por 12.110 dias, gerando a uma economia de R$ 1.765.429,00 ao Tesouro do DF, quando comparado com o mesmo período do ano de 2018. Ante o exposto, conclui-se que investir em prevenção e qualidade de vida do servidor *in loco* e a realização de perícias médicas com eficiência e temporalidade adequadas evitam a interrupção da prestação de serviço ao cidadão, diminuem os riscos físicos e psicossociais e reduzem as despesas para o Governo do Distrito Federal.

REFERÊNCIAS:

1. Boletim Epidemiológico – 1, concluído em 21 de agosto de 2019, da Diretoria de Epidemiologia em Saúde do Servidor SUBSAÚDE/SAGA/SEFP.
2. Silva PMC, Souza KR, Teixeira L. Política de desprecarização do trabalho em saúde em uma instituição federal de S&T: a experiência de professores e pesquisadores. Trab. Educ. Saúde. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00048
3. Ribeiro CVS, Mancebo D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. Psicol. Ciênc. Prof. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100015
4. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013; 18(6): p1667-1676.

AGOSTINHO JOSÉ DE SOUZA LIMA E O ENSINO DA MEDICINA LEGAL

Daniel Turl Braga [1]; Cristina Espindola Sedlmaier [1]; Daniel Pinheiro Hernandez [2]

[1] Acadêmicos do Curso de Medicina do UNIFESO do 10.º período - Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis-RJ, Brasil. Contato: danielturl@hotmail.com.br
[2] Orientador. Professor do Curso de Medicina do UNIFESO, Teresópolis-RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO: A Medicina Legal e seu ensino no Brasil constituem um capítulo peculiar na História da Medicina, descrevendo ações e vultos que foram expoentes para construí-la, chegando até os dias atuais, como a conhecemos. Didaticamente, a Medicina Legal é dividida em três momentos: Primeira Fase – ou Fase Estrangeira – que vai até 1877; Segunda Fase – Fase de Transição –, de 1877 até 1895, em que aconteceram as grandes contribuições do médico Agostinho José de Souza Lima (1842-1921); e a Terceira Fase – Fase de Nacionalização –, em que se destaca Raimundo Nina Rodrigues. A Segunda Fase representou o início da "nacionalização" da Medicina Legal, quando o médico Souza Lima desempenhou papel fundamental. Entender como se deu esse processo é o fator motivador deste estudo. **OBJETIVOS**: Compreender o papel do médico Agostinho José de Souza Lima na construção da Medicina Legal brasileira. **MÉTODOS**: Revisão bibliográfica em livros e artigos que versam sobre o tema. **RESULTADOS**: O exercício da Medicina Legal é marcado por necessidades da ordem pública e social, tendo importante papel nos relacionamentos sociais e políticos de cada época. Em 1832,

com a reforma do Ensino Superior no Brasil, a cadeira de Medicina Legal foi instituída nas Faculdades de Medicina. Porém, só em 1881, com Agostinho José de Souza Lima, iniciou-se o curso prático de tanatologia forense, nas dependências do necrotério da Corte. Esse período foi marcado por intensas discussões éticas sobre o ensino prático da perícia médica e o sigilo. A Lei Maximiliano (decreto 11.530, de 18 de março de 1915) trouxe a permissão do acesso, de professores e alunos, ao Serviço Médico-Legal, bem como a validade jurídica dos relatórios por eles elaborados. Souza Lima teve papel de destaque no ensino da Medicina Legal, na criação de seu ensino prático, no seu desenvolvimento laboratorial, e nas várias publicações científicas, além de apresentar comentários sobre as leis civis e penais do Brasil. Além disso, contribuiu, de forma importante, para o estudo da toxicologia. **CONCLUSÃO**: As ações de Souza Lima possibilitaram a estruturação da Medicina Legal como disciplina, dentro das Faculdades de Medicina brasileiras, sendo referência da Medicina Forense no Brasil. Nesse sentido, vale ressaltar que seus grandes feitos se traduzem em incentivo aos mais novos, estudantes e médicos brasileiros.

REFERÊNCIAS:

1. Cerqueira E. A perícia médico-legal e o ensino: dissidências e discussões na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Hist Ciênc Saúde. 2015;22(2): p641-649.
2. Antunes JLP. Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930). São Paulo: Editora Unesp; 1999.
3. Antunes JLP. Crime, sexo, morte. Avatares da Medicina no Brasil. Tese de Doutorado em Sociologia apresentada ao Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.
4. Prestes Junior LCL, Moraes TM, Rangel M. A Importância do Ensino da Medicina Legal na Formação da Carreira Jurídica. R. EMERJ. 2012;15(59): p76-84.

ANÁLISE DAS JURISPRUDÊNCIAS NAS DEMANDAS DE "OBRIGAÇÃO DE FAZER" PARA CONCESSÃO DE BOMBA DE INFUSÃO SUBCUTÂNEA

Daniele Pimentel Maciel [1]; Daniele Muñoz Gianvecchio [2]; Rosana Reale Hering [3]; Juliana Braghetto [4]; Victor A. P. Gianvecchio [5]; Valéria M. S. Framil [6]; Daniel Romero Muñoz [7].

[1] Professora colaboradora do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[2] Professora do Curso de Especialização de Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
[3] Médica pós-graduada em Perícias Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[4] Médica Residente em Medicina Legal e Perícia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
[5] Professor de Medicina Legal e Pericias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[6] Professora colaboradora do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[7] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Endereço para correspondência: Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP. Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César. CEP: 01246-903. São Paulo, SP. Telefone: (11) 3061-8407. Email: danimunoz78@gmail.com

INTRODUÇÃO: Um dos tratamentos do Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2) é a administração de insulina através da Bomba de Infusão Subcutânea de Insulina (SICI). Com a chegada das novas tecnologias na medicina e a judicialização da saúde, vem aumentando o número de demandas judiciais impetradas pelos pacientes contra o SUS (Sistema Único de Saúde). O presente estudo tem por objetivo analisar os dados dos acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo em relação à judicialização do sistema de SICI. **METODOLOGIA:** Estudo retrospectivo das demandas judiciais para obtenção do sistema SICI no site do Tribunal de Justiça de São Paulo no período de outubro 2017 a setembro de 2018. **MARCO CONCEITUAL:** A SICI é um dispositivo mecânico com comando eletrônico que injeta insulina de forma contínua, a partir de um reservatório, para um cateter inserido no subcutâneo, geralmente, na região periumbilical, nádegas e/ou coxas. Sua função é simular a fisiologia normal, com liberação contínua de insulina basal e por meios de pulsos (bolus) nos horários de refeições ou para correções de hiperglicemia. Para o uso contínuo do sistema de SICI é necessário considerar o custo da manutenção com troca de cateteres, tubos, reservatórios, insulina, fitas, para monitorização da glicemia). **RESULTADO:** Foram analisados 35 acórdãos para a liberação do sistema de SICI. Os resultados encontrados foram: 62,5% (22) para o sexo feminino e 37,5% (13) para o masculino; 94,29% (33) para o DM1 e 5,71% (2) para o DM2; 57,5% (20) indeferidos e 42,5% (15) deferidos para o tratamento com o sistema SICI. Causas do indeferimento: não correspondem às diretrizes de utilização estabelecidas no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde); há outras alternativas terapêuticas; existência de tratamento já fornecido pela rede pública para Diabetes; fornecimento da SICI está fora do RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e não fornecimento de Bomba de Insulina de marca específica. **CONCLUSÃO:** A judicialização da saúde traz alternativas aos usuários da

bomba de insulina para o Diabetes Mellitus tipo 1 e 2. Será necessária uma avaliação do perito judicial em relação as alternativas de tratamento já existente e comparar com as vantagens e desvantagens do sistema de SICI.

REFERÊNCIAS

1.Yeh HC, Brown TT, Maruthur n, Ranasinghe P, Berger Z, Suh YD et al. Comparative effectiveness and safety of methods of insulin delivery and glucose monitoring for diabete melito: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2012;157(5): p336-347.

2.Pankowska E, Blazik M, Dieziechciarz P, Szypowska A, Szajewska H. Continuous subcutaneous insulin infusion vs. multiple daily injections in children with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. Pediatr Diabetes.2009;10(1): p52-58.

ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS EXAMES PERICIAIS CAUTELARES REALIZADOS EM CUSTODIADOS, NO INSTITUTO MÉDICO-LEGAL ESTÁCIO DE LIMA, NO ANO DE 2016, EM MACEIÓ, ALAGOAS, BRASIL. EXAMES CAUTELARES EM CUSTODIADOS NO IML DE MACEIÓ, ALAGOAS

Ana Paula Cavalcante Carneiro [1]; Maria Luisa Duarte [2]; Vivyan Raffaelly Ramos de Barros [3]

[1] Mestre em Perícias Forenses (FOP/UPE); Perita Odontolegal do IML Estácio de Lima (Maceió-AL), Especialista em Odontologia Legal pela ABO/AL e Criminologia pela UNINTER/PR; telefone: (82) 99976-1288; E-mail: analegista@hotmail.com); Endereço: Rua Aureliano Teixeira de Vasconcelos, n.º 211, ap. 805, Jatiúca, Maceió-AL, CEP: 57036-430.

[2] Mestre e Doutor em Patologia (Anatomia Patológica) pela Universidade Federal Fluminense/RJ, Professora adjunta da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL); telefone: (82) 99972-5571; E-mail:maraluduarte@uol.com.br; Endereço: Rua Sargento José Pedro dos Santos, n.º 55, Quadra C3, Santa Amélia, Maceió-AL, CEP: 57063-226.

[3] Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Estadual de Ciências Médicas de Alagoas; telefone: (82) 99940-0355; E-mail: vivy_raffynha@hotmail.com); Endereço: Rua Doutor Marêncio Costa Barros, n.º 27, Cidade Universitária, Maceió-AL.

INTRODUÇÃO: O presente trabalho visa analisar os laudos dos exames de lesões corporais cautelares realizados em custodiados periciados no IML Estácio de Lima, durante todo o ano de 2016, do ponto de vista da ocorrência de agressão ao detento. **METODOLOGIA:** Eestudo epidemiológico observacional, descritivo, retrospectivo e analítico. As variáveis analisadas foram gênero, faixa etária dos periciados e o perpetrador da agressão, além da verificação da ocorrência de lesão corporal, o instrumento ou meio utilizado na agressão e se foi considerado que houve tortura, estas últimas verificadas nas respostas dadas pelos peritos aos quesitos oficiais dos laudos. **MARCO CONCEITUAL:** O tipo penal descrito para o crime de lesão corporal corresponde a qualquer ofensa à integridade corporal ou à saúde, não tratando apenas da integridade física, como também da psíquica, e sua ocorrência deverá ser verificada por um perito oficial (1,2,3,4). O exame cautelar dos indivíduos custodiados não se encontra deliberado em leis, mas é realizado para garantir a proteção da dignidade da pessoa humana em pessoas privadas de liberdade (1,2,3,4). **RESULTADOS:** Foram analisados 9.630 laudos de exame, em que 49,78% foram realizados em custodiados. Considerando-se o total dos exames em custodiados, foram encontrados 11,60% de laudos cujos conteúdos caracterizaram a presença de lesão corporal. Dos relatórios médico-legais nos quais foram comprovadas as agressões, o trauma contuso foi causador da lesão em 89,92% dos casos. Em 26,12% dos casos, a agressão, segundo o histórico, foi perpetrada por policiais, no entanto, a maioria dos laudos (66,46%) não continha tal informação, sendo enquadrado no item “outros”. O questionamento que se refere à ocorrência de tortura foi respondido positivamente em 0,18% dos casos; 71,28% apresentavam resposta negativa e em 28,53% dos laudos os peritos responderam como “prejudicado” ou “sem elementos para afirmar ou negar”. **CONCLUSÃO**: Observaram-se o papel e a importância da perícia na verificação da ocorrência de lesões corporais. Foi ainda evidenciada a necessidade de aprimoramentos e reciclagens constantes dos peritos em relação à avaliação da tortura, uma vez que, em 28,53% dos casos avaliados, as respostas refletiram a insegurança dos legistas em afirmar ou negar sua ocorrência.

REFERÊNCIAS:

1 Silva DA. Considerações sobre o crime de lesões corporais. 2015. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/38979/consideracoes-sobre-o-crime-de-lesoes-corporais. Acesso em: 1 maio 2019.

2 Mirabete JF. Manual de direito penal: parte especial. 29ed. São Paulo: Atlas; 2012. v. 2.

3 BRASIL. Lei n.º 11.690, de 9 de junho de 2008. Planalto. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11690.htm#art1. Acesso em: 20 maio 2019.

4 CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Consulta n.º 69.667/005-A modifica a Consulta 69.667/05. Disponível em http://www.cremesp.org.br/?SiteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=7153&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%E3o%20Paulo&numero=69667&situacao=&data=02-07-2007. Acesso em: 5 out. 2017.

CONDROMALÁCIA PATELAR PROCESSOS JUDICIAIS NO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO E O PAPEL DO LAUDO PERICIAL

Daniele Pimentel Maciel [1] , Daniele Muñoz Gianvecchio [2] , Danilo Mendes Incertii [3] , Valéria M. S. Framil [4] , Victor A. P. Gianvecchio [5], Adriana Franca Araújo Cunha [6], Daniel Romero Muñoz [7] .

