perspectivas

MEDICINA LEGAL E
PERÍCIAS MÉDICAS

v.4 n.2 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 (Facultad 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 Ailton 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

P. 6

CARTA DO PRESIDENTE

Ivan Dieb Miziara

P. 7

CARTA DO EDITOR

José Jozefran Berto Freire

P. 12

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

A IMPORTÂNCIA DA TEORIA DA “PERDA DE UMA CHANCE”
SOB A ÓPTICA MÉDICO-PERICIAL

Autores: Leal LPFF, Spina VPL, Silva ER, Borracini JA, Panza FT

P. 18

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL DOS PACIENTES E PADRÃO DE LESÕES EM
TRAUMATISMOS FACIAIS ATENDIDOS NO HOSPITAL GERAL
DO ESTADO DE ALAGOAS

Autores: Moreira RT, Silva EDO, Costa JZF

P. 29

ARTIGO ORIGINAL

PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DOCUMENTAL EM MEDICINA
PERICIAL

Autor: Freire JJB

P. 40

ARTIGO ORIGINAL

TRANSTORNO MENTAL COMUM NÃO PSICÓTICO EM
MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Autores: Amemiya CEE, Aguiar LS, Miziara CSM, Serinolli MI,
Miziara ID

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 Comittee 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 registro 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 dos 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

Caros colegas, associados da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas, médicos peritos e médicos legistas, conseguimos mais um número de nossa revista científica – Perspectivas – o que é sempre um esforço de seu editor José Jozefran Berto Freire, e que sempre nos enche de orgulho.

A partir de agora, nossa sociedade disponibilizará a revista impressa a todos os associados adimplentes (além da versão online), como mais uma forma da atual gestão da ABMLPM se fazer presente no dia-a-dia de nossos associados.

O atual número apresenta artigos relevantes para a prática pericial, alguns deles controversos, tais como a questão da "perda de uma chance" (conceito advindo da jurisprudência francesa, mas ainda pouco assimilado por nós brasileiros), assim como uma proposta de avaliação documental em Medicina Pericial. Essa a nossa finalidade: estimular o debate de cunho científico e fático entre nossos associados, apresentar propostas que auxiliem a prática pericial para aqueles que labutam diariamente no auxílio à Justiça.

Por fim, gostaria de fazer um convite a todos. Aproxima-se nosso Congresso Sul-Sudeste, em outubro desse ano, em Foz do Iguaçu. Participem, inscrevam-se, aproveitem nossos eventos científicos com nossos convidados estrangeiros e nomes de renome da medicina pericial brasileira. Aproveitem também as belezas das Cataratas do Iguaçu, com passeios já programados.

Aguardo todos lá, para confraternizarmos e elevar o nome da nossa medicina pericial.

DR. IVAN DIEB MIZIARA

Presidente ABMLPM

CARTA DO EDITOR

Perspectivas chega a sua nona edição. Com menos de 3 anos de atividade, muito se evoluiu e muito mais há por fazer.

A Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas através de sua Diretoria Executiva vem envidando esforços continuados no sentido do fortalecimento da Revista, órgão mais importante de divulgação científica da especialidade.

Outro foco essencial da ABMLPM é a demonstração da cientificidade dos trabalhos científicos dos nossos colegas, corroborados em cada edição de Perspectivas

Nesta edição serão publicados temas que mostram ciência, doutrina, proposta de novo método na construção de documentos médico periciais, doutrina sobre a perda de uma chance, a situação cada vez mais difícil da violência sexual e os traumas faciais sob a ótica da Medicina Pericial.

Por fim, Perspectivas convida a todos para o Congresso Sul Sudeste da especialidade a ser realizada em Foz do Iguaçu no período de 09 à 11 de outubro de 2019.

Convidamos todos a uma boa leitura!

DR. JOSÉ JOZEFRA BERTO FREIRE

Editor - Cremesp 17288

O mais importante evento científico
da área de Medicina Legal e
Perícias Médicas.

REALIZAÇÃO

ABMLPM

Associação Brasileira de
Medicina Legal e Perícias Médicas

ORGANIZAÇÃO

**attitude
promo**

marketing e eventos
Cadastro - 24.042006.80.0001-0

Congresso Sul Sudeste de **Medicina Legal** e **Perícias Médicas**

09 a 11
de outubro
2019

Rafain Palace Hotel
Foz do Iguaçu/PR

Palestras com os principais
profissionais da área

Cursos

Oficinas

Prova de Título de Especialista

Trabalhos Científicos

**INSCRIÇÕES
ABERTAS**

www.congressoabmlpm2019.com.br

AGÊNCIA DE TURISMO OFICIAL

E-mail: reservas@nw7travel.com.br
Contato: +55 45 3573-1599 / 45 99154-1599 / 45 99902-5000

Congresso Sul Sudeste de **Medicina Legal** e **Perícias Médicas**

09 a 11
de outubro
2019

Rafain Palace Hotel
Foz do Iguaçu/PR

**Inscreva-se agora
mesmo e envie o seu
TRABALHO CIENTÍFICO**

PRAZO FINAL

20 de
AGOSTO

REALIZAÇÃO

ABMLPM

Associação Brasileira de
Medicina Legal e Perícias Médicas

ORGANIZAÇÃO

Cadastur - 24.042006.80.0001-0

CONHEÇA *Foz do Iguaçu*

*Passeio de
Helicóptero*

Cataratas

*Parque
das Aves*

*Marco das
3 Fronteiras*

*Passeios de
Barco*

*Hidrelétrica
ITAIPU*

*Compras
no Paraguai*

www.congressoabmlpm2019.com.br

AGÊNCIA DE TURISMO OFICIAL

E-mail: reservas@nw7travel.com.br
Contato: +55 45 3573-1599 / 45 99154-1599 / 45 99902-5000

A IMPORTÂNCIA DA TEORIA DA "PERDA DE UMA CHANCE" SOB A ÓPTICA MÉDICO PERICIAL

THE IMPORTANCE OF THE "LOSS OF A CHANCE" THEORY IN THE POINT OF VIEW OF FORENSIC MEDICINE

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO recebido 21/9/2018, aceito em 23/4/2019

Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 4910203611295452 - ID ORCID: 0000-0002-4219-0450

Viviam Paula Lucianelli Spina ⁽²⁾

Currículo Lattes: 8042791240784011 - ID ORCID: 0000-0001-9196-3061

Élcio Rodrigues da Silva ⁽²⁾

ID ORCID: 0000-0001-5771-2445

Jonas Aparecido Borracini ⁽²⁾

ID ORCID: 0000-0003-1531-5235

Fabio Tadeu Panza ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 5528930004210470 - ID ORCID: 0000-0001-7841-7461

⁽¹⁾ Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo, São Paulo-SP.

⁽²⁾ Juizado Especial Federal, São Paulo - SP

e-mail: lucaslealdr@uol.com.br

RESUMO

A "perda de uma chance" é uma teoria inovadora aceita no ordenamento jurídico brasileiro. O fornecimento adequado à autoridade competente de esclarecimentos sobre a matéria médica em discussão, no relatório técnico, baseados em conhecimentos científicos e se sopesando conceitos jurídicos, é responsável pela formação do convencimento do magistrado, contribuindo para que se faça justiça. Nesse prisma, é de grande interesse médico-legal que todo perito conheça aspectos doutrinários relacionados à "perda de uma chance". No âmbito do Direito Civil, nos casos em que se pleiteiam indenizações, e em especial naqueles que envolvem discussão sobre a assistência à saúde, a prova pericial deve ser completa e fazer compreender a real situação do indivíduo, visando à integral reparação do dano pessoal.

Palavras-chave: prova pericial; metodologias de avaliação de danos; indenização; dano; perda de uma chance.

ABSTRACT

The "loss of a chance" is an innovative theory accepted in the Brazilian legal system. The adequate supply to the competent authority for clarification on the matter at hand, according to the actual situation of the individual and based on medico-legal knowledge, is responsible for the formation of the magistrate's conviction, contributing to justice. In this light, it is of great medical-legal interest that every expert knows doctrinal aspects related to the "loss of a chance". In civil lawsuit, cases that involve claims specially about health care and compensation payments for alleged damages require a complete medical report. Expert evidence must translate the complexity of technical evaluation into a set of reasoned conclusions, according to the real situation of the individual and considering the general principle of full compensation of personal damages.

Keywords: expert testimony; damage assessment methodologies; compensation and redress; moral damage; loss of a chance.

1. INTRODUÇÃO

A vivência e o contato com a Medicina Legal indicam que um dos assuntos mais abordados no âmbito pericial é o que se refere à responsabilidade civil, proveniente da caracterização e da valoração de danos. As demandas judiciais que invocam a teoria da "perda de uma chance" nos casos em que se discute a prática médica são crescentes em nosso meio, designadamente nas hipóteses em que a alegada falha na assistência à saúde tenha reduzido as possibilidades de cura e sobrevivência do paciente ou tenha implicado prejuízos diversos, como o óbito. O estudo dessa entidade, que vem ganhando aplicabilidade pelos tribunais brasileiros, é de suma relevância, pois trata de uma evolução do instituto da responsabilidade civil, trazendo uma ampliação das possibilidades de reparação à vítima, que outrora não se podia cogitar (1,2,3,4,5). O perito também deve se adequar às transformações oriundas do desenvolvimento do Direito; sob este prisma, interessam os critérios específicos e adequados para sua avaliação. Ademais, o tema merece reflexões para se evitar desvirtuamentos, enquadramentos errôneos e até mesmo corrida desenfreada e irresponsável na busca de indenizações para qualquer situação (3,6).

2. DISCUSSÃO

A "perda de uma chance" é uma construção doutrinária inovadora aceita no ordenamento jurídico brasileiro como uma quarta categoria de dano, em sede de responsabilidade civil, ao lado dos danos materiais, morais e estéticos (1,2,5,7). Trata-se de teoria inspirada na doutrina francesa (*perte d'une chance*), que vem sendo alvo de diversas discussões estrangeiras já há algum tempo (1,2,3,5,6,8,9), trazendo a possibilidade de indenização pela perda da oportunidade de se obter uma vantagem ou de se evitar um prejuízo causado por ato ilícito de terceiro. Nesse sentido, prega a indenização em favor daquele que concretamente perde a viabilidade de uma futura vantagem, que tem frustrada uma futura oportunidade, que não é poupado de um dano, que tem inibida uma expectativa, que tem apagada uma esperança (8,10). Vislumbra-se sua aplicação em diversas circunstâncias e diversos ramos do Direito (5), ainda que não seja prevista textualmente em nenhum regramento pátrio vigente (3,7), que não seja uma questão pacífica nem na doutrina nem na

jurisprudência (3) e que haja resistência às inovações trazidas por essa nova concepção de dano (4), diante da necessidade de conceder à população a mais ampla e justa proteção possível aos seus direitos e garantias individuais (4,6). É garantia fundamental e princípio de responsabilidade civil que aquele que causa dano a outrem fica obrigado a reparar os prejuízos decorrentes do seu ato, de forma integral (1,6). Ao se admitir ter-se perdido uma chance, está se afirmado que essa chance que se perdeu era algo que já se possuía, algo com o que já se contava e está dissociada do resultado final que essa mesma chance poderia proporcionar ou servir de instrumento, porque a chance já existia (2). Esse tipo de dano é proveniente da privação injusta da possibilidade de se poder alcançar algo proveitoso. Destarte, a avaliação do dano advindo da perda de uma chance é importante, visando não à repressão e à condenação de um agente que venha a ser julgado culpado, mas à reparação mais abrangente possível do indivíduo prejudicado (2,3,4,10). Observa-se a utilização dessa teoria na prática forense, sendo diversas as hipóteses em que é possível caracterizar a perda de uma chance (2,5). O estudo da matéria contribui para melhor compreensão da extensão dos danos, bem como de suas espécies de aplicação e amplia a margem de satisfazer pretensões de maneira mais completa, minimizando danos (2).

A Responsabilidade Civil pela perda de uma chance é dotada de características bastante peculiares, uma vez que sua configuração, identificação e indenização são feitas de uma forma distinta da que é utilizada nas outras hipóteses que envolvem perdas e danos. É necessário que desapareça a probabilidade concreta de um evento que possibilitaria um benefício futuro para a pessoa - tendo-se um dano autônomo -, em virtude da conduta de outrem, para que seja caracterizada a teoria da perda de uma chance. Exige-se, sobretudo, que a chance caracterizada seja atual e também composta de seriedade e realidade (1,2,4,5,6,8), a partir de uma detida análise acerca da probabilidade de se alcançar uma vantagem ou de se evitar um prejuízo, eventualmente perdida em razão dos fatos em debate, a fim de que esse dano tenha de fato efeitos próprios. Não são objeto do Direito à reparação meras conjunturas de cunho subjetivo daquele que se sentiu lesado (2,11). Há

de se entender o dano dentro de uma probabilidade objetiva, e não mera possibilidade, porquanto, o dano potencial ou incerto, simples esperanças subjetivas e danos hipotéticos, no espectro da responsabilidade civil, em regra, não são indenizáveis (2,4,12). Ainda que a expectativa seja aleatória e seja impossível se afirmar que o dano pudesse ser evitado, deve-se ter inegavelmente a certeza da perda de oportunidade (1).

A ideia central da responsabilidade civil consiste na obrigação legal derivada que cada um tem de reparar os prejuízos decorrentes de seus atos em face de terceiros e de acordo com seus interesses particulares (3,13), sujeitando o infrator ao pagamento de uma compensação pecuniária à vítima, caso não possa restabelecer *in natura* seu *status quo ante* (1,13,14). O dano, em toda a sua extensão, há de ser considerado de modo global, contextualizado e personalizado, sopesando-se o estado anterior do indivíduo, abrangendo aquilo que efetivamente se perdeu ou se deixou de ganhar. Traz-se à baila uma nova concepção de dano autônomo, passível de indenização (4,6), a qual se dá quando resta provado o nexo de causalidade entre o ato e a perda de uma chance. A Constituição Federal (inciso V do artigo 5º) e o Código Civil (artigos 186, 187, 402, 927, 948 e 949), a exemplo de outros sistemas jurídicos estrangeiros, preveem a responsabilidade pela indenização proporcional e adequada a qualquer espécie de dano, incluindo aquela decorrente da perda de uma oportunidade por ato perpetrado por outrem, em que se dissipou a chance de se obter uma situação futura melhor (1,3,4,6,7,15).

Assim como nos casos em que se pleiteia reparação por danos materiais, morais e estéticos, a perda de uma chance também exige a presença de um dano, ocasionado por uma conduta culposa do agente para se formar o nexo causal e gerar a obrigação de indenizar. Não há, na realidade, unanimidade em sua verificação e quantificação (5) e essa teoria *sui generis* relativiza o ideal da imputabilidade jurídica no que tange ao nexo causal, uma vez que o dano advindo da perda de uma chance não é decorrente de causa direta e imediata (4). Todavia, é indispensável que se configure a conexão entre o ato e a chance tolhida. O dano que se origina a partir de uma oportunidade perdida é envolvido com probabilidade, no campo do desconhecido, em uma

situação em que muito provavelmente aconteceria algo favorável caso a conduta do agente não existisse, sendo o dano final indemonstrável. Importa, nesta seara, a avaliação técnica e a discussão fundamentada no que concerne à imputabilidade médica, à luz dos conhecimentos científicos, com vistas a melhor esclarecer o magistrado, sob a óptica médico-legal.

O sentido jurídico de chance é a probabilidade já pertencente ao indivíduo de obter um lucro ou vantagem a que faz jus, bem como evitar um prejuízo (2,3,6). A chance em si, desde que seja concreta, real, com alto grau de probabilidade de se obter um benefício ou de se evitar uma desvantagem, é considerada um bem jurídico autônomo, pois mescla institutos do dano material com institutos do dano moral, e é reparável (10). O prejuízo que deve ser provado para a configuração da teoria reside especificamente na perda de uma oportunidade, na perda do direito de poder utilizar a chance para alcançar o fim pretendido, e independe do resultado final (2,4,7,8). Como não se almeja indenizar a perda do resultado, mas da oportunidade, não há necessidade de provar se a pessoa seria ou não agraciada com o resultado último por ela cobijado (2). Note-se que a ação ou a omissão de um agente que prive outrem da oportunidade de chegar a um resultado, ainda que não seja objeto de certeza absoluta e fato futuro, permite que se reconheça um dano passível de indenização (4,6). Além disso, o dano deve apresentar repercussão certa para o indivíduo, em sua esfera patrimonial ou extrapatrimonial. Na realidade, não é fácil estabelecer até onde o fato em debate pode ter se projetado negativamente sobre o indivíduo. Deve-se, apreciação pericial do caso real, valer-se do experto de um juízo de razoabilidade, causal e técnico, levando em conta o desenvolvimento normal dos acontecimentos, caso não tivesse ocorrido o fato que interrompeu aquela chance de obtenção de um resultado favorável esperado.