[1] Professora colaboradora do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

[2] Professora do Curso de Especialização de Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

[3] Médica pós-graduada em Perícias Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

[4] Professora colaboradora do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

[5] Professor de Medicina Legal e Pericias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

[6] Professora colaboradora do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

[7] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Endereço para correspondência: Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP. Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César. CEP: 01246-903. São Paulo, SP. Telefone: (11) 3061-8407. Email: danimunoz78@gmail.com

INTRODUÇÃO: A condromalácia patelar é definida como a degeneração da cartilagem articular. Nas atividades ocupacionais, são inúmeras as situações ou funções nas quais os trabalhadores se submetem aos fatores que agravam a doença. O presente estudo tem por objetivo analisar os processos julgados no Tribunal de Justiça de São Paulo. **METODOLOGIA:** Estudo retrospectivo com pesquisa aos acórdãos no site do Tribunal de Justiça de São Paulo relacionados à condromalácia patelar e afastamento do trabalho, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2017. **MARCO CONCEITUAL:** O diagnóstico de condromalácia patelar não é fácil, pois tem concomitância à inúmeras doenças, principalmente aquelas que envolvem o sistema musculoesquelético. A doença tem relação direta com movimentos repetitivos de flexão e extensão dos joelhos, deslocamentos através de escadas e a posição dos joelhos mantida em flexão por muito tempo. **RESULTADO:** No ano de 2017, houve 90 acórdãos em decisões de primeira instância, dos quais foram 52,2% (47) do sexo feminino e 47,8% (43) do sexo masculino. Atividades dos trabalhadores: 51,1% não foram informadas; 5,5% (5) auxiliar de limpeza; 4,4% (4) ajudante geral; 4,4% (4) mecânico; 4,4% (4) cozinheira; 3,3% (3) auxiliar de enfermagem; 3,3% (3) auxiliar administrativo; 3,3% (3) auxiliar de produção e outras. Tipos da ação: 58,4% (53) auxílio-acidente; 12,2% (11) auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez; 8,8% (8) aposentadoria por invalidez; 5,5% (5) auxílio-doença; 2,2% (2) auxílio-doença e aposentadoria; 2,2% (2) erro médico; 2,2% (2) medicamento e 2,2% (2) seguro; 1,1% (1) auxílio-doença e 1,1%(1) danos morais. Sem nexo causal: 52,2% (47); 45,6% (41) com nexo-causal; 1,1%(1) com nexo tipo concausa e 1,1% (1) inconclusivo; 55,6% (50) incapacidade parcial e permanente; 36,7% (33) ausência de incapacidade, 5,5% (5) incapacidade total e temporária e 2,2%(2) das ações, a conclusão foi a favor de liberação de medicamento específico. Sentenças do magistrado: 47,8% (43) foram improcedentes; 42,2% (40) procedentes e 10% (9) parcialmente procedentes. **CONCLUSÃO:** A perícia médica foi de grande importância, pois, através de seu conhecimento técnico-científico, trouxe o esclarecimento do nexo causal em relação ao trabalho de uma patologia de difícil diagnóstico.

REFERÊNCIAS:

1. Machado FA, Amorin AA. Condromalácia patelar: aspectos estruturais, moleculares, morfológicos e biomecânicos.Rev Educ Fís. 2005: 130; p29-37.
2. Weelsh PR. Patelofemoral Arthralgia, overuse Syndromes of the Knee and Chondronmalacia patela. Can Fam Phys. 1985; 31: p573-576.

DA CONTRAVENÇÃO PENAL AO CRIME: PERÍCIA MÉDICO-LEGAL E A LEI N.° 13.718/18 (IMPORTUNAÇÃO SEXUAL) NOS TRANSTORNOS PARAFÍLICOS

Luiz Fernando Segura [1]; Carmen S. M. G. Miziara [2]; Daniel Romero Muñhoz [3]

[1] Médico residente em medicina legal e perícias médicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

[2] Professora do Departamento de Medicina legal, ética médica e medicina social e do trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

[3] Professor Titular do departamento de Medicina legal, ética médica e medicina social e do trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Contato: Tel: +55 18 98131-0752
e-mail: luiz.fsegura@hc.fm.usp.br

A violência sexual não se restringe a uma agressão ao corpo, à liberdade e à sexualidade do ser humano, mas também à sua liberdade e à cidadania. Este tipo de perícia traz consigo um significado peculiar e grave pelos fatos que ele encara, pela complexidade das estruturas analisadas e pelo pormenor psicológico que ele carrega (FRANÇA, 2017). A lacuna que existia entre a contravenção penal presente no artigo 61 da Lei de Contravenções Penais (Decreto-Lei 3.688, de 1941) e o crime de estupro, revisto em 2009 (Lei n.°

12.015/09) promovia inadequação na execução penal e punição para o criminoso; assim foi redigida a Lei n.°13.718/18, conhecida como a lei da importunação sexual, que transforma a contravenção penal (que antes tinha punição alternativa) em um crime. Este estudo tem por objetivo oferecer elementos médicos que possam auxiliar os juízes na tomada de decisão quanto à penalidade do agressor, aplicação da absolvição ou condenação pelo crime ao descrever os principais aspectos relativos aos transtornos parafílicos e aos comportamentos atípicos que possam estar associados aos crimes de importunação sexual. Foi realizado levantamento de dados contidos nas leis e literatura médica (DSM-5 e Cid-10) e nas bases de dados (PubMed e Scielo). Os descritores aplicados nas buscas foram: transtornos parafílicos, comportamento sexual, delitos sexuais e sexologia. Os transtornos parafílicos inclusos na discussão foram: transtorno *voyeurista*, transtorno exibicionista, transtorno *frotteurista*, transtorno fetichista, selecionados por serem comuns em comparação com outros transtornos parafílicos e, devido à característica nociva e ao dano potencial a terceiros, são classificadas como delitos criminais. Eles são divididos em dois critérios: o critério A especifica a natureza qualitativa da parafilia e o critério B especifica suas consequências negativas ao portador. A parafilia por si só não necessita de intervenção clínica e é quesito indispensável causar sofrimento ou comprometimento ao indivíduo ou cuja satisfação implicou dano pessoal, ou risco de dano, a outras pessoas para ser considerada transtorno, ao passo que, quando ocorrida na ausência de sofrimento por parte do autor, é denominada interesse sexual pelo ato (DSM V).

REFERÊNCIAS:

1 França GV. Medicina legal. 11ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2017.

2 Brasil. Código Penal. Lei n.º 13.718, de 24 de setembro de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13718.htm. Acesso em: 22 maio 2019.

3 Nucci GS. Código Penal Comentado. 16 ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; 2016.

4 Lucena BB, Abdo CHN. Transtorno parafílico: o que mudou com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5a edição (DSM-5). Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diagn Tratam. 2014; 19(2): p94-96.

5 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V®. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

DEMANDAS JUDICIAIS RELACIONADAS À SAUDE DOS TRABALHADORES EM INDÚSTRIA DO SETOR SUCROENÉRGÉTICO

Daniele Pimentel Maciel [1], Daniele Muñoz Gianvecchio [2], José Henrique Setta [3], Victor A. P. Gianvecchio [4], Márcio Antonio da Silva [5], Valéria M. S. Framil [6], Daniel Romero Muñoz [7].

[1] Professora Colaboradora do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[2] Professora do Curso de Especialização de Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[3] Médico pós-graduado em Perícias Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[4] Professor de Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[5] Professor Colaborador do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[6] Professora Colaboradora do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[7] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Contato: Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP. Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César. CEP: 01246-903. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3061-8407. e-mail: danimunoz78@gmail.com

INTRODUÇÃO: Nos dias de hoje, o setor sucroalcooleiro brasileiro concentrado nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste geram aproximadamente 950 mil empregos formais diretos. O presente estudo tem por objetivo analisar os dados dos processos movidos contra o setor sucroalcooleiro na região de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo, e conhecer as características das demandas judiciais **METODOLOGIA:** Os processos judiciais foram fornecidos pelo Departamento Jurídico da empresa do setor sucroalcooleiro estudada e analisadas as principais queixas. **MARCO CONCEITUAL:** O Brasil é o maior produtor e exportador mundial de açúcar e o segundo maior produtor de etanol do mundo. A vasta gama de riscos a que os trabalhadores estão expostos na atividade sucroalcooleira proporciona um cenário de acidentes de trabalho e afastamentos relativos ao setor. **RESULTADOS:** Foram avaliados 32 processos judiciais no ano de 2017. Motivos para indenização: doença ocupacional, doença do trabalho, estabilidade, acidente de trabalho, nulidade da demissão e seguro de vida por invalidez permanente. As atividades: 28,2% (9) trabalhador rural; 15,6% (5) mecânico; 15,6% (5)

operador de máquinas; 9,4% (3) lubrificador automotivo; 6,3%(2) motorista; 6,3% (2) caldeireiro e as demais cada uma com 3,1% (1) técnico de laboratório, operador de processos, operador de produção, supervisor de produção e auxiliar de serviços gerais. As doenças: 62,5% (20) patologias da coluna vertebral (lombar e cervical); 28,1%(9) tendinite e bursite de ombros; 25% (8) traumatismo crânio encefálico; 6,25% (2) perda auditiva pelo ruído (PAIR) e 12% (4) eventos não classificados. Os tipos de afastamentos: 44,4% (8) B91; 33,3% (6) B31 e 22,3% (4) B32. Com relação à incapacidade, as sentenças concluíram: 53% (17) não apresentaram incapacidades; 47% (15) com incapacidade, onde 46,7% (7) do tipo parcial e permanente, 33,3% (5) total e permanente, 13,3% (2) total e temporária e 6,7% (1) parcial temporária. O nexo causal não foi encontrado em 38% (12); 31% (10) foi estabelecido o nexo causal e 31% (10) concausal. **CONCLUSÃO:** A maioria das perícias médicas concluiu que as doenças/acidentes descritos nas ações tem nexo de causa ou concausa com o trabalho.

REFERÊNCIAS:

1. Chale FEC. Perfil de acidentes de trabalho em uma indústria sucroalcooleira em Minas Gerais. Tese (Mestrado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
2. Ceccato ADF, Carvalho Jr LCS, Cuissi RC, Monteschi M, Oliveira NG, Padovani CR, et al. Absenteísmo por doença ocupacional de trabalhadores rurais no setor canavieiro. Cad. Saúde Púb. 2014;30(10): p2169-2176.

DIABETES MELLITUS: FUNDAMENTAÇÃO MÉDICO-PERICIAL DAS PRINCIPAIS QUESTÕES LITIGIOSAS

Daniele Pimentel Maciel [1], Daniele Muñoz Gianvecchio [2], Christina de Lima Takenawa Netto [3], Carlos Eduardo Netto [4], Victor A. P. Gianvecchio [5], Valéria M. S. Framil [6], Daniel Romero Muñoz [7]

[1] Professora Colaboradora do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[2] Professora do Curso de Especialização de Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[3] Médica pós-graduada em Perícias Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[4] Médica pós-graduada em Perícias Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[5] Professor de Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[6] Professora Colaboradora do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
[7] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Contato: Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP. Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César. CEP: 01246-903. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3061-8407. Email: danimunoz78@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) está entre as patologias incapacitantes com evidências de crescente prevalência em todos os países, independentemente do grau de desenvolvimento. O presente estudo tem por objetivo analisar os dados do site do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) em relação à Diabetes Mellitus e aposentadoria por invalidez no período entre 2008 a 2018 e verificar o nexo causal. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo e retrospectivo através de revisão de literatura e levantamento de processos cíveis julgados em 1º grau pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) em relação à Diabetes Mellitus, incapacidade laboral e aposentadoria por invalidez no período entre 2008 a 2018. **MARCO CONCEITUAL:** Os termos da Lei nº 8.213/91 apresentam os requisitos exigidos para a concessão dos principais benefícios previdenciários pleiteados na justiça, como a aposentadoria por invalidez e o auxílio doença. **RESULTADO:** Foram encontradas 26 ações judiciais em primeira instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo relacionadas à incapacidade laboral e aposentadoria por Diabetes Mellitus. A distribuição em relação ao sexo foi de 61,53% (16) feminino e 38,46% (10) masculino. Quanto à ocupação, observou-se que, na sua maioria, 57,7% (15) não tinham descrição e as demais com 15,38% (4) serviços gerais; 7,69% (2) aposentados e 3,84% (1) pintor e 3,84% (1) para doméstica. As sentenças dos magistrados foram 50% (13) procedentes e 50% (13) improcedentes. Todas em concordância com o laudo médico-pericial, exceto em dois casos onde houve discordância entre a conclusão pericial e a sentença judicial, devido à falta de qualidade de segurado e à ausência de nexo causal. Dentre as ações procedentes, apenas uma teve nexo causal, por acometimento de órgãos-alvos pela DM (retinopatia e nefropatia), as demais foram determinadas concausa. As comorbidades mais frequentes foram: HAS, distúrbios microvasculares e macrovasculares, retinopatia, neuropatia, nefropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. Em uma ação houve desaposentadoria. **CONCLUSÃO:** As ações litigiosas referentes ao DM e suas complicações foram consideradas procedentes em apenas 50% dos casos. Na sua maioria, o laudo médico pericial apontou concausa e em um caso foi determinado nexo-causal e a Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS:

1- Costa CBAM, Araújo RPC. Benefícios por incapacidade e assistenciais concedidos por diabetes mellitus em Salvador, Bahia, Brasil - 2009/2010. Rev Ciênc Méd Biológ. 2011;10: p213-222.

2- Gregg EW, Sattar N, Ali MK. The changing face of diabetes complications. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016;4(6): p537-547.

DIFICULDADES NA ACURÁCIA DA *CAUSA MORTIS* EM NECRÓPSIAS DE CADÁVERES EM DECOMPOSIÇÃO

Aimée Christine Alcântara Ribeiro Szönyi Porto[1], Carmen Silvia Molleis Galego Miziara[2], Daniele Muñoz Gianvecchio[3], Ivan Dieb Miziara[4], Daniel Romero Muñoz[5]

[1] Médica Residente de Medicina Legal e Perícia Médica do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
[2] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.
[3] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.
[4] Professor associado do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.
[5] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.