Como se observa, não há que se falar em lesão ao direito subjetivo, mas, ao contrário, em lesão relacionada a direitos em expansão (6). A teoria da perda de uma chance constitui situação em que a prática de um ato de outrem inibe ou impossibilita a obtenção de algo que era legitimamente esperado, seja um resultado positivo ou a não

ocorrência de um prejuízo, gerando um dano cognoscível que enseje reparação (3,5). Podem-se atribuir tanto danos com valor econômico quanto não mensuráveis, sem que jamais se tenha a certeza se aquela probabilidade efetivamente verificar-se-ia no caso concreto, independentemente do resultado final, pois um fato interrompe o curso normal dos acontecimentos antes que se pudesse constatar se, de fato, aquela oportunidade concretizar-se-ia (5,6,7). Vale enfatizar que não é qualquer chance perdida, qualquer possibilidade de resultado útil que venha a ser interrompida, que pode ser levada em consideração pelo ordenamento jurídico para ser passível de indenização (2,4,6,8).

A fim de delimitar o *quantum debeatur*, o magistrado, com base no caso concreto, nos fatos provados nos autos e na sua convicção, faz um juízo de valor de maneira equitativa, buscando encontrar a melhor solução para a lide. A indenização não está relacionada com o resultado final; o que é tutelado não é a perda da vantagem esperada em si, mas a perda da chance de obter a vantagem ou evitar o prejuízo (1,3,4,6). Deve-se fazer uma distinção entre o resultado perdido e a real possibilidade de consegui-lo; a obstrução da chance de se atingir um objetivo também pode ser danosa a uma pessoa, porém, menos danosa do que a efetiva perda do objetivo. Após se aperceber do montante da chance perdida, apura o prognóstico e o benefício que o indivíduo conseguiria na hipótese de atingir o resultado esperado, porque o valor da indenização jamais poderá ser igual ou superior ao que receberia caso não tivesse sido privado da oportunidade de obter uma vantagem determinada (4). A perda de uma chance, de acordo com a doutrina, só será indenizável se houver a probabilidade de sucesso superior a cinquenta por cento, de onde se conclui que nem todos os casos de perda de uma chance serão indenizáveis (11,15) e a reparação da chance perdida sempre deverá ser inferior ao valor da vantagem esperada e definitivamente perdida pela vítima (10,12). O valor da indenização arbitrado pelo juiz é fixado tomando-se como parâmetro o valor total do resultado esperado e sobre este incidindo um coeficiente de redução proporcional às probabilidades reais de atingimento do resultado final esperado (6).

Na sequência dessas considerações jurídicas teóricas acerca da "perda de uma chance",

podemos ilustrar a questão apresentada com algumas situações que se encontram com frequência na prática médico-pericial, mormente - mas não exclusivamente - nos casos em que se discute a assistência prestada à saúde do indivíduo, pleiteando-se reparação de danos. A abordagem e a subsequente avaliação dessa questão são de especial interesse pericial, visto que eventos cirúrgicos adversos contribuem significativamente para a morbimortalidade de indivíduos. Ginecologia-obstetrícia, cirurgia geral, ortopedia e anestesia permanecem como as áreas médicas em que processos de responsabilidade civil são mais frequentes (16,17,18,19,20).

A obstetrícia é uma das especialidades médicas mais demandadas administrativamente e judicialmente com a alegação de assistência inadequada. Isso pode ser explicado por não cuidar de enfermos, mas auxiliar em eventos fisiológicos da mulher - a gestação e o parto -, em que não se esperam eventos adversos ou desfechos desfavoráveis (21). Um exemplo é a ocorrência de sofrimento fetal agudo com nascimento de neonato deprimido que necessita de cuidados intensivos e evolui com quadro sequelar neurológico. Os principais questionamentos são se o trabalho de parto foi prolongado e se havia indicação de cesárea precoce, que poderiam evitar o sofrimento fetal e, assim, as lesões no infante. É de suma importância o papel da perícia médica, cujo objetivo é determinar se o tempo de trabalho de parto ocorreu conforme o esperado para a paridade dentro dos conhecimentos científicos; se a via de parto era adequada para aquele caso (via vaginal ou cesáreo); se havia sinais precoces que indicassem sofrimento fetal; se o parto foi oportuno, e, finalmente, se o estado crítico do neonato era evitável ou não. Na hipótese de caracterização de nexo de causalidade entre a assistência obstétrica e as condições fetais e neonatais, determina-se a perda de uma chance de evolução diversa neonatal e do melhor prognóstico do neurodesenvolvimento dessa criança. Outro exemplo é nos casos de gestação pós-data (acima de 40 semanas), pois se sabe, dentro da doutrina médica, que as gestações acima de 42 semanas (ditas gestações prolongadas) têm estatisticamente maior morbimortalidade neonatal, sendo protocolo médico do Ministério da Saúde a condução do parto a partir de 41 semanas (22). No

caso de erro na determinação da idade gestacional durante a assistência obstétrica, com dispensa da paciente com gestação acima de 41 semanas, e posterior complicação fetal, determina-se a perda de uma chance de evolução e prognóstico diversos do neonato, pela não indicação oportuna do parto. Contudo, não é possível afirmar de maneira inequívoca que, se o parto ocorresse em momento anterior, o neonato não apresentaria qualquer complicação. Tem-se, também, por exemplo, o caso de um neonato que foi a óbito por malformação cardíaca sem a oportunidade de tratamento pela não realização de ultrassonografia morfológica ou do não diagnóstico dessa malformação no exame, determinando a perda de uma chance de prognóstico diverso, ou seja, de vida. Sabe-se que um dos objetivos do pré-natal é o diagnóstico de malformações fetais, com a realização de ultrassonografia morfológica no segundo trimestre de gestação²³ e que os grandes defeitos cardíacos que necessitam de correção cirúrgica precoce no período neonatal requerem programação do parto e organização da logística e da infraestrutura hospitalar neonatal, para melhor assistir a criança, com o tratamento cirúrgico oportuno (24), o que determina grande impacto na sobrevida dessa criança.

Os eventos que mais frequentemente motivam as reivindicações contra cirurgias incluem retardo no diagnóstico, falha no monitoramento do paciente, tratamento tardio, desvio do estado da arte médica, dentre outros, tidos como as principais violações reais ou supostas do dever de cuidado médico (19,25,26,27). A realização de intervenção operatória decorrido de lapso temporal não satisfatório nem habitual, assim como a ausência de indicação de tratamento cirúrgico ante quadro típico de abdome agudo, maculando a assistência médica prestada, caracteriza situação de "perda de uma chance" de evolução favorável, com menores índices de infecção e outras complicações associadas. A afecção de saúde associada ao maior número de reclamações, em relação à especialidade cirúrgica, é a apendicite aguda (28). A adoção de medidas não consagradas, a instituição de tratamento impertinente, ou o não esgotamento de todos os meios necessários ao restabelecimento da saúde do indivíduo comprometem a possibilidade de cura do paciente, como ocorre

também no erro diagnóstico e em situação que possa até vir a ser caracterizada como omissão de socorro.

Outros casos podem caracterizar a "perda de uma chance", tais como: a punção líquórica que não foi realizada em tempo hábil e impossibilitou a administração precoce de antimicrobianos, evoluindo o indivíduo à morte por meningite; o quadro de insuficiência coronariana aguda que, por ocasião de seu atendimento, não teve seguido o protocolo diagnóstico-terapêutico recomendado, comprometendo as chances de sobrevivência; a troca de resultado de exame que teria proferido um diagnóstico não equivocado de início, retirando do indivíduo as chances do tratamento devido e até da cura doença que lhe acometia; o falecimento da pessoa enquanto aguardava por dias a autorização da realização de um procedimento cirúrgico, em caráter de urgência, solicitado à seguradora, por entraves burocráticos; e a não realização de um diagnóstico precoce de câncer de mama na assistência médica que não seguiu os protocolos de rastreamento preconizados pelo Ministério da Saúde ou Sociedade Brasileira de Mastologia, considerando que o diagnóstico precoce determina mudança no tratamento (mais conservador), no prognóstico e na sobrevida da paciente.

Inclui-se também como exemplo, mas não relacionado à suposta má prática médica, a pericianda, jovem, em ascendente carreira de modelo, que se envolve em acidente automobilístico, apresentando alteração grave da estética facial, estimada em grau 5 em uma escala de 7 graus de gravidade crescente, consoante critérios especializados médico-legais (29), com perda de uma chance de se destacar e evoluir profissionalmente.

3. CONCLUSÃO

No âmbito da avaliação de danos corporais, a prova pericial é essencialmente médica (30). A função do perito é saber dar resposta ao objeto da perícia, procurando traduzir a complexidade da avaliação técnica em um conjunto de conclusões fundamentadas, contribuindo com a Justiça (20). O laudo médico deve ser completo e fazer compreender a situação real do indivíduo, sendo imprescindível que o dano seja identificado, descrito e valorado de acordo com rigoroso método

científico, avaliado dentro do princípio geral da reparação integral dos danos, de modo objetivo e contextualizado (20,30,31). Essa teoria singular - a "perda de uma chance" - não pode ser desprezada pelo Direito quando encontrados os requisitos necessários para sua aplicação, sendo imperiosa a análise pericial apurada do caso concreto, considerando-se principalmente a razoabilidade e a probabilidade da ocorrência do resultado que se buscava e que se alega ter sido perdida, uma vez ceifada uma chance plausível, considerável, significativa, séria e real. Há de se enfatizar, no meio médico-pericial especializado, que é necessário se reconhecer essa entidade e se incorpore, quando for o caso, a discussão da matéria na elaboração do laudo pericial, embasada em literatura especializada, nas experiências normais da vida e nas circunstâncias especiais do caso em comento, abarcando-se conceitos jurídicos que necessitam ser aclarados pelo conhecimento médico.

Considere-se que, tão importante quanto reconhecer a existência desse tipo de dano, é a sua valoração com acuidade e perspicácia, quando se pleiteia sua reparação e com especial destaque nos casos em que se discute a assistência prestada à saúde, ante um caso de alegada má prática médica. A devida análise da situação, em determinado panorama, uma vez demonstrado o dano viável, auxiliará o julgador, com base em diretrizes técnicas, critérios específicos e vigentes, assim como na jurisprudência, a decidir se é cabível a aplicação da teoria para a concessão de indenização por essa espécie de dano, de modo construído e fundamentado.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nascimento SRSS. Teoria da perda de uma chance: requisitos para aplicação. Rev Jus Navigandi. Teresina, 2013; 3515:1-2. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/23709>
2. Duque BL, Fonseca CAM. A teoria pela perda de uma chance e a sua caracterização como dano emergente. Âmbito Jur. Rio Grande, 2011; 95:1-2. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10782
3. Oliveira KS. A teoria da perda de uma chance: Nova vertente na responsabilidade civil. Âmbito Jur. Rio Grande, 2010; 83:1-2. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8762&revista_caderno=7
4. Lopes RNF. Responsabilidade civil pela perda de uma chance. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3861/Responsabilidade-civil-pela-perda-de-uma-chance>
5. Ferrara GG. Aspectos gerais sobre a teoria da perda de uma chance: quando uma oportunidade perdida é causa de indenizar. Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI245438,31047Aspectos+gerais+sobre+a+teoria+da+perda+de+uma+chance+quando+uma>
6. Melo RS. Indenização pela perda de uma chance. Bol Jur. Uberaba, 5, no 224. Disponível em: <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1785>
7. Dutra LHM. A Teoria da Perda da Chance surge no Direito Francês como um complemento da noção da "responsabilidade" no âmbito cível, considerando-se a impossibilidade de exercício de uma oportunidade. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7549/A-teoria-da-perda-de-uma-chance>
8. Wanderley NTR. A perda de uma chance como uma nova espécie de dano indenizável. Rev Jus Navigandi. Teresina, 2012; 3403:p1-2. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/22889>
9. Martins RSM. Aborda o polêmico assunto da responsabilidade civil nos casos da perda de uma chance de uma pessoa praticar determinado ato por culpa de outrem. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/5765/A-indenizacao-pela-perda-de-uma-chance>
10. Rizzardo Filho A. Perda de uma chance e indenização por provável vantagem frustrada. Disponível em: <http://espacovital.com.br/publicacao-29595-perda-de-uma-chance-e-indenizacao-por-provavel-vantagem-frustrada--artigo-de-arnaldo-rizzardo-filho>
11. Farias CC, Rosenvald N. Direito das obrigações. 4ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2010.
12. Silva RP. Responsabilidade Civil pela Perda de uma Chance. Disponível em: <http://www.veja-direito.com/2012/04/silva-rafael-peteffi-da.html>
13. Gagliano OS, Pamplona Filho R. Novo Curso de Direito Civil - Responsabilidade Civil. 7ed. São Paulo: Saraiva; 2009.

14. Gonçalves CR, Carlos Roberto. Responsabilidade Civil. 10ed. São Paulo: Saraiva; 2007.
15. Cavalieri Filho S. Programa de Responsabilidade Civil. 8ed. São Paulo: Atlas; 2008.
16. Boyaciyen K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(3):p144-147.
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O médico e a justiça: um estudo sobre ações judiciais relacionadas ao exercício profissional da medicina. São Paulo: CREMESP; 2006.
18. Bitencourt AVG, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. Rev Bras Educ Med. 2007; 31(3):p223228.
19. Maier C. Medical malpractice 2000. Malpractice from the viewpoint of expert witnesses if a malpractice insurance carrier. Versicherungsmedizin. 2001; 53(3):p129-137.
20. Leal LPFF, Milagres A. A importância do laudo pericial médico na formação do entendimento do juízo: análise de casos de suposta má prática médica em cirurgia geral. Saúde, Ética & Just. 2012; 17(2):p82-90.
21. 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.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestações de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
23. Noronha Neto C, Souza ASRD, Moraes Filho OB, Noronha AMB. Importância da ultrassonografia de rotina na prática obstétrica segundo as evidências científicas. Femina 2009; 37(5):p239-245.
24. Zielinsky P. Malformações cardíacas fetais. Diagnóstico e conduta. Arq Bras Cardiol. 1997; 69(3):p209-218.
25. Conklin LS, Bernstein C, Bartholomew L, Oliva-Hemker M. Medical malpractice in gastroenterology. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008 ;6(6):p677-681.
26. Griffen FD, Stephens LS, Alexander JB, Bailey HR, Maizel SE, Sutton BH et al. The American College of Surgeons' closed claims study: new insights for improving care. J Am Coll Surg. 2007; 204(4):p561-569.
27. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. Arch Intern Med. 2007; 167(19):p2030-2036.
28. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. Acad Emerg Med. 2010; 17(5):p553-560.
29. Leal LPFF, Silva ER, Spina VPL, Borracini JA, Panza FT. Valoração Médico-Pericial do Dano Estético. Saúde, Ética & Just. 2017; 22(1):p41-49.
30. Leal LPFF, Silva ER, Spina VPL, Borracini JA, Panza FT. A atuação médico-pericial na avaliação de danos corporais. Rev Temas IMESC. 2017; 5(1):p 11-18.
31. Borracini JA, Leal LPFF, Silva ER, Spina VPL, Panza FT. Considerações médico-periciais para a avaliação do Dano Futuro. Perspect. Med. Leg. Perícias Méd. 2018; 5(2).

PERFIL DOS PACIENTES E PADRÃO DE LESÕES EM TRAUMATISMOS FACIAIS ATENDIDOS NO HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

PATIENTS PROFILE AND PATTERN OF INJURIES IN FACIAL TRAUMATISMS ATTENDED AT THE GENERAL HOSPITAL OF THE STATE OF ALAGOAS

ARTIGO ORIGINAL recebido em 30/04/2019, aceito em 10/05/2019

O trabalho foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFAL), sendo considerado aprovado sob o processo nº 15981413.7.0000.5013. Este artigo é derivado de dissertação de mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Pernambuco. Os autores informam a não existência de conflito de interesse.