INTRODUÇÃO: Após a morte somática, dá-se início o processo de destruição gradual dos tecidos que sofrem interferências intrínsecas, próprios da constituição anatômica e possíveis comorbidades existentes em vida, e extrínsecas, que compõem o ambiente onde o cadáver permaneceu. Dentre os fenômenos transformativos, a putrefação dá início ao processo destrutivo. Desse modo, torna-se árdua a diagnose da *causa mortis* quando nos defrontamos com um cadáver em avançado estado de putrefação. O **OBJETIVO** deste estudo foi descrever as principais dificuldades na determinação da causa *mortis* em corpos em estado de putrefação e as novas possibilidades diagnósticas. **MÉTODO**: Estudo descritivo por meio de revisão de literatura na base de dados PubMed. Os descritores empregados foram *putrefied* e *cadaveric putrefaction.* **MARCO CONCEITUAL**: A partir dos conhecimentos atuais, é possível aplicar ferramentas que auxiliem a minimizar os problemas advindos da decomposição para a diagnose da *causa mortis*. **RESULTADOS**: Durante a putrefação, ocorre fermentação por micro-organismos com formação de etanol. Seu metabólito direto, o etil-glicuronídeo (EtG), é produzido em vida no retículo endoplasmático dos hepatócitos, e pode ser utilizado para diferenciar a produção *post mortem* de etanol. O acetaldeído e o n-propanol são marcadores produzidos no processo de putrefação. Entretanto, em estados avançados de putrefação, é recomendável a dosagem de drogas e/ou fármacos em amostra de humor vítreo, mais resistente à putrefação (1), ou análise microscópica de tecido encefálico. A detecção de proteína precursora de beta-amiloide (β-APP) por imunocitoquímica pode indicar lesão traumática e guiar o diagnóstico de demência de Alzheimer (2). A avaliação do corpo em exames de imagem pode ser de grande auxílio para elucidar questões envolvidas na causa da morte. Com o *multidetector computed tomography* (MDCT) pode-se observar o *livor mortis*, porém, há dificuldades em diferenciar o livor de contusões e equimoses produzidas em vida, o livor na vasculatura pode ser confundido com trombose. O livor nos pulmões também pode ser confundido com consolidação; deve-se avaliar cuidadosamente a distribuição, o contorno e anormalidades adjacentes para a diferenciação (3). Em relação às mudanças externas do corpo, incisões cirúrgicas podem sofrer ação dos gases da putrefação e romper. Elas podem ser diferenciadas de lesões fatais devido à sua morfologia de bordas limpas, similares e sem hemorragia significativa, com preservação de órgãos e vasos vitais, além da possibilidade de haver ainda material de sutura nos planos mais profundos (4). **CONCLUSÃO**: Diante da grande dificuldade em determinar a causa da morte em cadáver putrefeito, novos métodos (microscopia, toxicologia e imagem) podem auxiliar a análise macroscópica do médico legista. Ao final, *mors omnia solvit* – a morte dissolve tudo.

Palavras chave: Putrefação; Cadáver Putrefeito, Causa *Mortis*.

REFERÊNCIAS:

1. Vezzoli S, Bernini M, Ferrari FD. Ethyl glucuronide in vitreous humor and blood postmortem specimens: analysis by liquid chromatography – electrospray tandem mass spectrometry and interpreting results of neo-ormation of etanol. Ann. dell'Istit. Super. Sanità. Roma, 2015:51(1); p19-27.
2. Mackenzie j. m. examining the decomposed brain. Amer J For Med Pathol. 2014:35(4); p265-270.

EPISIOTOMIA: PRÁTICA USUAL OU DANO DESNECESSÁRIO?

Emílio Z. Ferro[1]; Caroline M. Daitx[2]; Viviam P. L. Spina[3]; Elcio R. da Silva[4];

[1],[2] Médico residente em Medicina Legal e Perícia Médica do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
[3] Médica Perita do Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo.
[4] Médico Perito do Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo.
Contato: Rua Barra Funda 824, Barra Funda.
Telefone: 11-9959 99133.
E-mail:caroline.daitx@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO: A obstetrícia é uma das especialidades médicas com mais demandas judicialmente, sendo comuns as alegações de alterações morfofuncionais e estéticas

relacionadas à episiotomia. **METODOLOGIA**: Revisão bibliográfica não sistemática. **MARCO CONCEITUAL**: Questiona-se se os danos são advindos de complicações dentro da prática usual obstétrica ou se foram danos desnecessários, previsíveis e evitáveis. **RESULTADOS**: A episiotomia é definida como o alargamento do períneo, realizada por incisão cirúrgica durante o parto vaginal. A incisão pode ser lateral, médio-lateral e mediana. A lateral é contraindicada por causar extensas lesões do músculo elevador do ânus. A mediana, usada pela escola americana com menor associação de dor e dispareunia, todavia, está mais relacionada com as lacerações perineais do 3º e 4º graus. A médio-lateral é a técnica usual na América Latina e Europa. Todas as técnicas podem evoluir com complicações imediatas: rotura perineal, infecção, hematoma, deiscência, lesão do nervo pudendo e fasceíte necrotizante; e complicações tardias: dispareunia, fístula retovaginal e incontinência fecal. Durante muitos anos, essa prática obstétrica foi difundida pelas principais escolas médicas. Nos últimos anos, revisões sistemáticas evidenciaram não haver base científica para a manutenção dessa prática de rotina. Foram descritos como indicações obstétricas da episiotomia: prematuridade, primiparidade, sofrimento fetal, macrossomia, distócia de ombro, parto com fórceps, períneo curto, episiotomia anterior, baixa elasticidade perineal, exaustão materna, variedade de posição occiptossacra, falta de colaboração materna, trabalho de parto com progressão não suficiente, risco de laceração do períneo e necessidade de abreviação do trabalho de parto. A Organização Mundial de Saúde recomenda o procedimento em situações como sofrimento fetal, progresso insuficiente do parto e lesão iminente de 3º grau de períneo. **CONCLUSÕES**: Considerando a indicação seletiva da episiotomia, a análise pericial deverá averiguar a adequada indicação do procedimento dentro das boas práticas obstétricas e apurar danos relativos à pessoa, expondo ao juiz se estes foram complicações ou danos previsíveis e evitáveis.

REFERÊNCIAS:

1. Spina VPL, Sá EC. Perfil das demandas judiciais cíveis por erro médico em Ginecologia e Obstetrícia no Estado de São Paulo. Saúde Ética Just. 2015:20(1): p15-20.
2. Carvalho CCM, Souza ASR Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. Femina. 2010:38(5).
3. Borges B, Serrano F, Pereira F. Episotomia: uso generalizado versus selectivo. Acta Méd Port 2003:16(6); p 447-454.
4. Rimolo ML. Critérios para realização da episiotomia: uma revisão integrativa. TCC [internet]. Porto Alegre: Rimolo ML. Critérios para realização da episiotomia: uma revisão integrativa; 2011. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/35932

ESTIMATIVA DA IDADE CRONOLÓGICA *POST MORTEM*: RECENTES AVANÇOS METODOLÓGICOS

Fernanda Sobral Scaramussa [1]; Carmen Silva M Galego Miziara [2]; Daniele Muñoz Gianvecchio [2]; Ivan Miziara [3]; Daniel Romero Munoz [4]

[1] Residente de Medicina Legal e Perícia Médica da Universidade de São Paulo.

[2] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.

[3] Professor Associado do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Universidade de São Paulo.

[4] Professor titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Universidade de São Paulo.

Contato: nandascaramussa@gmail.com

INTRODUÇÃO: A identificação humana é um dos grandes focos da antropologia forense, incluindo a determinação da idade de corpos ou restos humanos desconhecidos. Grande parte dos métodos tradicionais aplicados com essa finalidade são imprecisos, portanto, o desenvolvimento e o conhecimento de novas técnicas são de fundamental importância. Este estudo objetivou fornecer dados atualizados versando sobre métodos de identificação humana relativos à estimativa de idade cronológica. **MÉTODO:** Estudo descritivo por meio de revisão bibliográfica dos últimos cinco anos. As bases de dados utilizadas foram: Pubmed e Google Acadêmico. Os descritores empregados foram: determinação da idade pelo esqueleto/age determination by skeleton; antropologia forense/forensic anthropology; autopsia/autopsy; idade/age; cronologia/chronology. Critérios de inclusão: Artigos obtidos na íntegra. **MARCO CONCEITUAL:** Artigos de atualização sobre novos métodos de determinação da idade aplicados à medicina legal. **RESULTADOS:** Análises por imagem de alta resolução: ressonância magnética e tomografia computadorizada *multislices.* Estudos mostram que a análise da epífise média da clavícula, sínfise púbica, suturas cranianas, esterno, acetábulo, seios da face, elementos dentários, etc. (1) são estruturas que permitem a estimativa da idade da pessoa com ampla segurança. Exame anatômico de estruturas dentárias, tais como das articulações, determinação das densidades minerais ósseas dos terceiros molares, histologia da câmara pulpar e da raiz dos molares mandibulares são métodos eficazes. Biologia molecular: análise de radiocarbono de tecidos moles incluindo os em estado de degeneração – baseado na remodelação de tecidos humanos, podendo ser aplicado em cristalino ou em esmalte dentário, entre outros (2). Análise da racemização do ácido aspártico (formas L e D) em dentina do terceiro molar – considerada de alta acurácia na determinação da idade cronológica, sendo os dentes (3). Aplicação da biologia molecular em genomas humanos (metilação do DNA), dosagem dos marcadores biológicos, acúmulo de chumbo, encurtamento de telômeros e, por fim, as mutações mitocondriais são novos métodos

descritos (2,3). **DISCUSSÃO:** Com o avançar da idade, processos naturais alteram células e tecidos, sendo caracterizados por modificações moleculares ou por acúmulo de produtos. Dessa forma, a aplicação de métodos moleculares poderão auxiliar de forma contundente a investigação forense quando a determinação da idade cronológica humana é necessária. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora muitos métodos de investigações antropológicas para a determinação da idade no campo forense estejam em pleno desenvolvimento no mundo, as limitações de suas aplicações se baseiam, sobretudo, em baixo aprimoramento técnico disponível para a prática médica no Brasil. No entanto, isso não impede que os médicos obtenham conhecimento delas.

REFERÊNCIAS:

1. Dedouit F, SaintMartin P, Mokrane FZ, Savall F, Rousseau H, Crubézy E et al. Virtual anthropology: useful radiological tools for age assessment in clinical forensic medicine and thanatology. Radiol Med. 2015:120; p874-886. doi:10.1007/s11547-015-0525.
2. Ubelaker DH, Khosrowshahi, H. Estimation of age in forensic anthropology: historical perspective and recent methodological advances. Forens Scienc Res. 2019:4(1); p1-9. doi:10.1080/20961790.2018.154971.
3. Chen S, Lv Y, Wang D, Yu X. Aspartic acid racemization in dentin of the third molar for age estimation of the Chaoshan population in South China. Forens Scienc Intern. 2016: 266; p234-238.doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.06.010
4. Giuliani C, Cilli E, Bacalini MG, Pirazzini C, Sazzini M, Gruppioni G et al. Inferring chronologica age from DNA methylation patterns of human teeth. Am J Phys Anthrop. 2016:159(4); p585-595. doi:10.1002/ajpa.2292.

ESTRANGULAMENTO HOMICIDA SIMULANDO ENFORCAMENTO SUICIDA: RELATO DE CASO

Karla Simone de Avelar Rocha [1]; Carmen Silvia Molleis Galego Miziara [2]; Daniele Muñoz Gianvecchio [3]; Ivan Dieb Miziara [4], Daniel Romero Muñoz [5].

[1] Médica Residente de Medicina Legal e Perícia Médica do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
[2] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.
[3] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.
[4] Professor associado do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.
[5] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.
Contato: Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP. LIM-40. Av. Dr. Arnaldo, 455 – Cerqueira César. CEP: 01246-903. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3061-8407. Email: preceptoria_iof@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: Morte por asfixia ocasionada por constrição cervical e sua correlação com a causa jurídica é uma demanda comum na prática médico-legal. A autópsia acautelada é instrumento de grande importância nesses casos para diferenciar enforcamento de estrangulamento. **OBJETIVO**: Mostrar os principais aspectos que auxiliam na diferenciação de lesões cervicais causadas por enforcamento e estrangulamento. **MÉTODO**: Relato de caso: mulher de 34 anos de idade é encontrada morta sentada no sofá com um fio enrolado no pescoço, e uma das extremidades presa à janela. O exame externo mostrou sulco transverso ao maior eixo do pescoço, na transição do terço médio para o superior, contínuo e com profundidade constante, congestão cervicofacial e de conjuntivas orbiculares, edema palpebral, cianose facial, petéquias em face e em mucosas palpebrais, equimoses de idades diferentes e escoriações nas mãos. Ao exame interno da região cervical observou-se infiltrado hemático em terço médio da musculatura, laringe e adventícia da carótida esquerda; sem fraturas ósseas. Ao exame toxicológico, constatou-se alcoolemia (3,2g/L) e benzoilecgonina. **MARCO CONCEITUAL**: A diferenciação entre as lesões cervicais causadas por homicídio ou suicídio nem sempre é fácil. Portanto, a revisão do tema é de grande interesse. **DISCUSSÃO**: Os achados necroscópicos foram determinantes para a conclusão, pois a autoridade policial tem como primeiro entendimento da ocorrência um suicídio. As características do sulco cervical, as lesões corporais em diferentes fases de consolidação e o elevado nível de alcoolemia, confirmaram a tese de homicídio. Enforcamento e estrangulamento são asfixias mecânicas. No primeiro caso, o peso da vítima é a força ativa e, no segundo, é uma força diversa. O enforcamento é frequente em suicídios, mas é preciso excluir acidente ou homicídio. O sulco é normalmente único e oblíquo com relação ao eixo do pescoço, situa-se entre a borda superior da laringe e o osso hioide, e essas estruturas frequentemente estão fraturadas. É raro encontrar focos de hemorragia. O estrangulamento é frequente em homicídios, e o sulco se situa na topografia da laringe, sua direção é em geral horizontal e sem interrupções. **CONCLUSÃO**: A análise detalhada das características da região cervical, em associação com outros vestígios no corpo da vítima, podem elucidar fatos em que a cena do crime foi dolosamente alterada.