Raphael Teixeira Moreira ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 9734681646665339 - ID ORCID: 0000-0002-8134-1549

Emanuel Dias de Oliveira e Silva ⁽²⁾

Currículo Lattes: 3281252094181514 - ID ORCID: 0000-0002-7482-7815

José Zenou Costa Filho ⁽³⁾

Currículo Lattes: 4907573900360878 - ID ORCID: 0000-0001-7766-6490

⁽¹⁾ Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Alcides Carneiro - Campina Grande - PB

⁽²⁾ Professor Adjunto IV da Universidade de Pernambuco - Recife - PE

⁽³⁾ Professor Adjunto IV da Universidade Federal de Alagoas - Maceió - AL

e-mail: dr.rafaelbmf@gmail.com

RESUMO

O trauma de face figura com grande incidência em agressões físicas e acidentes, pela posição de vulnerabilidade no corpo. Está sujeito a modificações do agente etiológico e padrão de lesão de acordo com o perfil sociocultural e econômico da região. Este estudo tem natureza transversal, observacional, de análise predominantemente descritiva. Ele foi realizado no Hospital Geral do Estado de Alagoas, utilizando dados coletados de prontuários de pacientes no período de janeiro a junho de 2012, com o intuito de traçar o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de traumatismos faciais, sendo observadas as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, etiologia e se houve ingestão alcoólica. Ainda foram analisados o padrão das lesões, o tipo e a localização na face. Durante o estudo, observou-se uma prevalência de 72% de indivíduos masculinos, sendo que a maior parte das vítimas eram adultos ou jovens, atingindo 35,6% e 32% dos casos, respectivamente. Quanto ao tipo de lesão, a mais frequente consistiu na contusão (90,6%) e a região mais afetada correspondeu à nasal (21%). As etiologias mais frequentes corresponderam aos acidentes de trânsito (33%) e às quedas (33%). Quinze por cento dos indivíduos envolvidos em acidentes de trânsito ingeriram bebida alcoólica. A partir deste estudo, podem ser fornecidos dados úteis para a elaboração de políticas públicas para campanhas preventivas, mais adequadas à situação vivida pela população, além de protocolos clínicos.

Palavras-chave: Epidemiologia; Ferimentos e lesões; Traumatismos faciais.

ABSTRACT

The trauma of the face appears with great incidence in physical aggressions and accidents, by the position of vulnerability in the body. It is subject to modifications of the etiologic agent and lesion pattern according to the socio-cultural and economic profile of the region. This study has a transverse, observational nature, of

predominantly descriptive analysis. The same was done at the General Hospital of the State of Alagoas, using data collected from patient records from January to June 2012, with the aim of tracing the epidemiological profile of victims of facial trauma, with the following variables: gender, age, etiology, and alcohol intake. The lesion pattern, type and location on the face were also analyzed. During the study, a prevalence of 72% of males was observed, with the majority of the victims being adults or young people, reaching 35.6% and 32% of the cases, respectively. As to the type of lesion, the most frequent was the contusion (90.6%) and the region most affected corresponded to the nasal (21%). The most frequent etiologies corresponded to traffic accidents (33%) and falls (33%). Fifteen percent of the individuals involved in traffic accidents made use of alcoholic beverage. From this study can be provided useful data for the elaboration of public policies for preventive campaigns, more appropriate to the situation lived by the population, as well as clinical protocols.

Keywords: Epidemiology; Wounds and injuries; Facial trauma.

1. INTRODUÇÃO

O trauma corresponde a uma doença frequente nos hospitais de urgência, sendo a face a região mais facilmente acometida por sua posição vulnerável. Os traumatismos de face são objeto de inúmeras análises epidemiológicas, a fim de se propor novos conceitos para sempre evoluir com formas de tratamento mais adequadas (1).

Esses traumatismos comumente são causados por agressões, acidentes, quedas e práticas esportivas, e vão variar de acordo com a região geográfica estudada, diferenças culturais, econômicas e sociais (2).

Os traumatismos faciais, em sua etiologia, correntemente apresentam diferenças entre as populações estudadas, variando em tipo e severidade, estando relacionados a diferenças culturais e a fatores de riscos existentes entre os grupos (3,4).

A verificação da etiologia desses ferimentos fornece informações sobre os padrões de comportamento da população de diferentes regiões e também pode ajudar a identificar maneiras de prevenir tais lesões, melhorando a qualidade de vida da população da localidade e diminuindo gastos para tratamento desses doentes (5).

Na maioria das pesquisas, os pacientes do gênero masculino e jovens correspondem à população mais acometida por traumatismos, pois estão mais inseridos em atividades esportivas, acidentes de trânsito e violência urbana¹.

As lesões causadas por acidentes de trânsito ocorrem em qualquer faixa etária, sendo que o impacto é maior nos jovens. Dessa forma, o acidente de trânsito é a primeira causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos (6).

O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar retrospectivamente as características

epidemiológicas de prevalência, tipos de ferimentos e o perfil dos pacientes vítimas de traumatismos faciais atendidos pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral do Estado de Alagoas, trazendo, assim, dados a respeito do traumatismo facial nesse Estado.

O uso de substâncias psicoativas, inclusive o álcool, comportamentos impulsivos associados a envolvimento em episódios violentos, posse de armas de fogo, são exemplos de alguns dos inúmeros fatores de risco, associados fortemente ao envolvimento de jovens do gênero masculino com os traumatismos faciais (7).

Os fatores etiológicos dos traumatismos faciais descritos incluem acidentes de trânsito, agressões físicas, acidentes desportivos, quedas e acidentes de trabalho. Ter o conhecimento a respeito da etiologia dos ferimentos de face fornece informações sobre os mecanismos das lesões, fatores de risco envolvidos com os traumas e padrões de comportamento dos indivíduos (4).

Há décadas os estudos apontam os acidentes de trânsito como principal causa da etiologia do trauma facial. Porém, mudanças culturais e sociais, como o aumento da violência urbana, associado a conflitos socioeconômicos, envelhecimento da população, maior rigor na fiscalização de trânsito, tendem a aumentar a incidência de etiologias antes não tão relevantes, como as quedas e as agressões físicas (8).

2. MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, do tipo observacional, de caráter descritivo. A coleta de dados foi feita no Hospital Geral do Estado em Maceió (AL). Foram coletadas as informações dos prontuários dos pacientes vítimas de traumatismo

facial atendidos pelo setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, no período de janeiro a junho de 2012. Ao todo, foram inclusos 1.384 casos no presente estudo. Os dados foram extraídos dos prontuários por meio da análise das seguintes variáveis: grupos etários (divididos em menores de idade, adultos jovens, adultos e idosos); gênero (masculino e feminino); etiologia (acidente automobilístico, motociclístico, ciclístico, atropelamento, agressão física (companheiro; não companheiro), acidentes de trabalho, acidentes esportivos, acidentes com arame farpado, quedas e outras que não se enquadrassem nestas categorias); se houve ingestão alcoólica, os tecidos acometidos e a região da lesão (intrabucal; auricular; periorbital; frontal; nasal; mentoniana; labial; zigomática; maxilar; mandibular; pré-auricular; superciliar) e a classificação da lesão (contusão, laceração, abrasão ou outros). Os dados foram transferidos para um sistema de coleta informatizado (*software* Microsoft Excel 2013®).

Fez-se a análise estatística descritiva e inferencial dos dados não paramétricos por meio do programa Statistical Package for Social Studies - SPSS 25.0. Os autores informam a inexistência de conflito de interesse na realização desta pesquisa.

3. RESULTADOS

Foram analisados 1.384 prontuários de pacientes vítimas de traumatismo facial, cuja faixa etária variou de 1 a 107 anos, tendo uma média de idade de 27,4 anos. Dentro desse grupo, 443 pacientes (32%) eram menores que 18 anos, 386 pacientes (27,9%) estavam entre 18-30 anos, 493 (35,6%) entre 31-64 anos e 62 pacientes (4,5%) com 65 anos ou mais, de acordo com o Gráfico 1:

Gráf. 1: Distribuição dos pacientes vítimas de traumatismo facial por grupos etários.

Quando analisada a variável gênero, o masculino foi predominantemente acometido por

traumatismos de face, sendo representado por 992 casos (72%); o gênero feminino foi representado por 392 casos (28%), revelando uma proporção entre homens e mulheres de 2,5:1, de acordo com o Gráfico 2:

Graf. 2: Distribuição dos pacientes vítimas de traumatismo facial por gênero.

Fazendo a análise estatística, constatou-se diferença estatisticamente significativa pelo teste Qui quadrado (p valor=0,04) entre os gêneros, conforme Tabela 1:

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-17	315	128	443
18-30	300	86	386
31-64	340	153	493
>65	37	25	62
TOTAL	992	392	1384

Tab. 1: Distribuição dos pacientes de acordo com gênero e faixa etária.

Os principais fatores etiológicos dos traumatismos na população estudada tiveram a seguinte ordem: quedas, com 33% dos casos; acidentes de trânsito, 33%, e as agressões físicas representaram 23% dos casos analisados. Os casos com menor incidência corresponderam aos acidentes esportivos (3%); acidentes de trabalho (1%) e outras causas (7%), como se pode observar no Gráfico 3:

Graf. 3: Distribuição dos pacientes vítimas de traumatismo facial de acordo com a etiologia.

Etiologia específica	Masculino	Feminino
QUEDA	261	198
Agressão física (não companheiro)	236	70
Motocicleta	166	26
Bicicleta	101	20
Automobilístico	60	26
Atropelamento	41	17
Agressão física (companheiro)	13	3
Injúria esportiva	30	5
Acidente de trabalho	17	0
Mordedura de animal	9	5
Arame farpado	46	19
Coice de cavalo	10	0
Lesão por corpo estranho	2	2
Mordida humana	0	1
Total	992	392

Tab. 2: Distribuição dos pacientes de acordo com a etiologia específica e o gênero.

Etiologia	0-17 anos	18-30 anos	31-64 anos	65 anos ou+
Queda	194	78	150	37
Agressão física (não companheiro)	82	108	110	6
Motocicleta	44	81	62	5
Bicicleta	39	27	51	4
Automobilístico	19	33	31	3
Atropelamento	16	12	27	3
Agressão física (companheiro)	0	12	4	0
Injúria esportiva	11	10	14	0
Acidente de trabalho	3	2	11	1
Mordedura de animal	8	2	4	0
Arame farpado	22	15	26	2

Tab. 3: Distribuição da etiologia específica do trauma facial de acordo com a faixa etária.

Os traumatismos faciais decorrentes de quedas corresponderam à etiologia mais frequente nos extremos de idade, como está descrito no Gráfico 4:

Gráf. 4: Incidência dos traumatismos faciais por queda nas diferentes faixas etárias.

Por meio da análise da etiologia do trauma facial na faixa etária correspondente até 7 anos, as quedas corresponderam a 53% dos casos, seguidas pela etiologia agressão física (14%).

Gráf. 5: Etiologia dos traumatismos faciais em crianças até 7 anos.

Analisando a etiologia do trauma facial na faixa etária correspondente aos pacientes com idade acima de 64 anos, encontrou-se uma grande incidência de quedas, com 60% dos casos.

Gráf. 6: Etiologia dos traumatismos faciais em idosos.

Os acidentes de trânsito foram subdivididos em acidentes motociclisticos (42%), automobilísticos (19%), ciclísticos (26%) e atropelamentos (13%), conforme o Gráfico 7:

Gráf. 7: Distribuição dos acidentes de trânsito.

De toda a população analisada, 99 dos pacientes (7%) informaram ter ingerido bebida alcoólica previamente ao traumatismo de face. Dos pacientes

que fizeram ingestão de bebida alcoólica, 92% eram do gênero masculino.

Graf. 8: Distribuição de gênero nos pacientes vítimas de traumatismo facial que fizeram uso de bebida alcoólica.

Os tecidos moles foram acometidos em 82% dos traumatismos faciais, seguidos das fraturas (11%) e dos traumatismos dentários (7%), de acordo com o Gráfico 9:

Graf. 9: Distribuição dos tecidos acometidos nos traumatismos faciais.

As regiões mais acometidas nos pacientes traumatizados de face corresponderam à nasal e à labial, como está referenciado na Tabela 4:

Região acometida	Incidência
Nariz	292
Lábios	265
Supercílio	183
Mentoniana	178
Intrabucal	168
Zigomática	155
Periorbital	143
Frontal	139
Mandibular	68
Maxilar	26
Auricular	16
Pré-auricular	4

Tab. 4: Incidência das regiões acometidas nos traumatismos faciais.

A lesão de tecido mole mais prevalente correspondeu à contusão, presente em 90,6% dos

casos de traumatismos faciais, seguida por laceração (55%), abrasão (5,8%) e outros ferimentos (3,8%), conforme Tabela 5:

Classificação da lesão	Número de lesões
Contusão	1254
Laceração	762
Abrasão	80
Outros	53

Tab. 5: Classificação das lesões de tecidos moles.

4. DISCUSSÃO

A média de idade da população estudada foi 27,4 anos. Encontrou-se uma predominância de pacientes adultos que estavam compreendidos entre 31-64 anos (35,6%), seguido dos menores de idade - até 17 anos (32%), adultos jovens de 18-30 anos (27,9%) e, menos incidente, a faixa etária dos idosos com mais de 64 anos (4,5%), como se pode observar no Gráfico 1. No estudo de Brasileiro e Passeri (2006), a média de idade dos traumatismos faciais correspondeu a 28 anos. Também se encontrou uma predominância de pacientes acometidos por traumatismos faciais compreendidos na faixa etária dos 31 aos 60 anos, com 32% dos casos acometidos, além de uma menor prevalência da faixa etária dos pacientes com mais de 60 anos, com apenas 5,3% dos casos, condizente com os resultados desta pesquisa.

Os resultados deste estudo determinaram uma relação masculino/feminino de 2,5:1 (Gráfico 2), consistentes com os dados encontrados por Scartezini et al., (2016), que encontraram uma relação 2,6:1 masculino/feminino. Maliska et al. (2009) demonstraram uma relação ainda mais discrepante em seu estudo, 4,3:1. Em unanimidade, os estudos mostram uma prevalência do gênero masculino, em variações que vão de 2:1 a 20:1. Percebe-se uma tendência para equivalência na proporção entre masculino/feminino devido à mudança cultural de comportamento e práticas esportivas das mulheres, apresentando uma tendência para uniformidade entre eles (10). No entanto, deve-se levar em consideração a questão cultural no Brasil, onde as mulheres tendem a procurar mais assistência de saúde em relação aos homens, sendo um fator que pode influenciar nessa proporção (11).

No presente estudo, houve prevalência das quedas com 33% e dos acidentes de trânsito, também com 33% dos traumatismos faciais. Os traumas de face decorrentes de agressão incidiram em 23% da população geral, de acordo com o Gráfico 3. Esses dados corroboram com Scartezini et al. (2016), para quem os acidentes de trânsito e as quedas prevalecem com 30,6% e 27,7% dos casos, respectivamente, seguido pelas agressões, com 21,5% dos casos. O estudo de Brasileiro e Passeri (2006), cujos acidentes de trânsito figuraram com 45%, as quedas com 21,7% e as agressões com 19% dos casos analisados. Rezaei et al. (2017) encontraram uma incidência importante em relação à etiologia acidente de trânsito, com 75% dos casos relacionados ao trauma de face. O não cumprimento das leis de trânsito, normas de segurança e vias de tráfego em bom estado de conservação ainda correspondem a um problema evidente que propicia grande parte dos traumatismos em geral. Além disso, uma densidade de veículo por habitante aumentada fatalmente eleva os acidentes de trânsito a uma grande relevância estatística sobre outras etiologias (10). Analisando especificamente os 458 traumatismos de face causados por acidentes de trânsito, pôde-se identificar 42% dos casos decorrentes de acidentes motociclísticos, 26% de acidentes ciclísticos, 19% de acidentes automobilísticos e 13% de atropelamentos, como se pode observar no Gráfico 7. Brasileiro e Passeri (2006), em estudo realizado no Sudeste do Brasil, também encontraram um menor índice de traumas faciais decorrentes de atropelamentos (8,5%), mas encontraram uma incidência maior nos acidentes ciclísticos (33,6%), seguidos pelos acidentes automobilísticos (31%) e acidentes motociclísticos (26,9%). Ribeiro et al. (2016), em estudo realizado no Norte do Brasil, encontraram uma alta incidência dos acidentes motociclísticos com 76% dos casos, 10,6% dos casos de atropelamento, 8,5% de acidentes automobilísticos e 6,9% de acidentes ciclísticos. Essas discrepâncias em relação ao tipo de acidente de trânsito remetem às diferenças sociais e culturais as quais interferem na etiologia dos traumas faciais, pois em um mesmo país, mas em regiões diferentes, podem-se identificar flutuações importantes, principalmente a etiologia motocicleta, com grande incidência nas regiões Norte-Nordeste do Brasil. A

facilidade de adquirir motocicleta, devido ao custo mais baixo, a deficiência na fiscalização de trânsito, principalmente em cidades menores em relação ao uso do capacete de segurança; o precário controle na vistoria das carteiras de habilitação; o excesso de ingestão de bebida alcoólica, são fatores que influenciam nessas diferenças.