REFERÊNCIAS:

França GV. Medicina Legal. 9ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
Saukko P, Knight B. Fatal pressure on the neck. In: Knight's Forensic Pathology. 3.ed. London: CRC; 2004.

ESTUPRO DE VULNERÁVEL: GRAVE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS DE DIFÍCIL COMPROVAÇÃO

Luan Salguero de Aguiar [1]; Rachel Gomes Perizzotto [2]; Mahara Nonato Barbosa [3]; Camila Fernandes Romeiro [4]; Carmen Sílvia Molleis Galego Miziara [5]; Ivan Dieb Miziara [6].

[1] Discente do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC, email:luan.salguero@hotmail.com
[2] Discente do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC, email: raquel.parizzotto@gmail.com
[3] Discente do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC, email: mbn01@hotmail.com
[4] Discente do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC, email: cfromeiro@hotmail.com
[5] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP, email: carmen.miziara@hc.fm.usp.br
[6] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP, email: ivanmiziara@gmail.com

INTRODUÇÃO: A violência sexual é problema de Saúde Pública mundial e uma violação dos direitos humanos. Pelo Código Penal, estupro de vulnerável é "ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos ou com pessoa com enfermidade ou deficiência mental, sem discernimento para a prática do ato, ou que não possa oferecer resistência". A comprovação do crime é dificultosa, pois as provas inequívocas nem sempre são identificadas. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever a frequência de confirmação de estupro em indivíduos menores de 14 anos atendidos nos IMLs do Estado de São Paulo. **MÉTODOS**: Levantamento de dados do IML de vítimas alegando estupro em 2017, com análises feitas no *software* SPSS. **MARCO CONCEITUAL**: O estupro de vulnerável é um crime de difícil comprovação por meio de exame sexológico. **RESULTADOS**: Foram avaliados 6.429 laudos de alegada conjunção carnal, a idade média das vítimas era de 8 anos. A violência atinge meninos em idade mais jovens que as meninas (p=0,010). A comprovação do estupro por rotura himenial ocorreu em 12% dos casos, com 89% dos laudos descrevendo lesão corporal sem informação sobre a condição mental da vítima. A comprovação de ato libidinoso ocorreu em 4,5%, com presença de lesão anal, em 86% dos casos sem descrição de lesões corporais e 89% sem informações sobre a condição mental da vítima. **CONCLUSÃO**: A comprovação médica do estupro é difícil, pois muitas crianças são atendidas após longo prazo da agressão e, em muitos casos, os achados não sobrepõem outras condições clínicas possíveis. Nas meninas, a rotura himenial, gravidez ou presença de sêmen são sinais inequívocos. Muitos atos libidinosos, diversos da conjunção carnal, não são identificados por exame médico-legal, na maioria dos casos. Nas crianças de ambos os sexos, as lesões anais não comprovam violência, porque condições clínicas mimetizam o abuso, restando apenas a presença de espermatozoide como prova do delito. Assim, a maioria dos exames sexológicos não conseguem estabelecer nexo direto com o alegado.

REFERÊNCIAS:

1.Ballone GJ, Ortolani IV, Moura EC. Violência Doméstica. PsiqWeb. 2008.
2. Cunha EP, Silva EM, Giovanetti AC. Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG; 2008.

EXPERIÊNCIAS DE PREVENCÃO DO ESTELIONATO PREVIDENCIÁRIO

João Nicolle Tupiná Nogueira; Alan Francisco Carvalho Pereira; Renato José Leal De Morais; Maria Conceição Leal; Josue Leite De Lima Junior.

A presente pesquisa discute possibilidades de combate ao estelionato previdenciário por meio da mudança do processo de comunicação de óbito de contribuintes. Em caso de falecimento do trabalhador, os cartórios precisam comunicar o óbito à Previdência Social para que o pagamento seja interrompido e os dependentes possam solicitar o recebimento de pensão. Entretanto, muitos cartórios se esquecem de realizar o procedimento de comunicação ao INSS e alguns contribuem com a realização de fraudes nas quais o pagamento continua sendo depositado mesmo após a morte do contribuinte. Trata-se de crime de estelionato previdenciário, caracterizado no artigo 171 do Código Penal Brasileiro e passível de punição de até 5 anos em reclusão. Mesmo com a construção de mecanismos de combate a fraudes, o estelionato previdenciário gera um ônus significativo para os cofres públicos e a sociedade, fazendo emergir a problemática: Quais ações podem ser tomadas no sentido de reduzir o ônus gerado pelo estelionato previdenciário no Brasil? Nesse contexto, o objetivo geral é discutir estratégias de combate a fraudes previdenciárias no Brasil. Os objetivos específicos são caracterizar o regime previdenciário brasileiro e sua construção histórica, analisar os dados de pagamento indevido na Gerência Executiva de Juazeiro-BA, no período de 2012 a 2017, e propor uma estratégia para a redução dos casos de estelionato previdenciário no âmbito da previdência social. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental, buscando contextualizar a problemática e a construção de soluções. A pesquisa bibliográfica buscou fontes teóricas e revisões de literatura focadas nos impactos do estelionato previdenciário na sociedade. A pesquisa documental analisou a legislação e o processo de concessão do benefício previdenciário e a

cessação do benefício em consequência do óbito, bem como os dados disponíveis a respeito do ônus do estelionato previdenciário para o Estado. Ao final, propõe-se a modificação do processo de comunicação de óbito às instituições previdenciárias para um modelo no qual ela seja realizada no momento de elaboração da declaração de óbito pelo médico.

Palavras-chave: Estelionato previdenciário. Perícia Médica. Intervenção.

REFERÊNCIAS:

1.Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213compilado.htm.

2.Castro CAP, Lazzari JB. Manual de Direito Previdenciário. 11ed. São José: Conceito; 2009.

3. Campos MBLB. Regime próprio de previdência social dos servidores públicos. 4ed. Curitiba: Juruá; 2013.

4. Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC; 2002.

EXTRUSÃO DISCAL E AFASTAMENTO LABORAL RELATO DE CASO

Alessandra Avelino Diniz Gonzaga [2]; Giovanna Belfort Nogueira de Carvalho [1]; Jeferson Alves Vieira [4]; Lorenna Raysse de Macedo Barbosa [1]; Maria Tereza Teixeira Nóbrega [1]; Rivaldo Medeiros Filho [3];

[1] Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande-PB.
[2] Docente/Orientador – Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM-CG).
[3] Radiologista
[4] Perito Médico Federal

INTRODUÇÃO: A hérnia discal extrusa decorre do extravasamento do núcleo pulposo dos discos intervertebrais. É um problema grave de saúde mundial devido à incapacidade gerada. Ocorre frequentemente nos discos L4-L5 e L5-S1. Estima-se uma prevalência de 4,8% em homens e 2,5% em mulheres maiores de 35 anos. **OBJETIVOS**: Relatar o caso de um trabalhador com extrusão discal lombar, tendo afastamento laboral inferior a uma semana, discutindo aspectos clínicos da patologia. **METODOLOGIA:** Utilizando livros de domínio da Neurologia e Ortopedia, bem como bases de pesquisa UptoDate e Scielo. **RELATO**: VGB, 38 anos, sexo masculino, repositor de hortifrúti. Relata em 21/6/2018, durante exame pericial, episódio de dor lombar em 2015. RNM, em 24/9/2015, retratando extrusão discal póstero-lateral direita em L5-S1, comprimindo a face ventral e lateral direita do saco dural com obliteração do recesso lateral direito estabelecendo contato e desvio posterior da raiz descendente direita de S1. Afastado do trabalho durante três dias, em tratamento conservador, logo retornou para a mesma função, sem novos afastamentos. **RESULTADOS**: A literatura descreve casos de resolução espontânea da hérnia discal lombar inclusive na radiculopatia grave. A dor geralmente reduz em 4-6 semanas, enquanto a reabsorção leva 4-9 meses. Extrusões discais ocasionam maior comprometimento clínico do componente inflamatório devido à compressão mecânica da raiz nervosa, causando isquemia e fenômenos que sensibilizam a membrana à dor, sendo responsável por afastamentos laborais e, por vezes, readaptação profissional. No caso, a extrusão se localizava na região discal mais frequente (L5-S1), contudo, a resolução dos sintomas não ocorre em 4-6 semanas, mas em 3 dias; sem recorrência nem comprovação de piora por três anos seguidos, apesar de ocupar a mesma função laboral. **CONCLUSÃO**: Há possibilidade de reabsorção espontânea de hérnia de disco lombar mesmo em grandes extrusões e nem sempre o tratamento cirúrgico e o afastamento laboral serão necessários.

Palavras-chave: Hérnia discal, Extrusão de disco, Regressão espontânea, Discopatia lombar, Lombalgia.

REFERÊNCIAS:

1. Fardon DF, Williams AL, Dohring EJ, Murtagh FR, Rothman SLG, Sze GK. Lumbar disc nomenclature: version 2.0: Recommendations of the combined task forces of the North American Spine Society, the American Society of Spine Radiology and the American Society of Neuroradiology. Spine J. 2014:14; p.2525-2545. Available from:https://www.thespinejournalonline.com/article/S1529-9430(14)00409-4/fulltext.

2- Levin K, Philip S, Armon C. Acute lumbosacral radiculopathy: Treatment and prognosis. UpToDate; 2017. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-lumbosacral-radiculopathy-treatment-and-prognosis

3- Nascimento PRC, Costa LOP. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Púb. 2015:31(6); p1141-1156. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601141&lng=en&nrm=iso. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046114.

4- Silva CE, Freitas PEP, Fernandes MV, Gomes MF, Spassim A, Mesquita Jr. AS., et al. Disc Herniation with Spontaneous Reabsorption. Arq Bras Neurocir. 2016:35(1); p70-73.

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS NÃO PSICÓTICOS EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Cinthia Emy Endo Amemiya [1], Luan Salguero de Aguiar [1]; Beatriz Fernandes Diogo Alves [1], Carmen Sílvia Molleis Galego Miziara [2], Mário Ivo Serinolli [3], Ivan Dieb Miziara [4].

[1] Discentes do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – email: luan.salguero@hotmail.com
[2] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.
[3] Professor auxiliar da disciplina de Medicina Legal e Perícia Médica na Universidade Nove de Julho – Vergueiro SP (UNINOVE).
[4] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.

INTRODUÇÃO: Violência contra mulher causada por parceiro íntimo (VPI) é considerada grave problema de Saúde Pública por sua elevada frequência e morbimortalidade, por implicar transtornos psicossociais que repercutem negativamente na produtividade global das vítimas. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever as consequências mentais e a produtividade de mulheres vítimas de VPI. **MÉTODO**: Estudo descritivo transversal através da aplicação de questionários validados a mulheres vítimas de VPI e ao grupo controle que avaliam produtividade no trabalho e na vida diária, transtornos mentais não psicóticos, sociodemografia e tipo de violência. **MARCO CONCEITUAL**: VPI é fator de risco para o desenvolvimento de doença mental não psicótica e redução da capacidade de realização de atividades laborais e da vida diária. **RESULTADOS**: Foram selecionadas 43 mulheres do grupo de estudo e 40 do grupo controle. Não houve diferenças entre os grupos em relação a: idade (p=0,051); cor da pele autodeclarada (p=0,316); escolaridade (p=0,212); ganho salarial (p=0,052) e abortamento (p=0,096). Houve diferenças: classificação socioeconômica (p<0,001); gestações (p=0,0013); partos (p=0,004); filhos (p=0,0009) e dependentes (p=0,0372). Cor da pele não foi fator de risco para VPI (p=0,286), mas para transtorno mental naquelas VPI (p=0,016), com chance 4,25 vezes (OR) maior naquelas não brancas. Violência psicológica foi declarada em todas os relatos, isolada (22,2%) ou associada a outras formas de violência. VPI aumenta em 12,64 vezes a chance (OR) de transtorno mental em comparação ao grupo controle (p=0,002); VPI limita tanto a quantidade quanto a capacidade de realização de atividades regulares diárias e no trabalho remunerado (p=0,001). A ocupação profissional reduz a chance de ter doença mental em 0,23 vezes (OR) (p = 0,033) e o trabalho remunerado reduz essa chance nos grupos VPI e controle (p=0,012). **CONCLUSÃO**: Agressões psicológicas são as formas mais aplicadas pelo agressor, influenciando negativamente a autoestima das mulheres e limitando que elas se desvencilhem do agressor, assim como as doenças mentais podem ser decorrentes dos abusos. Mulheres com filhos e sem trabalho remunerado se mostram mais vulneráveis ao agressor. Assim, o trabalho remunerado reduz a chance de transtornos mentais, dando às mulheres maior autonomia.