Segundo Lyra et al. (2018), no ano de 2012, período dos traumatismos analisados, houve 407 óbitos por acidentes com veículos automotores no Estado de Alagoas. Esse fato pode indicar uma incidência mais baixa de traumatismos faciais decorrentes de acidentes automobilísticos e motociclísticos, pois eles envolvem, geralmente, impactos de alta energia e, por isso, podem causar lesões múltiplas pelo mecanismo do trauma, subnotificando esse grupo⁵. O trauma corresponde à principal causa de mortalidade nos primeiros 40 anos de vida, além da causa mais frequente da perda de produtividade, superando as doenças cardíacas e os cânceres combinados (3).

Outro fator que pode estar associado a uma subnotificação dos traumatismos faciais se refere à incidência de homicídios por arma de fogo, que não foram incluídos no estudo, pois óbitos constatados no local do crime seguem para o Instituto Médico Legal, não gerando estatística hospitalar. O Estado de Alagoas correspondeu ao Estado brasileiro com maior índice de homicídios por arma de fogo no período analisado (14).

No presente estudo, no grupo de pacientes que estava na faixa etária até os 7 anos de idade, a etiologia queda correspondeu a 53% dos casos, como se pode observar no Gráfico 5. Cárdenas (2010), em um estudo retrospectivo, encontrou em uma população de crianças com até 5 anos uma incidência de 66% de traumatismo facial causado por queda. Em um estudo avaliando 311 pacientes pediátricos com ferimentos faciais, Martins et al. (2002) concluíram que as quedas corresponderam à etiologia mais frequente, com 49,1% dos casos, associando essa alta incidência, na maioria dos casos, ao pouco cuidado dos pais em relação às crianças, que caem de camas, berços ou da própria altura por ainda não desenvolver plenamente a coordenação motora.

Ainda referente aos traumatismos na população pediátrica, os pacientes com até 7 anos, nesta amostra, tiveram como segunda etiologia mais

frequente as agressões físicas, com 14% dos casos, diferença significativa dos resultados encontrados no estudo de Al Shetawi et al. (2016), que encontraram uma incidência de 48% da etiologia agressão física para o trauma facial. Deve-se levar em consideração a subnotificação que deve existir para essa faixa etária de pacientes agredidos fisicamente, que podem sofrer represália e não discorrer ao profissional de saúde a respeito da real etiologia. Moura et al. (2016) referem que os traumas domésticos por agressão física não são raros. Eventualmente, pacientes com múltiplos ferimentos, em diferentes estágios de cicatrização, caracterizam a síndrome da criança espancada, que é de notificação compulsória pelo profissional da saúde. Referem ainda que, de modo geral, pela anatomia, com grande quantidade de tecido adiposo para proteção, seios paranasais pouco desenvolvidos, tecido ósseo mais plástico, há uma incidência menor de fraturas faciais em crianças que em adultos.

Em relação às quedas na população, compreendida na faixa etária maior que 64 anos, elas corresponderam a 60% da etiologia, como se observa no Gráfico 6, um resultado semelhante ao apresentado por Cidade (2013), que apresenta uma incidência de 61,6% dos pacientes de uma população de 237 idosas acometida por traumatismos faciais decorrente de quedas, em Piracicaba (SP). Macedo et al. (2008), em um estudo epidemiológico de 711 pacientes vítimas de traumatismos faciais em Brasília (DF), enfatizaram a alta incidência da etiologia queda nos extremos de idade, em especial à população idosa, para quem, em 73,4% dos casos de trauma de face, a etiologia foi queda. Esses resultados corroboram com a maioria dos estudos que avaliam os traumatismos faciais na população idosa, segundo Boffano et al. (2014). Isso pode ser explicado pela diminuição da propriocepção nessa faixa etária, maior fraqueza, diminuição dos reflexos de defesa, tremores e, às vezes, associado ao uso contínuo de fármacos psicotrópicos (21).

Segundo Grampel (2010), os pacientes mais jovens apresentam maior resistência a traumatismos mais severos, enquanto os pacientes idosos geralmente vão a óbito antes mesmo de darem entrada no hospital, fato esse que pode causar menor notificação dos acidentes automobilísticos nessa

população, que é atendida em maior frequência por contusões mais leves decorrentes das quedas.

Em estudos realizados em países europeus, os acidentes de trânsito representaram até 80% dos casos reportados, traduzindo-se como a principal etiologia dos traumatismos faciais (3,23). No presente estudo, 33% dos pacientes estavam envolvidos com acidentes de trânsito. Fatores como localização geográfica, estado socioeconômico e cultura local influenciam na etiologia e incidência dos traumatismos faciais.

Dos 322 pacientes vítimas de agressão física (23,3% da amostra total), apenas 5% (16 pacientes) admitiram que o ato fora cometido pelo(a) companheiro(a). Esse dado pode ter sido subestimado por medo de o paciente sofrer ameaças, ou por hábitos culturais, principalmente as mulheres, já que, desses 16 pacientes que admitiram agressão do(a) companheiro(a), apenas três eram mulheres. Gerber et al. (2009) identificaram uma incidência de 54% de agressões a mulheres pelo companheiro, apresentando traumatismo facial. Esse fato faz perceber a importância do profissional da saúde estar preparado e receber treinamento adequado em relação ao modo de proceder à abordagem para questionamento de mulheres com traumatismos suspeitos. Alguns fatores podem levar a sugerir agressões físicas, como ferimentos do lado esquerdo da face, já que a maioria dos agressores é destra; ferimentos associados nos membros superiores, pela tendência de autodefesa.

A incidência de indivíduos que ingeriram bebida alcoólica nesta amostra correspondeu a 7% dos casos. Nos pacientes envolvidos em acidentes com veículo automotor, verificou-se que a incidência de ingestão alcoólica foi de 15% dos pacientes traumatizados. Hu Weihsin et al. (2014), por meio de uma análise retrospectiva, associaram 11% dos traumatismos faciais com bebidas alcoólicas. O consumo de álcool é notavelmente presente no aumento da incidência dos traumatismos de face, além de outras substâncias depressoras do sistema nervoso central. Os indivíduos que as consomem, apresentam respostas motoras diminuídas e, fatalmente, uma exposição aumentada a fatores etiológicos dos acidentes (25).

No presente estudo, quando se comparou a diferença entre os gêneros que ingeriram bebida

alcoólica, 92% dos pacientes foram do gênero masculino, como está identificado no Gráfico 7. Apesar de esta pesquisa não ter avaliado a utilização de outras substâncias depressoras do sistema nervoso central, como a presente na maconha, sabe-se que esse hábito causa um aumento na incidência dos traumas, sendo um agente passível de se estudar em pesquisas toxicológicas futuras a serem realizadas em ambientes hospitalares (26). Os tecidos moles foram mais predominantemente acometidos neste estudo em 81,6% dos casos, enquanto as fraturas incidiram em 11,5% dos traumas de face. Tal resultado é pouco semelhante ao encontrado por Miguens-Jr. et al. (2016), onde, em 66,4% dos casos, os tecidos moles foram acometidos e em 30% predominaram as fraturas faciais. Rezaei et al. (2016) encontraram dados mais discrepantes aos resultados deste estudo, com 63,4% de acometimento dos tecidos moles e 36,5% dos pacientes com fraturas de face; contudo, deve-se levar em consideração a alta etiologia de acidentes de trânsito desses últimos autores (75%), para quem, geralmente, está associada a traumatismos mais severos.

No presente estudo, o índice de traumatismo dentário correspondeu a 7% dos casos, corroborando com as pesquisas de Scartezini et al. (2016), que encontraram uma incidência também de 7% de trauma dentário, resultado semelhante ao de Walker et al. (2012), onde 5% dos pacientes acometidos por trauma facial apresentaram injúria dentária. Resultado aquém dos estudos citados foi o reportado por Cavalcante et al. (2009), onde apenas 1,89% da amostra teve acometimento dentário.

Em relação ao tipo de lesão, as contusões estiveram presentes em 90,6% dos casos na população analisada, resultado superior ao encontrado por Macedo et al. (2008), onde 62,4% dos traumatismos apresentaram contusão. No presente estudo, as lacerações ou abrasões estiveram presentes em 60,8% dos traumatismos de face, resultado semelhante ao encontrado por Walker et al. (2012), em que 58% dos casos apresentaram lacerações ou abrasões.

Em relação à região da face acometida pelo traumatismo no presente estudo, a nasal foi a mais incidente, seguida pela região labial, com 21% e 19% dos casos, respectivamente. Esse resultado é

análogo ao encontrado no estudo de Miguens-Jr. et al. (2016), realizado em um hospital de emergência no Sul do Brasil, onde também encontrou as regiões labial e nasal com uma frequência maior de acometimento, com 28% e 22,2%, respectivamente. No entanto, vai de encontro aos resultados encontrados por Vieira et al. (2013), em estudo realizado em um hospital de emergência no Nordeste brasileiro, onde as regiões frontal e bucal foram as mais acometidas, com 43,8% e 20,6% dos traumas, respectivamente.

As diferenças sazonais podem influenciar a etiologia dos traumatismos faciais. Nessa pesquisa não se avaliou a frequência dos acidentes em relação à estação do ano, porém Rezaei et al. (2017) afirmam que, no inverno, a incidência de traumatismos é maior, uma vez que muitas pessoas não acostumadas a dirigir sob chuva e acabam provocando acidentes de trânsito. Em contrapartida, no verão, em épocas de férias, há uma incidência maior de acidentes esportivos decorrentes da maior prática de esportes.

5. CONCLUSÃO

A população afetada por traumatismo facial no Estado de Alagoas, identificada no estudo, é formada principalmente por adultos, com prevalência do gênero masculino e incidência aumentada nas quedas e nos acidentes de trânsito, com relevante associação à ingestão de bebidas alcoólicas.

É evidente a necessidade de políticas de prevenção e fiscalização de trânsito, com o intuito de minimizar as morbidades e evitar gastos desnecessários, pois essas incidências ainda são bastante relevantes na população.

Mostra-se importante a necessidade de ações de prevenção em relação às etiologias queda, principalmente na população menor de idade e idosos.

A agressão física correspondeu à terceira maior incidência na população estudada, evidenciando-se também a falha notificação das agressões às mulheres pelos companheiros, enfatizando o melhor preparo do profissional para identificação de lesões suspeitas e adequada abordagem das pacientes.

É necessário estabelecer uma padronização para coleta de dados dos atendimentos realizados a fim

de aperfeiçoar e fidelizar investigações epidemiológicas posteriores, com desenhos metodológicos e amostras mais homogêneas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scartezini GR, Guedes OA, Alencar AHG, Estrela CRA, Estrela C. Maxillofacial trauma in a public hospital in Central Brazil: A retrospective study of 405 patients. *Rev Odonto Cienc.* 2016; 31(4):p153-157. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000300008>
2. Gassner R, Tuli T, Hächl O, Rudisch A, Ulmer H. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 years review of 9543 cases with 21 067 injuries. *J. Cranio-Maxillofacial Surg.* 2003; 31(1):p51-61.
3. Murphy JA, McWilliams SR, Lee M, Warburton G. Management of self-inflicted gunshot wounds to the face: retrospective review from a single tertiary care trauma centre. *Brit J Oral and Maxillofacial Surg.* 2018; 56:p173-176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.12.018>
4. Nogueira SB. Avaliação epidemiológica dos pacientes com fratura do osso frontal atendidos pela área de cirurgia buco-maxilo-facial da FOP-UNICAMP: abril de 1999 a julho de 2015. Piracicaba, SP: [s.n.], 2015. http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/304967/1/Nogueira-Silva_Breno_M.pdf
5. Hu Weihsin; Thadani S, Agrawal M, Tailor S, Sood R, Langalia A et al. Causes and incidence of maxillofacial injuries in India: 12-year retrospective study of 4437 patients in a tertiary hospital in Gujarat. *Brit J Oral and Maxillofacial Surg.* 2014; 52;p693-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2014.07.003>
6. Cidade CPV. Avaliação epidemiológica dos traumas de face de pacientes idosos atendidos na área de Cirurgia Buco-maxilo-facial no período de abril de 1999 a dezembro de 2012. Tese de doutorado. Piracicaba-SP: [s.n.], 2013. http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/289660/1/GrempeL_RafaelGrotta_D.pdf
7. Zamboni RA; Wagner JCB; Volkweis MR; Gerhardt EL; Buchmann EM; Bavaresco CS. Epidemiological study of facial fractures at the Oral and Maxillofacial Surgery Service, Santa Casa de Misericórdia Hospital Complex, Porto Alegre (Brazil). *Rev Col Bras Cir.* 2017; 44(5):p491-497. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017005011>
8. Brasileiro BF, Passeri LA. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: A 5-year prospective study. *Oral Surgery, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol. Endodont.* 2006; 102(1):p28-34. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.07.023>
9. Boffano P, Kommers SC, Karagozoglu KH, Forouzanfar T. Aetiology of maxillofacial fractures: a review of published studies during the last 30 years. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg. Brit Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2014; 52(10):p901-906. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2014.08.007>
10. Sousa RIM, Bernardino IM, Castro RD, Cavalcantia AL, Bento PM, d'Ávila S. Facial trauma as physical violence markers against elderly Brazilians: A comparative analysis between genders. *Arch Gerontol Geriat.* 2016; 67:p55-60. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.015>
11. Rezaei M, Jamshidi S, Jalilian T, Falahi N. Epidemiology of maxillofacial trauma in a university hospital of Kermanshah, Iran. *J Oral Maxillofac Surg, Medicine Path.* 2017; 29:110-5. <http://doi.org/10.1016/j.ajoms.2016.09.008>
12. Ribeiro ALR, Gillet LCS, Vasconcelos HG, Rodrigues LC, Pinheiro JJV, Alves-Jr. SM. Facial Fractures: Large Epidemiologic Survey in Northern Brazil Reveals Some Unique Characteristics. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 74:p2480.e1-2480.e12,. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2016.08.015>
13. Lyra JMM, Lucena AA, Duarte ML. Perfil da violência com mortalidade relacionada aos acidentes de trânsito em Alagoas. *Perspect. Med. Leg. Perícias Méd.* n. 5 fev. 2018. <http://perspectivas.med.br/2018/03/perfil-da-violencia-com-mortalidade-relacionada-aos-acidentes-de-transito-em-alagoas-2/>
14. Waiselfisz, JJ. Mapa da Violência 2016: Homicídios por Armas de Fogo no Brasil. Rio de Janeiro, FLACSO, 2015. https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_we b.pdf
15. Cárdenas, JLM. Traumatismos faciais em pacientes pediátricos e adolescentes: Análise epidemiológica. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, SP. [s.n.], 2010. http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/289449/1/MunanteCardenas_JoseLuis_M.pdf
16. Martins ELM, Torriani MA, Romano AR. Estudo epidemiológico de traumatismos dos tecidos moles

da face de pacientes pediátricos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*. 2002; 25:p223-9.

17. Al Shetawi Al H, Lim CA, Singh YK, Portnof JE, Blumberg SM. Pediatric Maxillofacial Trauma: A Review of 156 Patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016; 74:p1420.e1-1420.e4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2016.03.001>

18. Moura MTFL, Daltro RM, Almeida TF. Traumas faciais: uma revisão sistemática da literatura. *RFO*, 2016; 21(3):p331-337. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122016000300008&script=sci_arttext&tlng=pt

19. Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SC. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. *Rev Col Bras Cir*. 2008; 35:p9-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000100004>

20. Toivari M, Suominen AL, Lindqvist C, Thorén H. Among Patients with Facial Fractures Geriatric Patients Have an Increased Risk for Associated Injuries. *Oral Maxillofac Surg*. 2016; 74:p1403-1409. <http://doi.org/10.1016/j.joms.2016.02.001>

21. Grempel, RG. Análise comparativa entre tratamentos instituídos para fraturas de côndilo mandibular / Rafael Grotta Grempel. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010. http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/289660/1/Grempel_RafaelGrotta_D.pdf

22. Santos AMR, Moura ME, Nunes BVT, Leal CFS, Teles JB. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendido em um serviço público de emergência. *Cad. Saúde Pública*. 2008; p1927-1938. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/21.pdf>

23. Gerber B, Ahmad N, Parmar S. Trends in maxillofacial injuries in women, 2000-2004. *Brit J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 47: p374-377. <http://doi.org/10.1016/j.bjoms.2008.09.006>

24. Zerhouni O, Bègue L, Brousse G, Carpentier F, Dematteis M, Pennel L et al. Alcohol and violence in the emergency room: a review and perspectives from psychological and social sciences. *Int J Environ Res Public Health*. 2013; 10(10):p4584-4606. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10104584>

25. Diehl A, Figliel N, Laranjeira, R. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(3):p191-195. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000300009>

26. Miguens-Jr. SAQ, Borges TS, Dietrich LAB, Oliveira MC, Hernandez PAG, Kramer PF. A retrospective study of Oral and Maxillofacial Injuries in an Emergency Hospital in Southern Brazil. *Braz Res Pediat Dent Integr Clinic*. 2016; 16(1):p339-350. <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2016.161.36>

27. Walker KER, Byrne S, Donnellan J, McArdle N, Kerin MJ, McCann PJ. West of Ireland Facial Injury Study, Part 1. *Brist J Oral Maxillofac Surg*. 2012; 50:p631-635. <http://doi.org/10.1016/j.bjoms.2011.09.025>

28. Cavalcante JR, Guimarães KB, Vasconcelos BEC, Vasconcellos RJH. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos com trauma de face no Hospital Antônio Targino - Campina Grande / Paraíba. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009; 75:p628-633. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942009000500003>

PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DOCUMENTAL EM MEDICINA PERICIAL DOCUMENTARY EVALUATION PROPOSAL IN FORENSIC MEDICINE

ARTIGO ORIGINAL recebido 20/4/2018, aceito em 5/5/2019

José Jozefran (*)

Currículo Lattes: 5765442081508009 - ID ORCID: 0000-0003-1817-9427

(*) Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas, São Paulo-SP, Brasil.

e-mail: jjbertofreire@gmail.com

RESUMO

A proposta deste artigo é apresentar uma nova categorização metodológica na apreciação científica dos documentos médicos periciais. A evolução do trabalho resultou na criação de categorias do pensar médico pericial que contemplam o rigor científico e, portanto, demonstrativo e necessário para o exercício efetivo e adequado desta atividade profissional que é a Medicina Pericial.

Palavras-chave: perícia médica, perícia, medicina pericial

ABSTRACT

The proposal of this work is to present a new methodological categorization in the scientific assessment of medical expert documents. The evolution of the work resulted in the creation of categories of medical expert thinking that contemplate the scientific rigor and, therefore, demonstrative and necessary for the effective and adequate exercise of this professional activity that is the Expert Medicine.

Keywords: medical expertise, expertise, expert medicine

1. INTRODUÇÃO

Ancorados na necessidade demonstrativa (conceito que remonta à Lógica, de Aristóteles, mas que está na base do "fazer-se ciência", de Galileu até os nossos dias), elaborou-se uma pesquisa em documentos médico-periciais na área criminal, com o objetivo de fundamentar o quão imprescindível se tornou para o organismo social uma consecução científica rigorosa dos referidos documentos. Mostra-se, também, necessária uma validação de perspectivas que permitam a construção desses documentos e os confirmem em sua magnitude. Apresentar-se-á aqui um método crítico de avaliação de documentos médico-periciais que

pode contribuir decisivamente para melhor interpretação e uso adequado dos referidos documentos.

Documento *sensu lato*, sabemos, é a representação grafada em determinado sistema de signos (por exemplo: um alfabeto), cujo desiderato é a apresentação de uma ideia, um fato, um fenômeno. Na ambiência da Medicina Legal, o documento é visto e pensado como texto escrito que transcreve a prova e demonstra assim o trabalho pericial, apresentando-o em linguagem apropriada, com o fim precípua de orientar processo legal que se fundamente na prova científica.

Para França (1), dentro do trabalho pericial, papel essencial é advindo dos documentos médico-legais, pois, em suas várias nuances, além de apresentar a conclusão da perícia, ele pode validar ou invalidar o agir pericial e, no último caso, torna imprestável a prova. Veja-se como o autor traduz seu entendimento sobre o tema:

Documento é toda anotação escrita que tem a finalidade de reproduzir e representar uma manifestação do pensamento. No campo médico-legal da prova, são expressões gráficas, públicas ou privadas, que têm o caráter representativo de um fato a ser avaliado em juízo. Os documentos, de interesse da Justiça, são: *as notificações, os atestados, os relatórios e os pareceres* (grifo do autor); além desses, os esclarecimentos não escritos no âmbito dos tribunais, constituídos pelos depoimentos orais. (p. 29).

A pesquisa foi realizada tendo por base os denominados relatórios médico-legais, ou seja, os laudos e os autos, sendo que no primeiro tipo, o documento é da lavra do próprio perito e, no segundo, o perito dita para o escrivão de polícia as observações dos eventos, diante de testemunha. O relatório médico-legal é elaborado obedecendo ao seguinte modelo oficial:

Preâmbulo: desta parte do documento constam: data do exame pericial, local, repartição pública de origem, nome da autoridade pública que o solicitou, titulação e endereços dos peritos e a qualificação do periciando.

Quesitos: quando se trata das ações penais, território onde mais frequentemente atua o perito médico-legal, existem os chamados quesitos oficiais que, no entanto, não limitam a elaboração de outros questionamentos por parte da autoridade, os chamados quesitos acessórios. Na Perícia Médica Cível e na Psiquiatria Forense, como regra geral, não existem os referidos quesitos periciais oficiais.

Histórico: é a parte do relatório médico pericial que mais se aproxima do denominado "método clínico" do trabalho do médico, pois se fundamenta nos preceitos da Semiologia Médica, que obedece, desde os tempos hipocráticos, à necessidade de se ter conhecimento da origem de sintomas e sinais que anunciam a doença. Na ambiência da Medicina Legal, o histórico revela os registros de fatos e eventos que têm início no periciando. No entanto,

cabe à perspicácia do perito separar nessa hora o que tem relevância e o que não tem. O perito pode inclusive ouvir testemunhos, observar outros elementos que o auxiliem na consecução do laudo pericial. O histórico supre, na prática médico-pericial, muitas vezes, o não estar presente no "local do crime ou do evento suspeito", ajustando, assim, o pensar do perito à prática científica da construção do documento específico, ou seja, o laudo pericial. Descrição: para a maioria dos autores de Medicina Legal, este é o momento crucial da elaboração do laudo pericial. Fica-se diante do repto pericial mais evidente, portanto, do *visum et repertum*, o ver e reportar ou relatar que, nascido no século XVI, permeia até os dias atuais o trabalho pericial na construção do laudo. O magistrado, promotor, advogado que restringir o contato com o laudo à conclusão e resposta aos quesitos, nada entenderá, não fundamentará, não fará uma boa prática, sob a ótica da operação do Direito. Não pode o perito simplesmente citar uma lesão, evento, pois essa posição tem um viés reducionista incompatível com a prática científica.

Deve o médico perito abordar o evento médico-legal de forma análoga à que Kant (2) se refere à abordagem do fenômeno que se intenciona conhecer, ou seja, aquela que busca a unidade mais elementar da consciência: o conceito. É necessário, então, que haja minúcia, cuidado, especialmente no estabelecimento de inferências verdadeiras (necessariamente demonstráveis), que devem se iniciar com o ver, rever, avaliar e, por fim, relatar com toda riqueza os detalhes possíveis.

Para França (3),

A verdadeira finalidade do laudo médico-legal é oferecer à autoridade julgadora elementos de convicção para aquilo que ela supõe, mas de que necessita se convencer. A essência da perícia é dar a imagem mais aproximada possível do dano e do seu mecanismo de ação, do qual a lesão foi resultante. (p. 37).

Nesta parte da elaboração do laudo pericial ficam mais evidentes as presenças da excelência (*arethé*) e da técnica científica (*techné*) aristotélicas, quando o referido documento é bem elaborado.

Discussão: embora muito importante, por permitir o exercício da dúvida, da possibilidade de se contemplar a hipótese rival (proposta pelo autor no

livro "Medicina Legal Fundamentos Filosóficos"), da verificação das relações entre o(s) evento(s), esse item nem sempre é contemplado nos documentos médico-legais. Vale ressaltar a discussão dos diversos elementos contidos no laudo pericial, que deve afastar meras conjecturas pessoais e se centrar na consulta aos referenciais teóricos e na ligação entre os diversos conceitos com os fenômenos ali analisados. Vê-se, por essas possibilidades, a importância do item Discussão no bojo do documento denominado laudo médico-legal.

Conclusão: nesta etapa, utilizam os elementos analisados na descrição e na discussão para a promoção de síntese que permita o desiderato do agir pericial. O cuidado que deve ser observado ao se ler um laudo pericial é o fugir-se à prática comum de se dedicar atenção extrema à conclusão e com isso deixar-se escapar toda a visão de detalhes que permitem, estes sim, a compreensão do evento ou eventos periciados.

Respostas aos quesitos: o término de um laudo em nosso meio é feito por meio de respostas sucintas, muitas vezes afirmações ou negações, em rol de quesitos previamente definidos pelo Estado. É claro que pode ocorrer, em algumas circunstâncias, quesitos outros, diversos dos chamados "quesitos oficiais", porém, isso ocorre na excepcionalidade, podendo nos levar a ver certo pré-determinismo latente e que decorre da própria legislação pátria. O perito não pode ficar restrito à simples condição de responder a tais quesitos, ou ainda a outros, sob pena de se aplicar ao agir pericial um reducionismo inaceitável. Daí a importância do item discussão, onde o perito fazer evoluir as explicações e as demonstrações pertinentes a cada caso ou fenômeno.

2. DESENVOLVIMENTO

Foram escolhidos cinco tipos de exames ou laudos médico-legais, devido à sua frequência: Laudo de exame de corpo de delito (conjunção carnal), Exame clínico para verificação de embriaguez, Laudo de exame de corpo de delito (exame necroscópico), Laudo de exame de corpo de delito (lesão corporal) e Laudo de exame de corpo de delito (estupro).

Os quesitos oficiais a serem respondidos pelos peritos no Laudo de exame de corpo de delito (conjunção carnal) são: 1) Houve conjunção carnal? 2) Qual a data provável dessa conjunção? 3) Houve

violência para essa prática? 4) Qual o meio empregado para a violência? 5) Da violência resultou para a vítima: incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, ou aborto? 6) É a vítima alienada ou débil mental? 7) Houve qualquer outra causa que tivesse impossibilitado a vítima de resistir?

Os quesitos a serem respondidos pelos peritos no Exame clínico para verificação de embriaguez são: 1) Há sintomas indicativos de que o paciente está embriagado? 2) Se afirmativo, que tipo de embriaguez? 3) No estado em que se encontra, coloca em perigo a segurança própria ou alheia? 4) É possível se determinar se o paciente é usuário crônico de bebida alcoólica? 5) No caso afirmativo, qual prazo deve o paciente permanecer internado para o necessário tratamento?

Os quesitos a serem respondidos pelos peritos no Laudo de exame de corpo de delito (exame necroscópico) são: 1) Houve morte? 2) Qual a causa? 3) Qual a natureza do agente, instrumento ou meio que a produziu? 4) Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel?

Os quesitos a serem respondidos pelos peritos no Laudo de exame de corpo de delito (lesão corporal) são: 1) Há ofensa à integridade corporal ou à saúde do examinado? 2) Qual a natureza do agente, instrumento ou meio que a produziu? 3) Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel? 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; ou perigo de vida; ou debilidade de membro, sentido ou função; ou antecipação de parto? 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho; ou enfermidade incurável; ou perda de membro, sentido ou função; ou deformidade permanente ou aborto?

Os quesitos a serem respondidos pelos peritos no Laudo de exame de corpo de delito (estupro) são: 1) Houve a prática de ato libidinoso? 2) Em que consistiu? 3) Houve violência? 4) Qual o meio empregado? 5) Da violência resultou para a vítima: incapacidade para as ocupações habituais por mais

de trinta dias ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, ou aborto? 6) É a vítima alienada ou débil mental? 7) Houve qualquer outra coisa que tivesse impossibilitado a vítima de resistir?

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa teve como objetivo analisar 996 documentos médico-legais (Laudos), de domínio público, de Institutos Médico-Legais do Brasil. Os dados da pesquisa fazem parte da defesa de tese de doutorado do autor apresentada na Universidade de São Paulo (IP-USP) em abril de 2009, denominada *Da doutrina e do método em Medicina Legal ensaio epistemológico sobre uma ciência biopsicossocial*.

O processo analítico utilizado teve como referência teórica as óticas aristotélica e kantiana, em que um determinado juízo de natureza atributiva revela o predicado contido no sujeito. Para Lalande (4), "Método analítico" foi utilizado por Hamelin para designar o conjunto de procedimentos lógicos que "é ou parece ser em quase toda a parte seguido pelo pensamento comum", juízo indução, silogismo. "Ele o opõe ao 'método sintético' que progride através de tese, antítese, síntese" (p. 62).

Os dados contidos no material estudado ficam em nosso entendimento adequados à referida amostra, para um uso ulterior, como referencial crítico, pois esses dados necessitam de novas avaliações.

Após processo analítico acurado sobre todos os elementos que compõem os documentos médico-legais pesquisados, pode-se chegar às "categorias a seguir citadas", tanto na ótica aristotélica, onde se podem encontrar as diferentes "classes do ser", quanto aos diferentes predicados que se podem afirmar de um sujeito. Considere-se ainda a ótica kantiana, onde as referidas categorias são os conceitos fundamentais do Entendimento puro (Razão), portanto, formas *a priori* do nosso conhecimento, que representam todas as funções substanciais do discurso deduzidas da natureza do juízo considerado nas suas quatro categorias: quantidade, qualidade, relação e modalidade.

As categorias, propostas nesta pesquisa, estão denotadas (aqui, termo que designa a extensão de um conceito, leia-se "extensão no sentido

cartesiano"), em quatro tipos específicos: Inadequação e Imprecisão do vocabulário técnico, Inadequação dos conceitos em Medicina Legal, Nexo causal prejudicado e Laudo insuficiente.

A categoria denotada pelos termos "inadequação e imprecisão" das palavras de uso corrente na ambiência da Medicina Legal, remete-nos ao que é entendido pelos termos "adequação e precisão". O primeiro termo representa a conformidade entre um conhecimento e o objeto correspondente, no mundo concreto. O segundo termo representa, por sua vez, a escolha exata das palavras e construções que expressem com fidelidade um evento, pensamento, fenômeno. A inadequação e a imprecisão serão os opostos dos termos anteriormente citados, ou seja, a ausência de adequação caracteriza o primeiro termo e caráter daquilo que é impreciso caracteriza o segundo. O problema surge da inadequação e da imprecisão do vocabulário técnico que o perito usa na construção do documento médico-legal, que orienta processos legais.

A inadequação dos conceitos em Medicina Legal nos remete ao Entendimento kantiano do que seja conceito, ou seja, a "unidade mental do múltiplo", que o filósofo grafou de forma tão sintética e precisa. O conceito de "Nexo causal" remete o perito às condições necessárias e suficientes que relacionam uma causa ao seu efeito.

O quarto tipo dessas categorias, ou seja, o "Laudo insuficiente" remete, em uma determinada análise, ao que é escasso, insuficiente, pouco. Portanto, não atinge o objetivo do agir pericial que nos pede o contrário.