REFERÊNCIAS:

1- Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Washington: OMS; 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf
2- Schraiber LB, Latorre MR, França I Jr, Segri NJ, D'Oliveira AF. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. Rev Saude Publica. 2010 Aug: 44(4); p658-66. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009.
3- d'Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. Rev Saúde Púb. 2009:43(2); p299-311. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200011&lng=en&tlng=pt.
4- Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-T.* Cad Saúde Púb. 2008:24(2); p380-390. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017

ICTIOFAUNA CADAVÉRICA DO RIO MADEIRA E SEUS AFLUENTES, NA AMAZÔNIA BRASILEIRA DESMISTIFICANDO A LENDA DAS "PIRANHAS DEVORADORAS DE HOMENS"

Murilo Sérgio Valente-Aguiar [1 2], Ana Cecília Guedes Pereira Falcão [3], Genival Queiroga Junior [2], Ricardo Jorge Dinis-Oliveira [1 4 5]

[1] Department of Public Health and Forensic Sciences, and Medical Education, Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal.
[2] Legal Medical Institute of Porto Velho, Civil Police of the State of Rondônia, Brazil.
[3] Medicine Student of Faculdades Integradas Aparício de Carvalho - FIMCA, Porto Velho-RO, Brazil.
[4] IINFACTS – Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies, Department of Sciences, University Institute of Health Sciences (IUCS), CESPU, CRL, Gandra, Portugal.
[5] UCIBIO-REQUIMTE, Laboratory of Toxicology, Department of Biological Sciences, Faculty of Pharmacy, University of Porto, Porto, Portugal.
E-mail: medicolegista-murilo@valente-aguiar.med.br; ricardinis@med.up.pt

INTRODUÇÃO: Os legistas da Amazônia periciam corpos afogados, resgatados dos rios da bacia amazônica, que apresentam um percentual considerável de lesões produzidas pela ação da ictiofauna cadavérica e reconhecem

o “Candiru” como o peixe responsável por tais lesões. Fora da Amazônia, a espécie citada como a responsável são as “piranhas”. Este trabalho tem a finalidade de apresentar e diferenciar as espécies de peixes responsáveis pelo maior número de ataques a cadáveres na região de Porto Velho-RO, no Brasil, e descrever as estratégias alimentares e os tipos de lesões causadas por cada uma das espécies, bem como desmistificar a lenda da “piranha devoradora de homens”. **METODOLOGIA**: Estudo retrospectivo baseado na análise dos laudos de autópsia forense, elaborados no Instituto de Medicina Legal de Porto Velho-RO, Brasil (IML/RO), entre 1º de janeiro 2014 e 31 de dezembro de 2018, tendo como critério de inclusão o afogamento. Foi realizada uma revisão bibliográfica de estudos relacionados à ictiofauna local de peixes detritívoros, além de consulta a pesquisadores de ictiofauna e de populações ribeirinhas para verificar o *status* do conhecimento sobre a participação dessas espécies nos ataques a cadáveres. **RESULTADOS**: No período analisado, foram realizadas 100 autópsias forenses no IML/RO em corpos afogados. Todos os casos de ataques da ictiofauna ocorreram em reservatórios hídricos naturais, representando 21% das autópsias. Peixes de duas famílias distintas foram identificados como os responsáveis pela ação necrófaga: Família Cetopsidae (*Cetopsis candiru* e *Cetopsis coecutiens*) e Família Pimelodidae (*Calophysus macropterus*) (1). A outra espécie que os nativos da Amazônia também denominam de Candiru é um peixe pequeno e transparente, que pertence à família dos Tricomicterídeos, sendo a espécie mais conhecida no Brasil a *Vandellia cirrhosa*. Por serem hematófagos e se alimentarem de sangue das brânquias de peixes maiores, são conhecidos como “peixes-vampiros” (2), porém estes não participam da destruição dos corpos. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**: Um grupo extenso de peixes da bacia amazônica são onívoros e eventualmente se alimentam de carcaças. Peixes de duas famílias distintas foram identificados como os responsáveis pela ação necrófaga nos corpos submersos nas águas do rio Madeira: Família Cetopsidae (“Candiru e Candiru-açu”) e Família Pimelodidae (“Piracatinga”). As piranhas se alimentam de peixes vivos, doentes ou sangrando e, raramente, comem carniça e, quando comem, é por serem carnívoros oportunistas. Os corpos afogados que apresentam ação da ictiofauna têm essa ação erroneamente atribuída às piranhas. O corpo humano não faz parte do cardápio das piranhas.

REFERÊNCIAS:

1.Queiroz LJ, Torrente-Vilara G, Ohara WM, Pires THSJZ, Doria CRC. Peixes do rio madeira. 1ed. São Paulo: Dialeto Latin American Documentary; 2013. v. 2.

2. Arango Toro OJ, Arango SA, Miranda EF. Vandellia cirrhosa, poorly known urologic parasite. Actas Urol Esp. 2001:25(4); p325-326.

IMPORTÂNCIA DA GONIOMETRIA NA PERÍCIA MÉDICA

Fernanda Sobral Scaramussa [1], Luiz Fernando Segura [1], Gabriel Carmona Latorre [2], Viviam Paula Lucianelli Spina [3]

[1] Médico residente em medicina legal e perícias médicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
[2] Médico ortopedista graduado e especialista pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
[3] Médico perito do Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo
Contato: Tel: +55 18 98131-0752; e-mail : luiz.fsegura@hc.fm.usp.br

As medidas de amplitude de movimento (ADM) são amplamente utilizadas na propedêutica médico-pericial, principalmente na apuração de danos corporais. É de extrema relevância que as aferições sejam precisas, fidedignas e reprodutíveis para que os valores apurados reflitam a perda real das limitações apresentadas. O instrumento para essa aferição, o goniômetro (junção de duas palavras gregas: *Gonio*, que significa ângulo, e *Metria*, que quer dizer medida) tem sido utilizado em vários laudos periciais e em trabalhos por sua grande confiabilidade e reprodutibilidade das medidas (1) imprescindíveis para apurar corretamente a angulação, podendo enquadrar o dano nas tabelas (baremas) de uso médico-legal. Pouca informação pode ser encontrada na literatura comparando a acuidade das medidas articulares com e sem o uso do aparelho (2). Utiliza-se o método de Norkin e White (1997) ou alternativamente o método de estimativa visual da American Academy Orthopaedic Surgeons (AAOS). O baixo custo do instrumento e a fácil utilização tornam o método excelente, entretanto, os estudos demonstraram que as medidas dependem não só da experiência, mas também do treinamento dos examinadores (3). Este foi um estudo comparativo entre o método de estimativa visual e o padrão goniométrico das ADM do cotovelo, ombro e joelho com dez médicos residentes de Medicina Legal e dois preceptores, onde analisaram 19 fotos correspondentes à ADM de um único indivíduo em diferentes angulações. Foram registradas em folha específica os valores das angulações referentes à estimativa visual realizada por eles, comparando com os valores obtidos através da aferição pelo goniômetro digital. Encontrou-se maior discordância (delta de variação) entre os médicos na escala visual, quanto mais próximo do eutrófico (maiores angulações), maior a discrepância do aferido quanto maior à articulação (delta variação cotovelo e ombro 35 e 33 vs 46 pontos de joelho) e ocorreu uma superestimação e subestimação do dano, respectivamente. Dessa forma, verifica-se que o uso do goniômetro permitiu a aferição exata e real da amplitude do movimento articular, sendo um instrumento de precisão na apuração do dano corporal na perícia médica, no exercício da *Lex artis* da Doutrina Médico-Legal.

REFERÊNCIAS:

1 Armstrong AD, Macdermid JC, Chinchalkar S, Stevens RS, King GJW. Reliability of range-of-motion measurement in the elbow and forearm. J Shoulder Elbow Surg. 1998:7(6); p573-580.

2 Randall D, Baton R, Gerhardt JJ. Current concepts review. range of motion measurements. J Bone Joint Surg. 1995:77A(5): p784-798.

3 Rome K, Cowieson F. A reliability study of the universal goniometer, fluid goniometer, and electrogoniometer for the measurement of ankle dorsiflexion. Foot Ankle Int. 1996:17(1); p28-32.

IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DE UM MÉDICO PERITO ASSISTENTE TÉCNICO NO SESMT, COMO PARTE DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS, EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DA CIDADE DE SÃO PAULO

Caboclo, Edmundo di Giaimo; Moreira, Moacyr Vergara de Godoy

O contencioso trabalhista é responsável por um custo que gera preocupações tanto orçamentárias quanto na organização do trabalho. Os processos trabalhistas, porém, podem servir de aprendizado para a reavaliação de postos de trabalho e setores produtivos. Desde 2017, um hospital de São Paulo, com aproximadamente oito mil funcionários, passou a contar com um médico perito (assistente técnico) nos quadros do SESMT, para compreender melhor as queixas e estudar aspectos ergonômicos e cognitivos. A atuação do médico do trabalho (1) envolve a obtenção de competências que o permitam gerir os recursos e as equipes de maneira mais eficaz, para além da atividade meramente ocupacional. A literatura internacional (2) tem ressaltado também a importância da integração das equipes de engenharia de segurança e medicina do trabalho, de forma a dinamizar as ações de SST. A presença do médico perito nos quadros deste hospital permitiu uma ação mais abrangente, possibilitando um diálogo entre as equipes técnicas e elaborando planos de prevenção, além de defesas mais bem estruturadas pelo conhecimento das atividades. Entre março de 2017 e fevereiro de 2018, houve 33 perícias trabalhistas, sendo que, em 29 dos casos, os peritos judiciais entenderam por não haver correlação de nexo causal entre a queixa de saúde alegada em Petição Inicial e o trabalho. Fez-se um cálculo estimado de indenizações que seriam pagas caso os processos houvessem sido perdidos pela empresa reclamada, considerando indenizações por doença ocupacional, dano estético, dano corporal e pensões mensais ou vitalícias, chegando-se ao valor estimado de economia no período de R$ 4.702.359,55. Atribuímos o sucesso nas demandas trabalhistas à investigação minuciosa dos postos de trabalho e ao fornecimento de documentos de engenharia e ergonomia aos peritos médicos, além do estudo pormenorizado do histórico de saúde do ex-colaborador, no período em que atuou pelo hospital. Entendemos que a contínua implementação de métodos de proteção dos trabalhadores, como o método MAPHO (3) e as reavaliações de mobiliário e equipamentos, além de oferecer condições mais adequadas de trabalho, levarão cada vez mais à consequente redução das demandas na justiça do trabalhista.

REFERÊNCIAS:

1.Dias EC, Chiavegatto CV; Oliveira RB, Bandini, M. Competências essenciais para o exercício da medicina do trabalho. Atualização 2018. ANAMT. São Paulo: Stacchini Editorial; 2018.

2. Loeppke RR, Hohn T, Baase C, Bunn WB, Burton WN, Eisenberg BS et al. Integrating health and safety in the workplace: how closely aligning health and safety strategies can yield measurable results. J Occup Environ Med. 2015:57(5); p585-597.

3.Menoni O, Battevi N, Carioli S, Facci R, Santino, E. A gestão de risco na movimentação de pacientes: O Método MAPHO. São Paulo: EPM/ Escola Ocra Brasiliana; 2015.

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DECORRENTES DO USO DE *CRACK* – RELATO DE CASO

Sérgio Nascimento Pereira [1]
Juari Soares de Carvalho [2]
[1] Docente de Medicina Legal do Curso de Medicina da UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná e da FAG – Faculdade Assis Gurgacs. Coordenador do SVOR – Serviço de Verificação de Óbitos Regional de Cascavel. Bacharel em Direito. Mestre em Ciências Farmacêuticas – Área de Toxicologia. Tel. (45) 3226-3374. E-mail: sergimed_@terra.com.br
[2] Chefe do IML – Instituto Médico Legal de Cascavel. Administrador de empresas. Agente auxiliar de pericia oficial.

INTRODUÇÃO: Relato de caso de um indivíduo usuário de *crack*, que, durante a autópsia, foi possível observar que apresentava lesões nas extremidades distais das polpas digitais do primeiro e segundo quirodáctilos da mão direita, causadas por queimaduras devido ao uso e ao consumo de *crack*, substância entorpecente, sendo que estas lesões têm valor semiológico. **METODOLOGIA**: Relato de caso, sendo que as informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de métodos descritivos, registro fotográfico das lesões e revisão da literatura com a finalidade de verificar se outros autores descreveram lesões semelhantes em casos de drogadição. **MARCO CONCEITUAL**: Verificação de que a lesão dermatológica encontrada, apesar de não ser incomum, não tendo sido relatada por outros autores, tem importância semiológica, pois pode-se estabelecer o nexo causal, e quem tem a lesão pode-se correlacionar com o uso e consumo de *crack* devido às características da lesão.

RESULTADOS: V.N.S, masculino, 20 anos, solteiro, pardo, com várias tatuagens nos membros, em óbito causado por

instrumento perfuro-contundente, consistente em projétil de arma de fogo, jaquetado, expansivo e com 9 milímetros de diâmetro, nas extremidades distais das últimas falanges dos dedos indicador e polegar da mão direita, apresentava hiperceratose e inúmeras erosões da camada epidérmica, com 1 a 2 milímetros de diâmetro, compatíveis como decorrentes de queimaduras da superfície da pele, que tocou pedras de *crack* que queimavam, durante a inalação da substância entorpecente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**: No caso relatado, e conforme as publicações revisadas, é possível estabelecer que a presença de múltiplas queimaduras superficiais com 1 a 2 mm de diâmetro nas porções distais das polpas digitais dos dedos polegar e/ou indicador de qualquer das mãos são indícios de lesões causadas no usuário, pelo uso e consumo de *crack*, sendo que essas lesões têm importância semiológica.