3.1 ANÁLISE FÁTICA

Diante de laudos médico-legais que informam, por exemplo: "hematoma no seio esquerdo, equimoses no joelho direito, região anal com ausência de fissuras ou rágades na mucosa anal, esfíncter anal com tonicidade normal" - lesões transcritas de laudo de exame de corpo de delito (estupro) -, pode-se, além de dar outra interpretação ao exposto, ainda não perceber a inadequação e imprecisão do vocabulário técnico utilizado? Prosseguindo com as citações de documentos médico-legais, veja-se este outro exemplo: "ausência de trauma, hematoma ou ferimento na região anal; ao toque esfíncter pérvio sem qualquer sinal de corte anal", estão evidentes em ambas as situações a inadequação e a

imprecisão do vocabulário técnico que o perito deve evitar na consecução de seu trabalho.

Em outro documento, o texto continha a seguinte "construção verbal": "a paciente supra, foi vítima de mordida de cão, o exame constatou: pequena escoriação na região da nádega direita, produzida pelo instrumento 'mordida de cão'". Onde se encontra o conceito de ação vulnerante corto-contundente nesse caso? Ou, ainda, em outro exemplo: "paciente apresenta várias cicatrizes de ferimentos corto-contundentes na região nasal e mentoniana, produzidas por agressão física", onde está novamente o conceito de agente vulnerante? Observe-se este outro texto de laudo médico-legal constante em nossa pesquisa: "paciente apresenta várias cicatrizes de ferimentos corto-contusos na região nasal direita, mentoniana direita e no joelho direito, produzido por instrumento contundente". Onde está presente a adequação conceitual de instrumento corto-contundente, instrumento contundente, lesão corto-contusa, lesão contusa, e ainda pior: o que significa "região mentoniana direita", em anatomia humana? Veja-se este outro texto pericial pesquisado: "paciente apresenta cicatriz cirúrgica em abdome inferior cicatrizada e ainda cicatriz em região nasal por ferimento corto-contuso, cujo agente foi de natureza contundente" - novamente se está diante de evidente imprecisão conceitual, além de óbvia exiguidade de elementos informativos da real situação do examinando. Segue-se outro texto pericial: "paciente apresenta equimose em região mamária direita, laudo positivo para atos libidinosos (chupada)", ora, equimose é lesão corporal decorrente de ação de instrumento contundente, se realmente houve ruptura capilar decorrente da referida "chupada", a lesão é denominada *sugilação*; novamente se está diante de evidente inadequação conceitual e imprecisão do nexo causal.

Esses exemplos se repetem *ad nauseam*, na referida amostra, ou seja, nos laudos analisados, senão vejamos: "ao exame constatou-se ferimento corto-contuso em região frontal e orelha direita, produzido por instrumento contundente"; "vítima de acidente automobilístico que apresenta: ferimento corto-contuso na região occipital direita com sutura e hematoma de coxa esquerda, produzidos por instrumento contundente"; "ao exame externo apresenta escoriações no couro cabeludo na região occipital e nas costas,

hematoma no braço direito. Realizada inspeção bimastoidea vertical e retirada a calota craniana pela técnica de Griesinger, notou-se: extensa fratura do osso occipital e parietal direito indo em direção ao osso parietal esquerdo e temporal direito; observa-se extravasamento de massa encefálica na região occipito-parietal direita. Exame do tórax e do abdome sem interesse. *Causa mortis*: hemorragia cerebral por fratura do crânio". Essas últimas transcrições de documentos médico-legais de nossa pesquisa, mais uma vez confirmam a evidente inadequação de conceitos já estabelecidos na Medicina Legal, além da imprecisão de referências anatômicas e imprecisão do nexo causal.

O que se dizer do seguinte texto: "paciente está fazendo pré-natal, o exame revelou conjunção carnal antiga" - em uma só frase, tantas imprecisões e inadequações técnicas, e quanta insuficiência de informação, que caracteriza a categoria por nós denominada *laudo insuficiente*. Veja-se este outro exemplo: "paciente em posição genupeitoral: nada de interesse médico-legal", ou ainda este: "colocado em posição genupeitoral: ânus sem interesse médico-legal", este outro: "ao exame, constatamos: traumatismo em joelho esquerdo, apresentando também hálito etílico, concluímos que o paciente apresenta lesões leves", veja-se este outro: "ao exame: ferida perfuro-contusa na região torácica antero-inferior do hemitórax esquerdo com perfurações de alças intestinais e do pulmão esquerdo", este também: "vítima de agressão física, ao exame constatamos: ferimento corto-contuso em cotovelo esquerdo, em mucosa de lábio inferior, produzidos por instrumento contundente".

Tais exemplos contidos nos laudos analisados consolidam a necessidade da presente pesquisa, dada a exuberância da inadequação, imprecisão, insuficiência dos elementos fenomênicos ali presentes, que impedem o nexo causal e, portanto, invalidam os referidos documentos, tornando-os imprestáveis para o objetivo pericial, ou seja, constituir a prova, no caso da Medicina Legal, a prova científica.

3.2 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Serão apresentados as análises dos documentos médico-legais pesquisados (996 laudos médico-legais) que foram tratados estatisticamente. Antes de serem apresentadas, é necessário se

explicar a construção delas. Após a devida análise, chegou-se às Categorias qualitativas já definidas anteriormente: Inadequação e imprecisão do vocabulário técnico, Inadequação dos conceitos, Nexo causal prejudicado e Laudo insuficiente. Essas categorias foram numeradas em ordem crescente de 1 a 4.

- 1 - Inadequação e imprecisão do vocabulário técnico.
- 2 - Inadequação dos conceitos.
- 3 - Nexo causal prejudicado.
- 4 - Laudo insuficiente.

Como diversos laudos apresentavam caracteres que os classificavam em mais de uma categoria, foram criadas outras categorias que contemplassem essas intersecções.

Para determinar o número de categorias que contemplassem as intersecções entre duas categorias, calculou-se o número de combinações simples de quatro categorias tomadas de duas em duas, através da seguinte fórmula:

$$C_{4,2} = \binom{4}{2} = \frac{4!}{2! \cdot 2!} = 6$$

Assim, obtiveram-se dados que remetem às categorias: 1 e 2; 1 e 3; 1 e 4; 2 e 3; 2 e 4; 3 e 4.

Para determinar o número de categorias que contemplassem as intersecções entre três categorias, calculou-se o número de combinações simples de quatro categorias tomadas de três em três, através da seguinte fórmula:

$$C_{4,3} = \binom{4}{3} = \frac{4!}{3! \cdot 1!} = 4$$

Assim, obtiveram-se as categorias: 1, 2 e 3; 1, 2 e 4; 1, 3 e 4; 2, 3 e 4; completou-se, então, o conjunto de categorias pesquisadas com a intersecção das quatro categorias, ou seja, 1, 2, 3 e 4; e ainda uma última categoria onde foram considerados os "laudos suficientes". As categorias, o número de laudos e as devidas porcentagens dos mesmos estão relacionados a seguir em tabelas e figuras:

Categorias	Laudos	%
1	23	7,10
2	36	11,11
3	7	2,16
4	110	33,95
1 e 2	8	2,47
1 e 3	4	1,23
1 e 4	9	2,78
2 e 3	15	4,63
2 e 4	4	1,23
3 e 4	1	0,31
1, 2 e 3	5	1,54
1, 2 e 4	2	0,62
1, 3 e 4	1	0,31
2, 3 e 4	1	0,31
1, 2, 3 e 4	10	3,09
Suficientes	88	27,16
	324	100,00

Tab. 1: Número de laudos pesquisados de Lesão Corporal e suas respectivas frequências relativas.

Fig. 1: Histograma correspondente aos laudos de Lesão Corporal.

Categorias	Laudos	%
1	15	7,18
2	23	11,00
3	1	0,48
4	65	31,10
1 e 2	7	3,35
1 e 3	0	0,00
1 e 4	4	1,91
2 e 3	2	0,96
2 e 4	4	1,91
3 e 4	0	0,00
1, 2 e 3	1	0,48
1, 2 e 4	0	0,00
1, 3 e 4	0	0,00
2, 3 e 4	0	0,00
1, 2, 3 e 4	7	3,35
Suficientes	80	38,28
	209	100,00

Tab. 2: Número de laudos pesquisados de Conjunção Carnal e suas respectivas frequências relativas.

Fig. 2: Histograma correspondente aos laudos de Conjunção Carnal.

Categorias	Laudos	%
1	9	4,59
2	3	1,53
3	1	0,51
4	62	31,63
1 e 2	4	2,04
1 e 3	0	0,00
1 e 4	2	1,02
2 e 3	3	1,53
2 e 4	4	2,04
3 e 4	3	1,53
1, 2 e 3	2	1,02
1, 2 e 4	0	0,00
1, 3 e 4	7	3,57
2, 3 e 4	4	2,04
1, 2, 3 e 4	28	14,29
Suficientes	64	32,65
	196	100,00

Tab. 3: Número de laudos pesquisados de Exames Necroscópicos e suas respectivas frequências relativas.

Fig. 3: Histograma correspondente aos laudos de Exames Necroscópicos.

Categorias	Laudos	%
1	11	6,67
2	3	1,82
3	1	0,61
4	70	42,42
1 e 2	2	1,21
1 e 3	3	1,82
1 e 4	4	2,42
2 e 3	2	1,21
2 e 4	2	1,21
3 e 4	1	0,61
1, 2 e 3	2	1,21
1, 2 e 4	1	0,61
1, 3 e 4	1	0,61
2, 3 e 4	1	0,61
1, 2, 3 e 4	4	2,42
Suficientes	57	34,55
	165	100,00

Tab. 4 Número de laudos pesquisados de Verificação de Embriaguez e suas respectivas frequências relativas.

Fig. 4: Histograma correspondente aos laudos de Verificação de Embriaguez.

Categorias	Laudos	%
1	6	5,88
2	9	8,82
3	0	0,00
4	26	25,49
1 e 2	2	1,96
1 e 3	1	0,98
1 e 4	1	0,98
2 e 3	1	0,98
2 e 4	1	0,98
3 e 4	1	0,98
1, 2 e 3	0	0,00
1, 2 e 4	0	0,00
1, 3 e 4	2	1,96
2, 3 e 4	0	0,00
1, 2, 3 e 4	1	0,98
Suficientes	51	50,00
	102	100,00

Tab. 5: Número de laudos pesquisados de Exame de corpo de delito (estupro) e suas respectivas frequências relativas.

Fig. 5: Histograma correspondente aos laudos de Exame de (estupro).

3.3 DO INSTRUMENTO ESTATÍSTICO

Escolhemos para trabalhar os elementos colhidos na pesquisa realizada em 996 laudos médico-legais de diversas regiões do país. Os exames, ora apresentados na sequência desta estatística, foram os seguintes: Laudo de Exame de Corpo de Delito (Lesão corporal); Laudo de Exame de corpo de delito (Conjunção carnal); Laudo de Exame de corpo de delito (Exame necroscópico); Exame clínico para verificação de embriaguez; Laudo de Exame de corpo de delito (estupro).

A estatística escolhida foi o Teste de qui-quadrado clássico, pois os dados trabalhados são categóricos, já que corresponde à contagem de frequência de uma variável classificada em *categorias*. Essa estatística é usada para testar a hipótese de que uma distribuição de frequências observadas se ajusta a uma determinada distribuição teórica, com variáveis qualitativas, que é o presente caso.

Para Arango (5): os testes para dados categorizados são:

Dados categorizados referem-se à contagem de frequência de uma variável classificada ou subdividida em categorias. Embora este procedimento seja típico de dados referentes a variáveis qualitativas, é possível também criar categorias para dados de variáveis quantitativas. (...) O objetivo dos testes para dados categorizados é determinar, segundo algum critério válido de decisão, se o fator discriminante exerce alguma influência sobre o fator discriminado. (p. 226 227).

A distribuição qui-quadrado χ^2 tem as seguintes propriedades:

- A distribuição qui-quadrado não é simétrica, ao contrário da distribuição normal (gaussiana), conforme a Figura 6.
- Os valores da distribuição qui-quadrado podem ser (0) ou positivos, mas nunca negativos.
- Há uma distribuição qui-quadrado diferente para cada número de graus de liberdade.

Fig. 6: A distribuição qui-quadrado, onde todos os valores são "não-negativos".

A presente pesquisa é fundamentada em frequências amostrais, o que, de forma típica, busca demonstrar possíveis afastamentos de valores que são teoricamente esperados. Estabelece-se, então, a relação entre valores observados e valores esperados, estes sob a ótica teórica. Para se prolar a referida relação, usa-se a seguinte estatística de teste, que torna possível medir a discrepância entre o observado e o esperado, estes enquanto frequências, obedecendo à seguinte fórmula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Onde (*O*) representa a frequência de valores observados e (*E*) representa a frequência de valores esperados.

A estatística de Teste qui-quadrado χ^2 representa uma restrita concordância entre os valores anteriormente denominados "observados" e "esperados" se a magnitude deles é diminuta. Caso contrário, ou seja, quando o referido valor é de grande monta, a estatística χ^2 aponta discordância entre os valores referidos. Então, diante do que usualmente se chama valor crítico, que depende do nível de significância representado pela letra (α) e do número de graus de liberdade, rejeita-se ou não a hipótese nula, de que os valores esperados são iguais aos valores observados. Esse valor crítico é usualmente obtido em instrumento

denominado de "Tabela de distribuição de Qui-quadrado".

A escolha dessa estatística (Teste do qui-quadrado) se deveu à situação específica da presente pesquisa que é baseada em dados qualitativos. Na aplicação desse Teste, foi considerada a Hipótese nula (H_0) onde as frequências observadas são iguais às frequências esperadas. Foi considerada ainda a Hipótese alternativa (H_1), onde ao menos uma das frequências observadas é diferente da frequência esperada correspondente.

O Nível de significância é a probabilidade de se afirmar-se que ao menos uma das frequências observadas é diferente da frequência esperada correspondente. Esse nível de significância está relacionado ao Grau de confiança, que é a probabilidade de as frequências esperadas serem iguais às frequências observadas. Na aplicação do Teste (qui-quadrado) foram considerados os seguintes valores:

Nível de significância: $\alpha = 5\%$

Grau de confiança: $1 - \alpha = 95\%$

Outro valor considerado é o número de Graus de liberdade que é $n - 1$, onde n é o número de categorias, no presente caso (16). São 15, então, os graus de liberdade considerados.

A tomada de decisão de se rejeitar ou não a Hipótese nula (H_0) é feita de tal forma que:

- $\chi^2 \leq V_c \rightarrow H_0$ deve ser aceita
- $\chi^2 > V_c \rightarrow H_0$ deve ser rejeitada

Onde V_c é o Valor crítico, que nesse teste é de 24,996, que corresponde ao Nível de 0,05 de significância e 15 graus de liberdade.

As frequências esperadas utilizadas em nosso teste são as médias aritméticas das frequências relativas de cada uma das 16 categorias definidas, conforme indica a Tabela 6.

Categorias	1	2	3	4	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4	1-2-3	1-2-4	1-3-4	2-3-4	1-2-3-4	Suficientes
Grupos																
A	7,10	11,11	2,19	33,95	2,47	1,23	2,78	4,83	1,23	3,31	1,54	0,62	0,31	0,31	3,09	27,16
B	7,18	11,00	0,48	31,10	3,35	0,00	1,81	0,96	1,91	0,00	0,48	0,00	0,00	0,00	3,35	38,28
C	4,59	1,53	0,51	31,63	2,04	0,00	1,02	1,53	2,04	1,53	1,02	0,00	3,57	2,04	14,29	32,65
D	8,67	1,82	0,61	42,42	1,21	1,82	2,42	1,21	1,21	0,61	1,21	0,61	0,61	0,61	2,42	34,55
E	5,86	8,82	0,00	25,49	1,98	0,98	0,98	0,98	0,98	0,00	0,00	0,00	1,98	0,00	0,98	50,00
Frequências esperadas	6,28	6,86	0,75	32,92	2,21	0,81	1,82	1,86	1,48	0,89	0,85	0,24	1,29	0,59	4,83	36,53

Tab. 6: Cálculo das frequências esperadas utilizadas nos testes de qui-quadrado.