PALAVRAS-CHAVE: Efeitos do uso de *crack* na pele; Transtornos relacionados ao uso de *crack*; Dermatoses da mão.

REFERÊNCIAS:

1. Bernardes-Filho F, Silva YB, Martins LG, Sasso LS, Abreu MAMM. Fingertip and nasal tip thermal burn in crack cocaine user. Anais Bras Dermat. 2013; 88(5): p850-852.
2. Borini P. O dedo em baioneta e o uso de drogas ilícitas. Arq Neuro-psiq. 2001; 59(2A).
3. Gontijo B, Bittencourt FV, Lourenço LFS. Manifestações cutâneas decorrentes do uso de drogas ilícitas. Anais Bras Dermat. 2006;81(4): p307-317.

MORTALIDADE DE PESSOAS EM CONDIÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO: DADOS DE 2015 E 2017

Camila Missiano [1]; Luan Salguero de Aguiar [2]; Carmen Sílvia Molleis Galego Miziara [3]; Ivan Dieb Miziara [4].

[1] Discente do curso de medicina da Universidade Nove de Julho – Vergueiro SP (UNINOVE)
email: caamissiano@uni9.edu.br
[2] Discente do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).
[3] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.
[4] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.

INTRODUÇÃO: População em situação de rua é composta por pessoas que têm em comum "extrema pobreza, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular", embora sejam heterogêneas entre si. Elas representam a maior exclusão social do país, isto é, não têm relação familiar ou afetiva, não se inserem no mercado de trabalho e não têm representatividade social efetiva. Este estudo teve por objetivo mostrar o perfil de pessoas que foram atendidas nos IMLs de São Paulo e identificadas pela autoridade policial como em situação de rua. **MÉTODO**: Levantamento de dados do GDL entre 2015 e 2017. **MARCO CONCEITUAL**: Nos últimos dois anos, houve crescimento de 66% de pessoas vivendo nas ruas de São Paulo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**: Foram selecionados 693 laudos, com maior prevalência entre 31 e 60 anos (pico entre 46 a 50 anos), predomínio do sexo masculino (90,76%), sem diferença nos anos analisados (p=0,424), com cor da pele predominantemente parda (p=0,008) e apenas 8,95% com referência de uso de drogas ou álcool, principalmente no sexo masculino (p<0,001). As principais causas de mortes declaradas nos laudos necroscópicos foram infecções (45,38%) e doenças cardiovasculares (21,12%). Mortes externas mais descritas: metatraumáticas (2,74%), trauma por instrumento contundente (11,98%), ferimento perfurocortante (1,44%), ferimento perfurocontuso (0,3%) e intoxicação exógena (2,45%), especialmente por cocaína isolada ou em associação com outras drogas e os locais de mortes foram em hospitais (57,58%) ou em via pública (34,78%). As mortes ocorreram principalmente no outono (p<0,001), justificado na literatura pela maior frequência de infecções por arbovírus, urinárias e por alimentos contaminados em períodos com baixa umidade do ar com alta concentração de poluentes e oscilações de temperatura, como ocorrido nos meses do outono dos anos de 2015 a 2017, bem como doenças cardiovasculares e respiratórias. **CONCLUSÃO**: Este estudo comprova que as mortes prematuras de pessoas em situação de rua não são devidas à violência, mas por doenças naturais que poderiam ter sido evitadas ou controladas se houvesse políticas públicas adequadas para esta população.

REFERÊNCIAS:

1.Brasil. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. DOU 23 dez 2009.
2.Folha de São Paulo. Com crise cresce população de situação de rua em SP. Publicado em 22/06/2019. https://www.conversaafiada.com.br/brasil/populacao-de-rua-cresce-66-em-sao-paulo2
3.Pesquisa estima que o Brasil tem 101 mil moradores de rua. [citado 16 ago 2019]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29303

MORTES EVITÁVEIS: REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE AS DISCORDÂNCIAS DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS E APÓS A REALIZAÇÃO DE AUTÓPSIAS

Contato: Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP. LIM-40. Av. Dr. Arnaldo, 455 – Cerqueira César. CEP: 01246-903. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3061-8407. Email: preceptoria.iof@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO: Apesar dos avanços tecnológicos envolvendo a saúde, os estudos têm demonstrado que há divergências

diagnósticas clínicas e *post mortem* (1,2,3). Este estudo visa correlacionar os diagnósticos clínico e anatomopatológico obtidos por meio da análise de estudos já realizados na literatura, a fim de determinar a frequência com que a necropsia revela diagnósticos inesperados **MÉTODO**: Revisão sistematizada da literatura por meio de busca na base de dados MEDLINE utilizando a estratégia de busca "Cause of Death"[Mesh]) AND "Medical Errors"[Mesh]) AND "Autopsy"[Mesh]. **MARCO CONCEITUAL**: mortes evitáveis são aquelas passíveis de prevenção total ou parcialmente pelo serviço de saúde (4). **RESULTADOS**: Foram incluídos 27 artigos de estudos retrospectivos e revisões sistemáticas que atendem aos critérios de inclusão, havendo uma variação de 6% a 82,3% de discordâncias diagnósticas encontradas. **CONCLUSÃO**: Apesar de os índices variarem, pode-se inferir que há discordâncias diagnósticas encontradas nos estudos retrospectivos e revisões sistemáticas realizadas até então, necessitando maior correlação com os efeitos de litigância quanto à má prática médica.

REFERÊNCIAS:

1.Roulson J, Benbow EW, Hasleton PS. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of post mortem histology: a meta-analysis and review. Histopath. 2005;47(6): p551-559.

2.Liu D, Gan R, Zhang W, Wang W, Saiyin H, Zeng W, et al. Autopsy interrogation of emergency medicine dispute cases: how often are clinical diagnoses incorrect? J Clin Path. Published Online First: 22 July 2017. doi: 10.1136/jclinpath-2017-204484

3.Issa VS, Dinardi LFL, Pereira TV, Almeida LK, Barbosa TS, Benvenutti LA, et al. Diagnostic discrepancies in clinical practice: An autopsy study in patients with heart failure. Medicine. 2017;96(4): e5978. doi:10.1097/MD.0000000000005978.

4.Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007;16(4): p233-244.

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:REVISÃO DE LITERATURA

Victória Cassioti Teodoro [1] Luan Salguero de Aguiar [2], Camila Fernandes Romeiro [3]; Carmen Silvia Molleis Galego Miziara [4]

[1] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), email: victoriacassioti@gmail.com

[2] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), email: luan.salguero@gmail.com

[3] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), email: cfromeiro@hotmail.com

[4] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP, email: carmen.miziara@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO: Má notícia é definida como uma informação que, quando percebida, causa desequilíbrio emocional por longo período, afetando o indivíduo que a recebe, seus familiares, amigos e, no contexto médico, os profissionais da saúde. Dessa forma, o presente trabalho se propõe a mostrar as principais dificuldades, preferências e dilemas em comunicar a má notícia para pacientes pediátricos. **MÉTODOS:** Revisão de literatura na base de dados *PubMed*, com os descritores *Truth Disclosure*, *Communication*, *Pediatrics*, *Adolescent* e *Child* nos últimos cinco anos. Foram incluídos textos na íntegra que continham no título e/ou *abstract* palavras relativas ao tema. Foram excluídos trabalhos específicos a uma determinada doença, com exceção do câncer. **MARCO CONCEITUAL:** A falta de estudos e a padronização a respeito de más notícias para pacientes pediátricos demonstram a carência de estudos a respeito do tema. **RESULTADO:** Foram encontrados 11 artigos e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados quatro, dos quais um versava sobre aspectos éticos sobre a dispensação da notícia ao paciente pediátrico e três sobre preferências da comunicação da má notícia conforme visão dos pais, médicos e pacientes – sendo dois no modelo de entrevista e um de questionário. **CONCLUSÃO:** Todos os artigos enfatizam a escassez de trabalhos sobre o tema de más notícias na faixa pediátrica. Existem *guidelines* com recomendações sobre o assunto confirmadas pelas preferências dos pais e pacientes publicadas em outros estudos científicos. Dentre elas, foi pontuado o fato de não esconder o diagnóstico, envolver a criança ou adolescente nas decisões a respeito da sua doença sem que isso comprometa o tratamento, dar tempo suficiente para a assimilação das informações, entre outras. Além disso, são citadas razões éticas para não esconder uma má notícia da criança ou adolescente: o respeito à sua autonomia; o fortalecimento da relação médico paciente e a melhora da qualidade de vida na medida em que se diminui medo e ansiedade. Assim, a falta de padronização e métodos que abordem o tema da comunicação da má notícia na pediatria promove uma heterogeneidade no processo. Isso pode prejudicar os pacientes e familiares envolvidos na medida em que questões éticas não são respeitadas.

REFERÊNCIAS:

1.Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet. 2004:363(9405); p312-319.

2.Contro N, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen H. Family Perspectives on the Quality of Pediatric Palliative Care. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002:156(1); p14-19.

3.Leite AM, Caprara A, Coelho Filho JM. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo: Sarvier; 2007.

O USO DO CALIBRE 9 MM PELAS FORÇAS DE SEGURANÇA E SUA EFETIVIDADE

Nathalie de Azevedo Kjaer [1]; Edson Juan Ferreira Nascimento [2]; Alan Jones de Azevedo Kjaer [3]; Rui Machado Junior [4];

[1] Acadêmica de Direito do 5 semestre no Centro Universitário Estácio da Amazônia, (95)98104-5561, azevedo.nathalie@outlook.com, [2] Acadêmico de Segurança do Trabalho na Universidade Paulista, (95)981231264, edson_juann@outlook.com, [3] Graduado em Direito pela Universidade Federal do Ceará, (85) 987902236, jones_kjaer@hotmail.com, [4] Mestrando em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania (UERR), Especialista em Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (UFMG), Professor de Direito Penal e Direito Tributário do Centro Universitário Estácio da Amazônia e Escrivão da Polícia Federal.

Este trabalho trata do uso do calibre 9 mm pelas forças de segurança. Para isso, utilizou-se uma pesquisa bibliográfica de artigos. O calibre 9 mm é um cartucho de arma de fogo introduzido pelo fabricante alemão *Deutsche Waffen und Munitionsfabriken*, também conhecido por 9 mm *luger*, devido a Gerog Luger, que projetou esse projétil. As forças policiais costumeiramente utilizavam o calibre .40, entretanto o FBI, nos EUA, passou a utilizar o calibre 9 mm e, consequentemente, o Brasil aderiu. Contudo, Polícia Federal utiliza o calibre 9x 19 mm e, recentemente, conquistou o direito de uso exclusivo do Magnum .357. Dito isso, sabe-se que o calibre 9 mm é de uso militar, policial e civil, mas o que torna esse o calibre mais popular do mundo, embora muitos neguem, é o fato de sua letalidade e precisão de disparo, devido ao seu recuo ser menor, e também a maior capacidade de tiros em um carregador. Assim, os tiros de 9 mm são mais precisos e rápidos, e, se comparado a calibres maiores, proporciona os mesmos benefícios, porém, sem os malefícios dos grandes calibres, principalmente em custos com manutenção e munição. Mas, para se debater um calibre, deve se levar em conta outros fatores, como a ponta, ou o projétil é onde se deve concentrar a avaliação, pois, em meio aos calibres mais utilizados, como 9 mm, .40 e 0.45, sabe-se que alguns têm estatísticas maiores de falha durante um tiroteio. Para entender a realidade balística, é necessário entender que o que interessa para um policial, em um momento de tiroteio, é o poder de paralização de determinado calibre, e a 9 mm, por oferecer mais letalidade e poder de transfixação aliado a um recuo menor e menos chances de falhar, seria o calibre ideal. Entretanto, o famigerado *stopping power* não é muito bem visto pelos peritos médicos, pois, para alguns, o que realmente tem capacidade de parar um indivíduo não seria o calibre utilizado, mas o local atingido, como por exemplo, locais do sistema nervoso central, quais sejam, coluna, pescoço e região cervical. Conclui se que, em termos de penetração, a cavidade permanente e temporária e fragmentação, a migração das instituições para o calibre 9 mm trocou um carregador menor e um maior recuo por um projétil que, embora não aumente a capacidade de seus agentes, aumenta as chances de acerto e de linhas de resposta de tiro mais rápidas e precisas, dando-lhes mais chances de êxito.

Palavras-chave: Calibre, 9 mm luger, Calibre 9 mm, Polícia Federal.

REFERÊNCIAS:

(Curtis, 2015) (Cordeiro, 2016) (Wikipédia, 2019).