As Categorias já estão definidas anteriormente. Os Grupos constantes das tabelas correspondem aos seguintes tipos de documentos médico-legais analisados:

- a) Laudo de exame de corpo de delito (Lesão corporal).
- b) Laudo de exame de corpo de delito (Conjunção carnal)
- c) Laudo de exame de corpo de delito (Exame Necroscópico)
- d) Exame clínico de verificação de embriaguez.
- e) Laudo de exame de corpo de delito (estupro).

Para cada Grupo, as frequências observadas utilizadas no teste são as frequências relativas (percentuais) de cada uma das 16 categorias.

Aplicando-se a seguinte equação a cada Grupo, obtém-se a estatística χ^2 .

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

A Tabela 7 apresenta os resultados obtidos com a aplicação da equação citada para cada um dos Grupos.

Grupos	χ^2
A	15,58
B	8,32
C	34,04
D	11,05
E	14,25

Tab. 7: Estatísticas obtidas na aplicação do teste de qui-quadrado.

As estatísticas obtidas no Teste de qui-quadrado para os Grupos: A, B, D e E são menores que o Valor crítico ($V_c = 24,996$), levando-nos a aceitar a Hipótese nula para esses grupos.

A estatística obtida no Teste de qui-quadrado para o Grupo C é maior que o Valor crítico ($V_c = 24,996$), levando-nos a rejeitar a Hipótese nula para esse grupo. O que explica esse resultado é o fato de que, nesse grupo, a quantidade de dados (laudos necroscópicos) com os quatro tipos de erros é maior comparado aos demais grupos, como mostra a

Figura 7, talvez pela maior complexidade e exigência de maiores conhecimentos para a consecução deles.

Fig. 7: Comparação da categoria "1, 2, 3 e 4" nos cinco grupos.

Podemos perceber graficamente que nos Grupos A, B, D e E as frequências observadas convergem às frequências esperadas.

Fig. 8: Comparação entre as Frequências esperadas e Frequências observadas nos laudos de Lesão corporal.

Fig. 9: Comparação entre as Frequências esperadas e Frequências observadas nos laudos de Conjunção carnal.

Fig. 10: Comparação entre as Frequências esperadas e Frequências observadas nos laudos de Verificação de embriaguez.

Fig. 11: Comparação entre as Frequências esperadas e Frequências observadas nos laudos de Ato libidinoso.

Podemos perceber que, no Grupo C, as frequências observadas divergem das frequências esperadas.

Fig. 12: Comparação entre as Frequências Esperadas e Frequências Observadas nos laudos de Exames Necroscópicos.

Podemos concluir que, nos Grupos A, B, D e E, é possível usar as frequências observadas para estimar essas categorias em outras populações, por estarem ajustadas à distribuição qui-quadrado (χ^2),

enquanto para o Grupo C não se pode fazer afirmação semelhante pelo não ajustamento da amostra na distribuição qui-quadrado (X^2).

A estatística se ocupa de reunir dados para deles se obterem informações ou se conhecerem determinados aspectos dos grupos examinados. Na presente pesquisa, ao se comparar as frequências observadas e esperadas, observou-se que, nos grupos A, B, D e E, estava ajustada a distribuição qui-quadrado (X^2), enquanto no grupo C não havia o referido ajustamento. Pode-se inferir que, nos grupos A, B, D e E, por serem grupos de menor complexidade, ou seja, mais simples, as contradições praticamente inexistam (sob o ponto de vista estatístico), ou seja, de tal monta que suas significâncias se ajustem à estatística proposta (qui-quadrado), o que não ocorreu no grupo C, pois, devido à maior complexidade, as contradições se tornam evidentes e, por consequência, o não ajustamento dos dados daquele grupo à estatística proposta.

3. CONCLUSÃO

Chega-se assim ao desiderato que, embora tenham sido encontrados laudos suficientes em 27,16% dos casos analisados de lesão corporal, de 38,28% nos casos de conjunção carnal, de 32,65% nos casos de exames necroscópicos, de 34,55% nos casos de verificação de embriaguez e de 50% nos casos de verificação de estupro, que a maioria dos documentos médico-legais da amostra pesquisada apresentam evidências de serem hipossuficientes e inadequados para servirem de prova científica na forma mais adequada possível.

Pode-se, a partir dos elementos aqui contidos, de forma analítica e sintética, propor as categorizações evidenciadas, ou seja, Inadequação e Imprecisão do vocabulário técnico, Inadequação dos conceitos em Medicina Legal, Nexos causais prejudicados e Laudo insuficiente, como proposta de avaliação adequada para uma avaliação crítica e científica dos documentos médico-periciais sob a ótica das possibilidades, ou seja, possibilidade enquanto uma grandeza matemática (aqui sob a ótica de Popper (6)). Ressalte-se, ainda, que o foco deste artigo foram a visão crítica, a exigência demonstrativa da ciência e, também, contemplar-se a complexidade do fenômeno biológico, especialmente aqueles advindos da ação dos agentes vulnerantes.

Perspectivas se podem abrir para alterações do que foi proposto, devido à singularidade do fenômeno (aqui, enquanto entendimento do indeterminado) biológico sob o aspecto da complexidade inerente à atividade médico-pericial.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. França GV. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Guanabara; 2015.
2. Kant I. Crítica da Razão Pura. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1994. Kant I. Lógica. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro; 2003.
3. França GV. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Guanabara; 2017.
4. Lalande A. Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
5. Arango HG. Bioestatística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Popper KR. A lógica da Pesquisa Científica. São Paulo: Cultrix; 1972.

TRANSTORNO MENTAL COMUM NÃO PSICÓTICO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

COMMON MENTAL DISORDER IN WOMEN VICTIM OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE

ARTIGO ORIGINAL recebido 28/4/2018, aceito em 10/5/2019

Projeto de pesquisa aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), sob o parecer nº 1937994.

Cinthia Emy Endo Amemiya ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 0486184208028212 - ID ORCID: 0000-0003-0841-7794

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

Mário Ivo Serinolli ⁽³⁾

Currículo Lattes: 0403872913808157 - ID ORCID: 0000-0002-4802-8446

Ivan Dieb Miziara ⁽⁴⁾

Currículo Lattes: 3120760745952876 - ID ORCID: 0000-0001-7180-8873

⁽¹⁾ Aluna de graduação médica da Faculdade de Medicina do ABC – São Paulo – Brasil

⁽²⁾ Professora auxiliar da disciplina de Medicina Legal e Perícia Médica, Bioética e Deontologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC – São Paulo – Brasil

⁽³⁾ Professor da disciplina de Bioética na Universidade Nove de Julho – São Paulo - Brasil

⁽⁴⁾ Professor titular da disciplina de Medicina Legal e Perícia Médica, Bioética e Deontologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC – São Paulo – Brasil

E-mail: cinthia.ea@gmail.com

RESUMO

Introdução: Violência contra mulher causada por parceiro íntimo (VPI) é problema de Saúde Pública com proporções epidêmicas. VPI implica transtornos psicossociais que repercutem negativamente na saúde mental das vítimas. **Objetivo:** Descrever os impactos na saúde mental de mulheres vítimas de VPI, comparando os resultados com grupo controle. **Método:** Estudo descritivo transversal por aplicação de questionários a mulheres vítimas de VPI e a grupo controle. Questionários avaliaram: transtornos mentais não psicóticos; sociodemografia; e tipo de violência. **Resultados:** Sem diferenças entre os grupos: idade ($p=0,051$); cor da pele ($p=0,316$); escolaridade ($p=0,212$); número de abortamentos ($p=0,096$). Com diferenças: classificação socioeconômica ($p<0,001$); e números de gestações ($p=0,0013$), partos ($p=0,004$), filhos ($p=0,0009$) e de dependentes ($p=0,0372$). A cor da pele não foi fator de risco ($p=0,286$) para VPI, mas para transtorno mental ($p=0,016$) - não brancas têm chances 4,25 maiores de transtorno mental. A violência psicológica foi a mais declarada (100%), isolada (27,9%) ou associada a outras formas de violência. VPI aumenta em 12,64 vezes a chance de transtorno mental. **Discussão:** VPI predispõe ao adoecimento mental

assumindo dimensões preocupantes. A agressão psicológica é a forma mais aplicada de violência que tem por intuito debelar a possibilidade de a vítima romper com o agressor, e a física, que objetiva humilhar e causar sofrimento, foram as mais citadas. Conclusão: VPI está associada a maior taxa transtorno mental não psicótico. A cor da pele não branca não foi fator de risco para a VPI, mas foi para o desenvolvimento de transtorno mental não psicótico.

Palavras-chave: violência por parceiro íntimo, violência doméstica, transtornos mentais.

ABSTRACT

Introduction: Intimate partner violence (IPV) is a serious public health problem of epidemic proportions. IPV involves psychosocial disorders that have a negative impact on victims' mental health. **Objective:** To describe the impacts of IPV on women's mental health, comparing the results with a control group. **Methods:** Cross sectional descriptive study. Validated questionnaires were used to study and control group. They evaluate common mental health, type of violence, and sociodemographic characteristics. **Results:** No difference between the groups: age ($p=0.051$); self-declared skin color ($p=0.316$); years of education ($p=0.212$); and abortion ($p=0.096$). With differences: socioeconomic classification ($p<0,001$); pregnancy ($p=0.0013$); childbirth ($p=0.004$), children ($p=0.0009$), dependents ($p=0.0372$). Skin color was not a risk factor for IPV ($p=0.296$) but it was to common mental health ($p=0.016$). Non-white has 4.25 greater chances to develop common mental health; psychological violence is most frequent (100%), isolated (27.9%) or associated with other types of violence. IPV increases 12.64 times the chance of mental disorder **Discussion:** IPV predisposes to mental illness with serious consequences. Psychological abuse, the most common type of violence that aims to maintain control over the victim and the physical abuse, used to humiliate and to cause suffer, were the most cited types of violence. **Conclusion:** IPV is associated with higher rates of common mental health. Non-white skin color was not a risk factor for IPV, but for the development of common mental health.

Keywords: intimate partner violence, domestic violence, mental disorders.

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é histórica e é considerada problema de Saúde Pública mundial com proporções epidêmicas, representando violação dos direitos humanos fundamentais com consequências físicas, mentais, sexuais e reprodutivas (1-3).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que 30% de todas as mulheres no mundo sofrem agressões físicas ou sexuais por parceiro íntimo e pelo menos uma dentre três mulheres (35%) será vítima de violência física ou sexual durante a vida, seja esta impetrada pelo parceiro íntimo ou não (4).

Em 2016, no Brasil, foram notificados 83.403 casos de lesões não fatais, dos quais 13.029 envolviam mulheres (5) e 4.645 casos fatais, representando a taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras; as mulheres negras foram as principais vítimas, sendo 71% maior em comparação com as mulheres brancas no período entre 2006 e 2016 (6).

A violência por parceiro íntimo (VPI), também considerada violência doméstica, é uma das formas

de violências mais praticadas e com altas taxas de morbimortalidade (7). Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) definem a VPI como "a violência física, violência sexual, perseguição ou agressão psicológica (incluindo atos coercivos) por parceiro íntimo atual ou antigo, seja cônjuge ou não" (8).

A violência física é a mais facilmente identificada, pois deixa marcas no corpo da mulher e se expressa de maneira visível, por outro lado, as agressões psicológicas, os abusos sexuais e comportamentos controladores nem sempre são reconhecidos facilmente pela vítima como violações impetradas pelos parceiros, e também são mais difíceis de serem comprovadas, dificultando a credibilidade da denúncia e, conseqüentemente, subnotificada (1). Dados do *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* estima que uma em cada quatro mulheres foi vítima de agressão física, sexual, psicológica ou perseguição cometida pelo parceiro em algum momento da vida (9).

As estatísticas globais da OMS mostram estimativas mais alarmantes: uma em cada três mulheres (35%) é submetida à VPI e 38% dos assassinatos de mulheres têm o parceiro íntimo como o perpetrador (4).

Independentemente do tipo de violência infligida à mulher, seja física, psíquica ou sexual, de forma isolada ou associada (10), as consequências imediatas e mediatas são potencialmente graves, quando não fatais. Quase metade das agressões (42%) resulta em lesões físicas não fatais.

Mulheres que sofreram pelo menos uma vez na vida VPI tiveram mais sofrimento emocional, pensamentos suicidas (*odds ratio* 2,9 [IC 95% 2,7-3,2]) e tentativas de suicídio (*odds ratio* 3,8) [IC 3,3-4,5]) quando comparadas a mulheres sem antecedentes de violência (11).

Além das doenças mentais, o uso abusivo de álcool ou de outras drogas são duas vezes mais prováveis de ocorrerem nessa população, dor crônica, quadros gastrointestinais, migrânea, distúrbios menstruais, estresses pós-traumáticos são outras morbidades prevalentes em mulheres vítimas de violência doméstica (12,13).

Múltiplas causas estão envolvidas na VPI, como os fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais. A desigualdade de gênero, frequentemente observada na sociedade contemporânea de muitos países, contribui de forma decisiva para o elevado contingente de mulheres submetidas a diferentes tipos e graus de violência, muitas das quais resultantes do "domínio" do parceiro. Mulheres com filhos têm duas vezes mais chance de relatarem violência física e sexual pelo parceiro íntimo em comparação a mulheres sem filhos; as más condições econômicas, o baixo nível de escolaridade e as experiências prévias familiares de agressões entre parceiros também são apontados como influenciadores. Não é incomum que filhos que tenham convivido com situações de agressões domésticas entre os pais, na infância, quando adultos, venham a se tornar agressores ou vítimas de companheiros agressores (1, 13-15).

Estudar a VPI é essencial para que a sociedade e, especialmente os profissionais de Saúde, reconheçam os fatores de risco e as principais manifestações da violência, imediatas e tardias, para que possam atender às demandas dessas mulheres o mais adequadamente possível. A sociedade deve requerer políticas públicas que

protejam as mulheres e seus filhos de forma efetiva e que mecanismos educacionais sejam implantados com eficiência e eficácia.

O objetivo deste estudo é de descrever os impactos na saúde mental de mulheres vítimas de VPI, comparativamente com grupo controle, e identificar possíveis fatores de risco.

2. MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado na Faculdade de Medicina do Centro Universitário Saúde ABC. A população estudada foi composta por dois grupos: mulheres vítimas de violência cometida por parceiro íntimo (grupo de estudo); e mulheres sem antecedente de qualquer tipo de violência (grupo controle). O grupo de estudo foi obtido no Centro de Referência da Mulher Vem Maria, localizado no município da cidade de Santo André - SP - pertencente ao serviço municipal da cidade de Santo André, e nos ambulatorios da Faculdade de Medicina do ABC.

O grupo controle foi composto por mulheres que residiam na cidade de Santo André e a seleção foi por conveniência. Nos dois grupos foram incluídas somente as participantes maiores de 18 anos e capazes de compreender e concordar com o termo de consentimento livre e esclarecido sem auxílio de terceiros. A aplicação dos questionários foi presencial, sem a interferência dos pesquisadores. Não se estabeleceu tempo para o preenchimento, mas as participantes foram orientadas a entregar os questionários respondidos no mesmo dia de seu comparecimento à Faculdade.

Todos os critérios éticos foram adotados e os pesquisadores tiveram o cuidado de não revitimizar as mulheres. Todas as participações foram voluntárias e, antes de receberem o termo de consentimento e os questionários, elas foram informadas e esclarecidas sobre o estudo, principalmente quanto ao sigilo e à não obrigatoriedade de participação.

Para fins deste estudo, considerou-se parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro, independentemente de união formal ou não, e o namorado atual ou anterior, desde que tenha havido relação afetiva, seja ela sexual ou não.

Os questionários aplicados, todos validados para a população brasileira, às participantes dos dois grupos foram: questionário sociodemográfico (idade; escolaridade; cor/etnia; situação conjugal; profissão; número de gestações e abortamentos;

número de filhos dependentes; e histórico de doença mental); Classificação Econômica Brasil da Associação Nacional de Empresas de Pesquisas (ANEP); WHO-VAW (*World Health Organization Violence Against Women*) (16) e *Self Reporting Questionnaire* (SRQ 20) (17).

Análise estatística: para dados não paramétricos, aplicou-se teste U de Mann Whitmann e, para as variáveis paramétricas, o Teste de Schapiro. Variáveis do estudo não paramétricas: os dados categóricos nominais foram analisados pelo teste do qui-quadrado (X^2) ou teste binominal; e os categóricos ordinais pelo teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. Para as variáveis dependentes binárias, aplicou-se o teste de regressão logística. O nível de significância estatística foi de $p<0,05$ para todas as análises.