PANORAMA DAS SINDICÂNCIAS E DOS PROCESSOS ÉTICO-PROFISSIONAIS INSTAURADOS AOS MÉDICOS INSCRITOS NO CREMESP, DE 2013 A 2017, E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Amanda Ribeiro Batlle [1]; Ana Paula Possar do Carmo [2]; Carmen Silvia Molleis Galego Miziara [3]

[1] Discente do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)- email: amanda.rbatlle@gmail.com
[2] Discente do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)- email: anapaulapossar@hotmail.com
[3] Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP) e especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas pela Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas- email: carmen.miziara@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO: Os Conselhos de Medicina são órgãos julgadores e disciplinadores responsáveis pelas análises das denúncias contra médicos. É importante saber a veracidade da infração e se elas procedem. Assim, o objetivo do estudo é expor os números de sindicâncias e de PEP (Processo Ético-Profissional) instaurados no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), entre 2013 e 2017, e seus desdobramentos. **METODOLOGIA**: Os dados foram obtidos por meio de análise de informações estatísticas obtidas no Portal de Transparência do CREMESP; foram incluídos dados estatísticos dos indicadores de sindicância e de processos ético-profissionais contidos no Portal referentes ao período de 2013 a 2017 e analisados de forma descritiva. **MARCO CONCEITUAL**: Há um número importante de sindicâncias em São Paulo, mas sua minoria apresenta embasamento suficiente para que sejam transformadas em Processo Ético-Profissional. **RESULTADOS**: Foram instauradas 16.253 sindicâncias no período e, dessas, 2.924 foram transformadas em PEP, com 1.906 punições. Ao final do julgamento de um PEP, os médicos considerados culpados são sujeitos à punição pelo Conselho Regional de Medicina, o qual pode aplicar as penas previstas na Lei nº 3.268/57. Além disso, foram analisadas as especialidades médicas com maior número de queixas no período, sendo que Dermatologia, Cirurgia Plástica e Oftalmologia corresponderam a 32% do total. O número de

sindicâncias instauradas em relação ao número de médicos teve discreta queda, tornando possível concluir que a maioria delas é arquivada e não se encaminham para PEP. Por fim, as penalidades impostas à maioria dos médicos inscritos no CREMESP abrangem majoritariamente as Penas A, B e C (âmbito de sigilo). **CONCLUSÃO**: Os dados mostram que maioria das alegações de transgressões éticas não procederam em São Paulo, no período estudado, de 2013 a 2017. Entretanto, uma vez notada a possibilidade de infração ética do médico, a análise dos fatos confirmou a culpabilidade do profissional, na maioria dos casos, entretanto, as penalidades aplicadas não foram consideradas graves, em grande parte das apurações processuais.

REFERÊNCIAS:

1. Conselho Regional de Medicina do Estado De São Paulo. Ética em ginecologia e obstetrícia. 3a ed. São Paulo: CREMESP; 2004.
2. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético profissionais: implicações na educação médica. Rev Bras Educ Méd. 2008;31(3): p223-228.
3. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº1931/2009. (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90). (Retificação publicada no DOU de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173.
4. CREMESP. Qual o papel social do CREMESP? Cremesp; 2017. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2327

PANORAMA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE DE ACORDO COM O SINAN

Gabriel Stecca Canicoba [1]; Anna Carolina Macieira Feitosa Mota [2], Renan Gianecchini Vignardi [3], Luan Salguero de Aguiar [4], Leonardo Pedro Kenzo Olivi Tanaka [5]; Carmen Silvia Molleis Galego Miziara [6].

[1] Discente do curso de medicina da Universidade Nove de Julho – Vergueiro SP (UNINOVE) – email: gabrielsc@uni9.edu.br
[2] Discente do curso de medicina da Universidade Nove de Julho – Vergueiro SP (UNINOVE) – email: annacarolinamota1812@uni9.edu.br
[3] Discente do curso de medicina da Universidade Nove de Julho – Vergueiro SP (UNINOVE) – email: renan.vignardi@gmail.com
[4] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), email: luan.salguero@hotmail.com
[5] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), email: olivileo94@gmail.com
[6] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP, email: carmen.miziara@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO: O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é a base de dados do Ministério da Saúde que registra e processa os casos notificados, de acordo com a lista nacional de doenças de notificação compulsória, em todo o território nacional. Dentre as 48 condições de saúde que compõem a lista, as violências estão incluídas e, portanto, mesmo que suspeitas, devem ser notificadas à Secretaria de Municipal de Saúde em 24 horas, se forem de cunho sexual, ou semanal se forem outros tipos de violência. Assim, o objetivo do presente trabalho é mostrar o panorama dos casos notificados de ações violentas contra pessoas até 19 anos e quais são os principais marcadores para identificar a violência. **MÉTODOS:** Foram realizadas buscas no Sinan, de 2014 a 2016, e artigos de revisão na *PubMed* nos últimos cinco anos. **MARCO CONCEITUAL:** São altas as taxas de violência contra criança e adolescente no Brasil. **RESULTADOS:** No período analisado, notou-se um aumento bruto do número de notificações envolvendo menores de 19 anos de idade. Entre 2014 e 2016, o aumento foi de 17,27%, sendo a região Sudeste a que mais notificou. Ponderando a diferença entre os sexos, as meninas foram as vítimas mais frequentes de ações violentas isoladas, assim como as reiteradas nos três períodos analisados, predominando em todas as formas de violência, mas com maiores destaques nas violências sexual e psicológica. **CONCLUSÃO:** Embora subnotificadas, as agressões contra a criança e o adolescente mantêm crescimento com o passar dos anos e as meninas são as vítimas mais frequentes. A identificação de sinais ou manifestações clínicas psíquicas é de obrigação dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos. Além disso, a subnotificação pode ser devida à falta de reconhecimento, de ferramentas, de motivação de triagem padrão ou de tempo/recursos limitados. São orientações aos profissionais que avaliem as condições orgânicas e medicamentosas que imitam o abuso, avaliem pacientes e pais separadamente, rastreiem regularmente a violência familiar/doméstica e busquem lesões ou comportamentos suspeitos, sendo a notificação compulsória mesmo se for apenas suspeitada.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília. 16.7.1990.
2. Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. Sinan.saude.gov.br. 2019 [citado em 18 de março de 2019]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153Brasil.
3. Yoon S. Características de maus-tratos infantis como preditores de heterogeneidade na internalização de trajetórias de sintomas entre crianças no sistema de bem-estar infantil. Abuso infantil e negligência. 2017;72: p247-257.

PERÍCIAS EM SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO FEDERAL UM DIÁLOGO POSSÍVEL?

Vivian Heringer Pizzinga [1]

[1] Psicóloga no Centro de Educação Federal Técnica e Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET-RJ), doutoranda em Saúde Coletiva, área Ciências Humanas e Saúde, no Instituto de Medicina Social (IMS)/UERJ. Endereço: Rua Pareto, 36/501, Tijuca, Rio de Janeiro. Tel: (21)997756585. E-mail: vivianhp@globo.com

O trabalho, quando é o lugar onde o adoecimento se dá, encontra na situação de perícia em saúde, tal como preconizada pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), no âmbito do serviço público federal, o momento oficial de avaliação da legitimidade da doença e do pleito do servidor. A saúde do trabalhador, por outro lado, busca compreender o processo de saúde-doença no trabalho a partir de uma ótica que considera a subjetividade e os processos sociais (1,2). Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é indagar acerca do possível diálogo entre a perícia em saúde no SIASS e a Saúde do Trabalhador, isto é: a perícia em saúde, tal como tem sido praticada e pensada, coaduna-se com os princípios caros à Saúde do Trabalhador? Este trabalho se refere à pesquisa de doutorado desta autoras, ora em andamento, cuja metodologia qualitativa se orienta por entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalham em três unidades SIASS do Rio de Janeiro, sendo eles: médicos peritos, odontólogos peritos, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas, estes últimos compondo a chamada equipe de suporte à perícia. Serão entrevistados 30 profissionais. Para análise dos dados coletados, utilizar-se-á a técnica de categorização da análise do conteúdo, cujo objetivo é fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (3). Os pressupostos teóricos se referem àqueles da Saúde do Trabalhador, paradigma que, no Brasil, no contexto da abertura democrática e da reforma sanitária que deu origem ao SUS, rompeu com os paradigmas atinentes à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional. Também norteiam a pesquisa as discussões a respeito das características gerenciais da nova administração pública e as contribuições das clínicas do trabalho, que buscam pensar o processo de adoecimento laboral a partir das relações de trabalho. Os resultados parciais observados (ainda a serem confirmados) levam a crer em um distanciamento da prática pericial dos princípios da Saúde do Trabalhador, certa atitude de suspeita do perito face ao servidor, além da rara menção ao nexo causal entre doença e trabalho. Percebe-se assim, salvo melhor juízo, que, apesar de os princípios do SIASS se pautarem pelo ideário da Saúde do Trabalhador em seus textos e normativas, a prática não parece seguir esse mesmo caminho no que tange à perícia oficial em saúde.

REFERÊNCIAS:

1. Lacaz F. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Púb. 2007;23(4): p757-766.
2. Minayo-Gomez, C. Campo de Saúde do Trabalhador: Trajetória, configuração e transformações. Minayo-Gomes, C. (org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 1979.

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* ENTRE PERITOS MÉDICOS FEDERAIS NO BRASIL

João Nicolle Tupina Nogueira; Jairo Élcio Carvalho Silva

A saúde deve ser entendida como um processo social, físico e mental abrangente que ocorre ao longo da vida. A forma como o processo ocorre depende em parte da pessoa e, assim, das condições e oportunidades para encontrar condições específicas no ambiente sociocultural da existência que facilitam ou dificultam essa condição. O trabalho do perito médico é acompanhado por inúmeras circunstâncias estressoras, como a decisão de deferimento de pareceres, nas quais o perito se sente responsável pela definição da vida futura do beneficiário. O resultado se traduz em bem-estar psicológico ou doenças físicas e mentais. O estresse no trabalho pode provocar a chamada síndrome de *Burnout*, caracterizada pelo esgotamento físico e mental resultante do estresse laboral. A referida síndrome é responsável pelo afastamento de inúmeros profissionais de sua atividade laboral. Lamy (2015) identificou que 80% dos peritos previdenciários na gerência executiva de Campina Grande-PB tinham o risco iminente de desenvolvimento da síndrome. Nesse contexto, a presente pesquisa teve o objetivo de discutir a prevalência da síndrome de *Burnout* entre profissionais previdenciários no Brasil. Os objetivos específicos foram definir a síndrome de *Burnout*, analisar sua associação com as licenças e os afastamentos de profissionais no Brasil e identificar sua prevalência entre profissionais previdenciários. Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, buscando artigos publicados entre os anos de 2010 e 2019 que contivessem os descritores *Burnout* AND profissionais previdenciários, *Burnout* AND prevalência no Brasil, *Burnout* AND peritos médicos, nas plataformas de dados científicos Scielo, BVS, Scopus e Pubmed. A busca inicial retornou com 162 artigos. Após exclusão de pesquisas que não se adequavam ao escopo e revisões de literatura, restaram dez artigos para a discussão. Os resultados indicam que a síndrome de *Burnout* tem alta prevalência entre médicos previdenciários, mas que a pesquisa com este grupo ainda é incipiente, sendo necessárias pesquisas mais extensas que permitam caracterizar os fatores desencadeantes da síndrome entre médicos previdenciários, de modo a permitir a construção de protocolos de tratamento.

REFERÊNCIAS:

1.Calnan M, Wainwright D, Almond, S. Job strain, effortreward imbalance and mental distress: a study of occupations in general medical practice. Work and Stress. 2010;14(4); 297-311.

2.Campos MA. Causas y efectos del estrés laboral. San Salvador: Universidad de El Salvador, Escuela de Ingeniería Química; 2016.

3.Peeters M, Rutte C. Time management behavior as a moderator for the job demand-control interaction. J Occup Health Psychol. 2015:10(1); p 64-75.

PROTOCOLO DE ISTAMBUL COMO INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO PERICIAL

Caroline Machado Daitx [1], Jéssica Ferreira Oliveira [1], Carmem Silvia Molleis Miziara [1], Ivan Dieb Miziara [1], Daniel Romero Muñoz [1]

[1] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Instituto Oscar Freire - São Paulo - Sao Paulo - Brasil

INTRODUÇÃO: As Nações Unidas há anos lutam para assegurar que nenhuma pessoa seja submetida à tortura ou a outras penas, tratamento desumano ou cruel. Documentos variados, adotados pelos países signatários, reforçam o posicionamento de que a tortura, sem exceções, não deve ser admitida. Para avaliar e documentar de forma padronizada as provas desse crime, há o Protocolo de Istambul (PI). **METODOLOGIA:** Revisão de literatura. A base de dados utilizada foi PubMed com os descritores "torture and Istanbul Protocol". **MARCO CONCEITUAL:** Defronte de peculiaridades de cada região do mundo e da diversidade de sistemas jurídicos existentes, residem grandes dificuldades em documentar de forma clara e inequívoca as provas de tortura. Muitos países encontram impedimentos na captação dessas informações devido a questões políticas, econômicas ou estruturais. A documentação eficaz da tortura tem sido um grande desafio mundial e a implementação do PI objetiva aperfeiçoar os registros. **RESULTADOS:** Foram selecionados 33 artigos científicos publicados entre 1999 e 2018. Todos os artigos se relacionavam com o Protocolo de Istambul para a abordagem do assunto ou coleta de dados. A anamnese detalhada em associação ao exame físico (lesão corporal), sobretudo na correlação das lesões com o mecanismo do trauma referido pela vítima ou pela autoridade policial, são elementos fundamentais para a elaboração final do parecer. Fato que deve ser considerado na avaliação médico-pericial são as sequelas decorrentes da tortura, caracterizadas fundamentalmente por síndromes dolorosas crônicas e transtornos psíquicos. **CONCLUSÃO:** Existe notório reconhecimento internacional da relevância do Protocolo de Istambul, bem como são comuns muitas das dificuldades em sua implementação. Frequentemente, foram lembrados aspectos relacionados à falta de qualificação profissional, que impacta diretamente na qualidade da documentação sugerida pelo PI. O PI não é considerado apenas um documento de orientações, seu objetivo vai muito além. Trata-se de um plano de ação e de conscientização da importância internacional da abordagem responsável do tema. Sua aplicação permite abrangência na prevenção, reabilitação e na punição de agressores.

REFERÊNCIAS:

1. ONUBr. ONU diz que prática da tortura é "absolutamente inaceitável e nunca poderá ser justificada". [Citado em 15 dez. 2018]. Disponível em: https://nacoesunidas.org/onu-diz-que-pratica-da-tortura-e-absolutamente-inaceitavel-e-nunca-podera-ser-justificada/

2. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Protocolo de Istambul, Série de Formação Profissional n° 08 Manual para a Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Nações Unidas. Nova Iorque, Genebra; 2001.

RESILIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E MORBIDADES PSÍQUICAS EM MÉDICOS: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS SEXOS

Jessica Ferreira de Oliveira [1]; Caroline Machado Daitx [2]; Carmen Silvia Molleis Galego Miziara [3]; Daniele Muñoz Gianvecchio [4]; Daniel Romero Muñoz [5].

[1] Médica Residente de Medicina Legal e Perícia Médica do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

[2] Médica Residente de Medicina Legal e Perícia Médica do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.

[3] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.

[4] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.

[5] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.

Contato: Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP. LIM-40. Av. Dr. Arnaldo, 455 – Cerqueira César. CEP: 01246-903. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3061-8407. Email: preceptoria_iof@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: A resiliência é um conceito amplamente discutido que pode ser entendido como o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo diante de vivências desfavoráveis (1). É especialmente importante entre os médicos, que apresentam maiores taxas de suicídio e menor expectativa de vida em comparação com trabalhadores de outras profissões, principalmente as mulheres médicas

(2,3). O objetivo deste material foi comparar a resiliência, a qualidade de vida e sono e o sofrimento mental de médicos quanto ao sexo, idade, estado civil e número de filhos. **METODOLOGIA**: Estudo prospectivo descritivo realizado através da aplicação de 7 questionários (identificação, CCEB 2018, SRQ-20, WHOQOL-bref, CDRISC10, AUDIT e PSQI) por meio de formulário *online* abordando condições sociodemográficas, pessoais e familiares de médicos da região metropolitana de São Paulo. **MARCO CONCEITUAL**: Trata-se de questões altamente prevalentes e em fase de expansão, que são a qualidade de vida e a morbidade psíquica de médicos, sendo a compreensão da resiliência de fundamental importância para entendê-los. **RESULTADOS**: Participaram 109 médicos, sendo 56,9% mulheres e 43,1% homens. A idade variou de 24 a 70 anos, com média de 36 anos. A idade e o tempo de formação foram inferiores nas mulheres em relação aos homens. A população analisada se mostrou predominantemente jovem, solteira, sem filhos, branca e cristã, e 50,5% pertencia ao estrato econômico A. As médicas apresentaram média das pontuações de resiliência de 26,6 (máximo de 40), piores que os profissionais do sexo masculino (28), além de maior sofrimento mental, menor percepção de qualidade de vida, maior abuso de álcool e pior qualidade do sono. O maior número de filhos mostrou-se fator protetor contra o sofrimento mental. Em contrapartida, o estado civil separado acarretou estatísticas preocupantes para o sexo masculino. **CONCLUSÕES**: As médicas mostraram menor resiliência (ferramenta fundamental para lidar com elementos estressores) do que os profissionais do sexo masculino. Infere-se que as mulheres que ingressam na Medicina são mais propensas ao desgaste emocional da vida diária, o que se comprova pela análise dos demais questionários. Não se pode, entretanto, considerar como satisfatórios os escores dos questionários para os homens, pois há mais fatores a considerar além do sexo.

REFERÊNCIAS:

1. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Cad Saúde Púb. 2005:21; p436-448.
2. Araki S, Murata K, Kumagai K, Nagasu M. Mortality of medical practitioners in Japan: social class and the “healthy worker effect”. Am J Ind Med. 1986:10; p91-99.
3. Gracino ME, Zitta ALL, Mangili OC, Massuda EM. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. Saúde Debate. 2016:40; p. 244-263.

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: DIFICULDADES COMPROBATÓRIAS

Beatriz Fernandes Diogo Alves [1] ;
Luan Salguero de Aguiar [1]; Carmen Sílvia Molleis Galego Miziara [2] ; Ivan Dieb Miziara [3]

[1] Discentes do curso de medicina da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – email: beatrizfernandesdiogo@yahoo.com.br
[2] Professora do curso de Especialização em Medicina Legal e Perícia Médica da FMUSP.
[3] Professor Titular do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da FMUSP.

INTRODUÇÃO: Violência é um dos temas mais debatidos na sociedade atual, especialmente no que concerne aos crimes hediondos cometidos contra as mulheres, como é o crime de estupro. A busca de indícios/vestígios do crime é necessária para que o autor da violência seja identificado. A cadeia de custódia bem estabelecida é uma das maneiras de se obter a prova técnico-científica que subsidiará as autoridades policiais na investigação do delito. Entretanto, nem sempre o exame sexológico fornecerá esses elementos essenciais, por questões variadas. Assim, o objetivo deste trabalho foi descrever a frequência e as características da violência sexual contra mulheres, atendidas pelos IMLs do Estado de São Paulo. **MÉTODOS**: Estudo descritivo por levantamento de dados do sistema gestor de laudos da Polícia Técnico-Científica do Estado de São Paulo do ano de 2017. Análises estatísticas pelo programa SPSS®. **MARCO CONCEITUAL**: A confirmação médica de ocorrência de violência em mulheres não é frequente. **RESULTADOS**: Foram analisados 10.437 laudos sexológicos de mulheres por alegado estupro. A idade variou entre 1 e 92 anos, subdivididas em conjuntos de 5 anos. Quanto aos achados clínicos, 7.197 não mostraram elementos comprobatórios de violência sexual; 2.367 foram positivos para conjunção carnal e/ou ato libidinoso e 138 vítimas não foram submetidas ao exame por impossibilidade de realização ou por escolha da vítima. As análises mostram a dificuldade em comprovar conjunção carnal/ato libidinoso na faixa de 1 a 9 anos e a maior facilidade entre 10 e 19 anos. Quanto à presença de lesões anais, os exames não comprovam a relação da lesão com o alegado por impossibilidade de exclusão de outras condições clínicas possíveis. **CONCLUSÃO**: Muitas vítimas são examinadas após longo intervalo da agressão, tornando improvável a positividade em pesquisa de espermatozoide/sêmen. Quanto à presença de lesões anais, não é possível excluir outras condições clínicas. Assim, os dados deste estudo mostram que mulheres abaixo dos 20 anos são as vítimas mais frequentes e os achados clínicos, majoritariamente, não fornecem subsídios suficientes que possam estabelecer nexo entre o que foi alegado pela vítima ou por seu responsável legal com a confirmação médica de ocorrência de violência.

REFERÊNCIAS:

1- Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev Bras Ginec Obst. 2006:28(2); p126-135.
2- Santos AMV, Costa, T. A. R. As provas no crime de estupro: uma análise acerca da dificuldade em se comprovar a

materialidade do delito do caput do artigo 213 do Código Penal após o advento da Lei 12.015/2009. Anais do I Congresso Acadêmico de Direito Constitucional da FCR, p. 750-775, 2017.
3- Drezett J, Caballlero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. J Pediat. 2001:77(5); p.413-419.

VIRTÓPSIA
AVANÇOS TECNOLÓGICOS APLICADOS À MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS

Nilton Tellian [1]; Denis Reis Morais [2] ; Juliana Takitane [3]

[1] Pós-graduando em Medicina Legal e Perícias Médicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Avenida Doutor Arnaldo, 455 – Bairro Cerqueira César. CEP: 01246-903, São Paulo-SP, Brasil. Telefone: 2229-6106. E-mail: niltontellian@globo.com
[2] Graduado em Farmácia e Mestre em Ciências da Saúde. Graduando em medicina pela Escola de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi, Rua Doutor Almeida Lima, 1134 – Parque da Mooca. CEP: 03164-000 São Paulo-SP, Brasil. Telefone: (11) 97206-2772: E-mail: denisreis_morais@yahoo.com.br
[3] Doutora, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Avenida Doutor Arnaldo, 455 – Bairro Cerqueira César. CEP: 01246-903, São Paulo-SP, Brasil. Telefone: (11) 3061-8414. E-mail: julianatakitane@gmail.com

Os avanços tecnológicos são frutos da aliança entre a ciência e técnica e sua evolução resultou no aprimoramento técnico-científico, metodológico e conclusivo dos procedimentos periciais. O principal objetivo deste estudo foi avaliar a literatura existente em relação aos avanços da tecnologia aplicada à Medicina Legal e Perícias Médicas, principalmente a contribuição da radiologia forense. Foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema proposto, buscando principalmente as vantagens relacionadas aos progressos tecnológicos aplicados à Medicina Legal e Perícias Médicas. Os critérios de inclusão foram os artigos disponibilizados gratuitamente na íntegra, publicados entre os anos de 2000 e 2019. Foram excluídos aqueles que apresentavam idioma diferente do português ou inglês. As bases de dados utilizadas foram Scielo, Medline, PubMed, Lilacs e biblioteca digital e os descritores, combinados entre si ou não, foram: ciência forense, radiologia forense, autópsia, autópsia digital, virtópsia, medicina legal, perícias médicas. A virtópsia, ou autópsia virtual, contribuiu na última década com substanciais avanços na área da medicina forense. Aplica-se à tecnologia radiológica, como Tomografia Computadorizada *post mortem;* à Ressonância Magnética *post mortem*; à Angiotomografia Computadorizada *post mortem* e à Angiorressonância Magnética *post mortem*, com objetivo de auxiliar as técnicas necroscópicas, um conjunto de dados que, processados e reunidos, nos permitem obter informações valiosas que colaboram no processo técnico necroscópico e investigativo criminal. A radiologia aplicada à Medicina Legal e a Perícias Médicas, e principalmente nos procedimentos necroscópicos, vem colaborando para elucidar patologias, eventos traumáticos, assim como detalhar tridimensionalmente os efeitos balísticos nas vítimas de disparos de armas de fogo, o estudo de causas mortis, situações de violência (colheita de vestígios; diagnóstico diferencial entre uma etiologia criminosa, acidental ou natural; definição das consequências temporárias e permanentes para a vítima de um traumatismo), a avaliação do estado de toxicodependência, a determinação do sexo, a identificação de corpos, a determinação da imputabilidade, o estudo da filiação, a pesquisa de drogas de abuso ou outros tóxicos em amostras biológicas, entre outros.

REFERÊNCIAS:

1.Chevallier C., Doenz F, Vaucher P, Palmiere C, Dominguez A, Binaghi S et al. Postmortem computed tomography angiography vs. conventional autopsy: Advantages and inconveniences of each method. Intern J Legal Med. 2013:127; p981-989.
2.Bolliger SA, Thali MJ, Ross S, Buck U, Naether S, Vock P. Virtual autopsy using imaging: bridging radiologic and forensic sciences. A review of the Virtopsy and similar projects. Eur Radiol. 2008:18(2); p273-3282.
Burto, JL, Underwood, J. Clinical, educational, and epidemiological value of autopsy. Lancet. 2007:369; p.1471-1480.
3.Thali MJ, Yen K, Schweitzer W, Vock P, Boesch C, Ozdoba C, et al. Virtopsy, a new imaging horizon in forensic pathology: virtual autopsy by postmortem multislice computed tomography (MSCT) and magnetic resonance imaging (MRI) – a feasibility study. J For Scienc. 2003:48; p386-403.

ABMLPM

Associação Brasileira de Medicina Legal
e Perícias Médicas

DIRETORIA EXECUTIVA 2019-2022

Presidente
Dr. Ivan Dieb Miziara (SP)
Vice-Presidente
Drª. Rosa Amélia Andrade Dantas (SE)
1º Secretário
Dr. Reginaldo Inojosa Carneiro Campello (PE)
2º Secretário
Dr. Norberto Rauen (SC)
1ª Tesoureira
Drª. Daniele Muñoz Gianvecchio (SP)
2º Tesoureiro
Dra. José Marques de Oliveira Neto (SE)

CONSELHO FISCAL

Dr. Luiz Carlos Leal Prestes Junior (RJ)
Dr. Francisco Miguel Roberto Moraes Silva (PR)
Dr. Maximiano Leite Barbosa Chaves Leite (CE)
Dr. João Anastácio Dias (GO)
Drª. Maria Luisa Duarte (AL)
Drª. Gabriela Graça Suares Pinto (RJ)

CONSELHO TÉCNICO CIENTÍFICO

Coordenador
Dr. José Jozefran Berto Freire

Membros
Dr. Victor Alexandre Percinio Gianvecchio
Dr. Alcindo Cerci Neto
Drª. Viviam Paula Lucianelli Spina
Dr. Sami Abder Rahim Jbara El Jundi
Dr. Demercindo Brandão Neto
Dr. Samuel Teixeira Gomes Ferreira
Dr. Pedro Artur Lobato Baptista

CONSELHO DE ENSINO, TITULAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

Coordenadora
Drª. Daniele Muñoz Gianvecchio

Membros
Drª. Carmen Silvia Molleis Galego Miziara
Drª. Silvia Cléa Coutinho Ramos
Drª. Anellys Emília Lourenço da Costa Moreira
Dr. Luiz Carlos Leal Prestes Junior
Dr. Flaviano Biváqua de Araújo
Dr. Renato Evando Moreira Filho
Dr. Norberto Rauen

DEPARTAMENTO DE DEFESA PROFISSIONAL

Coordenadora
Drª. Gabriela Graça Suares Pinto

Membros
Drª. Barbara Mary de Araújo Pereira
Dr. Luiz Guilherme Cardoso Moll
Drª. Marisa dos Santos Feiten
Drª. Maria de Fátima FVM
Drª. Ana Carolina de Almeida Couto
Dr. Marcus Barreto Conde
Dr. Marcos Antônio Alvarez
Drª. Maristela Gonçalves Olival
Dr. Marcelo Elias Shempf Cattan
Dr. Ricardo Campos Barcellos