3. RESULTADOS

Foram selecionados 83 questionários, 43 do grupo de estudo e 40 do grupo controle. As idades em ambos os grupos foram consideradas em dois níveis: entre 18 anos completos a 25 anos incompletos; e acima de 25 anos. Não houve diferença entre os grupos em relação à idade ($p=0,051$ - Fisher's exact), à cor da pele autodeclarada ($p=0,316$ - Fisher's exact), ao nível de escolaridade ($p=0,212$ - Fisher's exact) e ao número de abortamentos ($p=0,096$), porém houve diferença quanto à classificação socioeconômica ($p<0,001$ - Fisher's exact), aos números de gestações ($p=0,0013$ - t test), de partos ($p=0,004$), de filhos ($p=0,0009$) e de dependentes ($p=0,0372$) (Tabela 1).

Variável	Grupo controle n (%)	Grupo de estudo n (%)	Total n (%)	p valor	Test
Escolaridade					
0 a 8	4 (10,0)	8 (18,60)	12(14,46)	0,212	Fisher's exact
>8	36 (90,0)	35 (81,40)	71(85,54)		
Estado conjugal					
Sem companheiro fixo	18 (45,00)	26 (60,47)	44 (53,01)	0,117	Fisher's exact
Com companheiro fixo	22 (55,00)	17 (39,53)	39 (46,99)		
Idade					
18 a 24	23(57,50)	16 (37,21)	39 (46,99)	0,051	Fisher's exact
≥25	17(42,50)	27 (62,79)	44 (53,01)		
Cor da pele referida					
Branca	20 (50,0)	18 (41,86)	38 (45,78)	0,316	Fisher's exact
Parda	14 (35,0)	19 (44,19)	33 (39,76)		
Preta	2(5,0)	5 (11,63)	7 (8,43)		
Amarela	4(10,00)	1 (2,33)	5 (6,02)		
Trabalho remunerado					
Não	22 (55,00)	15 (34,88)	37 (44,58)	0,052	Fisher's exact
Sim	18 (45,00)	28 (65,12)	46 (55,42)		
Classe social					
Classe D - E (0 - 16 pontos)	6 (15,00)	16 (37,21)	22 (26,51)	<0,001	Fisher's exact
Classe C2 (17 - 22 pontos)	8 (20,00)	18 (41,86)	26 (31,33)		
Classe C1 (23 - 28 pontos)	7 (17,50)	4 (9,30)	11 (13,25)		
Classe B2 (29 - 37 pontos)	19 (47,50)	5 (11,63)	24 (28,92)		
Número de gestações					
Média (desvio padrão)	0,525 (0,152)	1,441 (0,224)		0,0013	t teste
Número de partos					
Média (desvio padrão)	0,475 (0,143)	1,186 (0,1889)		0,004	t teste
Número abortamentos					
Média (desvio padrão)	0,05 (0,034)	0,209 (0,085)		0,096	t teste
Número de filhos					
Média (desvio padrão)	0,45 (0,138)	1,27 (0,192)		0,0009	t teste
Número de dependentes					
Média (desvio padrão)	0,40 (0,112)	0,81 (0,156)		0,0372	t teste
Antecedente de doença mental					
Não	40 (100,00)	34 (79,07)	74 (89,16)	0,002	Fisher's exact
Sim	0 (0,00)	9 (20,93)	9 (10,84)		

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos das participantes

A aplicação do WHO-VAW mostrou que insultos foram citados por todas as mulheres, com consequente desenvolvimento de sentimento de desvalia; a maioria delas também foi depreciada e ameaçada. A violência psicológica foi a forma de agressão mais declarada, sendo esta isolada (27,9%) ou associada às outras formas de violência. Dentre os tipos de violência física, os tapas, os empurrões e os socos foram os mais declarados pelas participantes, porém, outras formas mais agressivas, como queimaduras, tentativa de estrangulamento ou ameaça com arma de fogo estiveram presentes. Violência sexual não foi citada pela maioria das vítimas (Tabela 2).

Formas de violência impetradas contra as mulheres	n	%
Violência psicológica		
Insultou e fez você se sentisse mal a respeito de si mesma	43	100,00
Depreciou e humilhou você diante outras pessoas	36	83,72
Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	32	74,41
Ameaçou machuca-la ou alguém que você gosta	32	74,41
Violência física		
Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la	28	65,11
Machucou c/soco ou objeto	22	51,16
Tentou estrangular ou queimou você	12	27,90
Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma	14	32,55
Empurrou -a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	30	69,76
Violência sexual		
Forçou fisicamente você a manter relações sexuais quando não queria	10	23,25
Você teve relação sexual por medo do que ele pudesse fazer	13	30,23
Ele forçou você à prática sexual degradante e humilhante	9	20,93
Todas as formas acima descritas	5	11,62

Tab.2: Distribuição do número de porcentagens de formas de violência de acordo com os resultados do WHO-VAW (World Health Organization Violence Against Women)

Nenhuma participante do grupo controle afirmou ter histórico pregresso de doença mental, enquanto nove (10,84%) mulheres do grupo de estudo responderam afirmativamente, com diferença ($p=0,002$ - Fisher's exact) entre os grupos.

A avaliação do transtorno mental comum não psicótico, pela aplicação do SRQ 20, mostrou rastreamento positivo em 25 (58,14%) mulheres do grupo de estudo e 9 (22,5%) do grupo controle. Por análise logística binária, demonstrou-se que o grupo que sofreu violência tem razão de chances (*odds ratio*) 12,64 vezes maior de ter transtorno mental em comparação ao grupo de mulheres que não sofreu violência ($p=0,002$).

A cor da pele não foi fator de risco para VPI ($p=0,286$ - teste qui quadrado), mas para a ocorrência de transtorno mental no grupo de estudo ($p=0,016$), as mulheres não brancas (autodeclarada) têm 4,25 vezes mais chances de terem transtorno mental não psicótico (pontuação acima de 7) em relação às

mulheres de pele branca autodeclarada ($p=0,026$ - análise logística binária). No grupo controle, essa relação não foi significativa ($p=0,661$).

4. DISCUSSÃO

A VPI é uma condição que atinge larga parcela de mulheres em todo o planeta, sendo considerado um, "problema generalizado de Saúde Pública", conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). No Brasil, semelhante ao Uruguai e ao Panamá, cerca de 20% das mulheres entre 15 a 49 anos serão, em algum momento da vida, submetidas a esse tipo de violência, enquanto na Bolívia, Argentina, Colômbia, Costa Rica, Equador, Estados Unidos, Haiti, Honduras, Jamaica, Peru, República Dominicana e Trinidad e Tobago essa taxa supera 25% (18).

No presente estudo, os insultos e as deprecições foram as formas ofensivas mais aplicadas pelos agressores, superando as agressões físicas. Esses

achados são semelhantes aos obtidos por Ruiz-Pérez et al. (2016), mostrando que o parceiro tem um *modus operandi* que reduz as possibilidades de resposta das mulheres por torná-las depreciadas e fragilizadas (19). Dessa forma, estabelece-se um ciclo difícil de ser rompido pela vítima (20).

A Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) é um serviço oferecido pela Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres do Ministério dos Direitos Humanos brasileiro, que em 2016 recebeu 140.350 chamadas de mulheres relatando terem sofrido violência. Desse total, 65,91% tiveram como perpetrador o parceiro íntimo; a maioria das agressões denunciadas foi física (50,7%), seguida da psicológica (31,8%) e sexual (5,05%). A maioria das vítimas tinha filhos (78,72%) que presenciaram as agressões domésticas em 82,86%. Em 2017, o número de atendimentos pela Central foi 156.230, dos quais 82.568 foram relatos de violência sem que a vítima autorizasse o registro da denúncia aos órgãos competentes, e 73.668 de denúncias que foram devidamente encaminhadas aos órgãos responsáveis (21,22).

As mulheres submetidas à VPI decidem denunciar mais frequentemente a ofensiva física, sugerindo que as outras formas de agressões impetradas pelo companheiro com quem ela mantém vínculo afetivo são mais "toleradas", principalmente as sexuais, as quais são, em grande parte, entendidas como obrigações conjugais.

As sequelas deixadas pela violência não comprometem apenas as mulheres, mas também podem se estender aos filhos. Muitas mulheres se submetem ao agressor por longo período de tempo por terem filhos dependentes. Estudos mostram que as crianças expostas à VPI são mais predispostas ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, além de se tornarem agressores na vida adulta, perpetuando essa forma de violência (23, 24).

No grupo estudado, 28 mulheres tinham filhos, das quais 10 tinham mais de três filhos. Um aspecto que deve ser considerado é referente à utilização dos filhos pelo agressor como forma de manipular e submeter a vítima ao seu domínio, principalmente se a mulher for dependente financeiramente dele. Segundo Kelly e Johnson, a manipulação da vítima por meio de intimidações, abuso emocional e econômico, isolamento, uso dos filhos e ameaças associada a agressões físicas são classificados como violência controladora coercitiva, sendo que a

maioria dos agressores é homem em relações heterossexuais (25).

A violência pode agravar ou causar transtornos mentais, principalmente o depressivo, ansioso e o de estresse pós-traumático (26). No grupo de estudos, 9 mulheres relataram doença mental pregressa às agressões e 25 (58,14%) do total tiveram rastreamento positivo para transtorno mental não psicótico, denotando que a violência deve ser considerada fator decisivo para o desenvolvimento ou o agravamento de enfermidades mentais; esses achados estão em concordância com Goldin (27) e Mendonça (28).

Dessa forma, as mulheres mais suscetíveis a transtornos mentais se tornam vulneráveis e com menor capacidade de enfrentamento e de se desvincularem do agressor, com consequente maior possibilidade de reincidência de agressões. A taxa de reincidência de VPI varia entre 16% e 47%, de acordo com estudo espanhol (29). Transtornos depressivos e do estresse pós-traumático são consequências frequentemente presentes em mulheres vítimas de VPI (30), especialmente naquelas mulheres que sofreram algum tipo de abuso sexual (31). Para muitas mulheres, os efeitos psicológicos advindos da violência são muito mais impactantes que as lesões físicas sofridas (32).

No grupo estudado, a cor da pele não branca não mostrou influenciar a ocorrência de VPI, mas o desenvolvimento de transtorno mental. A indiferença da cor da pele em associação com a maior incidência de VPI está em desacordo com a literatura médica, em que a violência predomina em mulheres não brancas (33). Por sua vez, existe concordância de nossos achados quanto ao quadro mental, pois o estudo mostra que a questão étnica está associada à maior propensão ao desenvolvimento de baixa autoestima, depressão e ansiedade (34).

5. CONCLUSÃO

As mulheres submetidas à VPI têm 12,64 vezes mais chances de desenvolverem transtornos mentais não psicóticos e as não brancas são mais suscetíveis a essas doenças em comparação ao grupo de mulheres que não sofreu violência.

A cor da pele não branca não foi fator de risco para a VPI, mas para o desenvolvimento de transtorno mental não psicótico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. [Citado 1 fev. 2019]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf
2. Lindner SR, Coelho EB, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pú.* 2015;31(4):815-826. Doi.org/10.1590/0102-311X00159913
3. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L. On behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368:1260-1269. Doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8.
4. WHO. Violence against women (2017 Nov. 29) [cited 2019 June 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de agravos e notificações (Sinan). Violência doméstica, sexual e/ou outras violências - Brasil [cited 2019 May 12]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada/57-doencas-e-agravos>.
6. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Atlas da Violência, 2018 [citado 12 jun. 2019]. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf
7. Arosarena OA, Fritsch TA, Hsueh Y, Aynehcham B, Haug R. Maxillofacial Injuries and Violence against Women. *Arch Facial Plast Surg.* 2009;11(1):48-52. doi:10.1001/archfacial.2008.507.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Intimate partner violence: definitions. 2017 [cited 2019 June 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>
9. Smith SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, Wang J, Kresnow M et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2018 [cited 2019 May 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/2015data-brief508.pdf>
10. Bagwell-Gray ME, Messing JT, Baldwin-White A. Intimate partner sexual violence: A review of terms, definitions, and prevalence. *Trauma Violence Abuse.* 2015;16:316-335. doi: 10.1177/1524838014557290
11. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, García-Moreno C. On behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008;371:1165-1172. Doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X
12. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2012;75:959-975. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.025
13. Peek-Asa C, Saftlas AF, Wallis AB, Harland K, Dickey P. Presence of children in the home and intimate partner violence among women seeking elective pregnancy termination. *PLoS ONE.* 2017;12(10):e0186389. doi.org/10.1371/journal.pone.0186389
14. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2012;7(12):e51740. doi.org/10.1371/journal.pone.0051740.
15. D'Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermit AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pú.* 2009;43(2):299-311. doi.org/10.1590/S0034-89102009005000013
16. Schraiber LB, Latorre MR, França Jr. I, Segri NJ, D'Oliveira AF. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence

- against women. *Rev Saúde Públ.* 2010;44(4):658-666. doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009
17. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986;148:23-26. doi.org/10.1192/bjp.148.1.23
 18. OPAS Brasil. Atualizado em 7/12/2018. Quase 60% das mulheres em países das Américas sofrem violência por parte de seus parceiros [citado 23 maio 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5812:quase-60-das-mulheres-em-paises-das-americas-sofrem-violencia-por-parte-de-seus-parceiros&Itemid=820
 19. Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C, Rodríguez-Barranco M. G6 for the Study of Gender Violence in Spain. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. *Aten Primaria.* 2017;49(2):93-101. doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.006
 20. Gilroy H, Nava A, McFarlane J. Developing a Theory of Economic Solvency for Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Violence against Women.* 2019;1-17. doi: 10.1177/1077801219853366
 21. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Central de Atendimento à Mulher Ligue 180 realizou mais de um milhão de atendimentos a mulheres em 2016 [citado 24 mar. 2019]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2017/03/ligue-180-realizou-mais-de-um-milhao-de-atendimentos-a-mulheres-em-2016>.
 22. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 [citado 24 abr 2019]. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/ouvidoria/RelatorioGeral2017.pdf>
 23. Wanthen NC, MacMillan LH. Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions *Paediatr Child Health.* 2013;18(8):419-422. doi.org/10.1093/pch/18.8.419
 24. Bair-Merritt M, Zuckerman B, Augustyn M, Cronholm PF. Silent victims - an epidemic of childhood exposure to domestic violence. *N Engl J Med.* 2013;369(18):1673-1675. doi: 10.1056/NEJMp1307643).
 25. Kelly JB, Johnson MP. Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. *Family Court Review.* 2008;46(3):476-499. doi.org /10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x.
 26. Sijbrandij M, Bryant RA, Schafer A, Dawson KS, Anjuri D, Ndogoni L, et al. Problem Management Plus (PM+) in the treatment of common mental disorders in women affected by gender-based violence and urban adversity in Kenya; study protocol for a randomized controlled trial. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10:44. doi: 10.1186/s13033-016-0075-5.
 27. Golding J. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Fam Violence* 1999;14:99-132. doi.org/10.1023/A:1022079418229.
 28. Mendonça MFS, Ludermir AB. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Rev Saúde Públ.* 2017;51:32. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006912
 29. Lila M, Oliver A, Lorenzo MV, Catalá A. Recidivism risk assessment in intimate partner violence against women: Importance of social support. *Rev Psicol Soc.* 2013;28(2):225-236. doi.org/10.1016/j.psi.2014.11.001).
 30. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open.* 2018;8:e019995. doi:10.1136/bmjopen-2017-019995.
 31. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.* 2002;359:1331-1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
 32. Kumara A, Nizamie SH, Srivastava NK. Violence against women and mental health. *Ment Health Prev.* 2013;1:4-10. doi.org/10.1016/j.mhp.2013.06.002.
 33. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2011 [cited 2010 June 20]. Available from: www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_report2010-a.pdf.
 34. Williams MT, Chapman LK, Wong J, Turkheimer E. The role of ethnic identity in symptoms of anxiety and depression in African Americans. *Psychiatry Res.* 2012;199:31-36. doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.049.

*Associação Brasileira de Medicina Legal
e Perícias Médicas*

DIRETORIA EXECUTIVA 2019-2022

Presidente

Dr. Ivan Dieb Miziara (SP)

Vice-Presidente

Dr^a. Rosa Amélia Andrade Dantas (SE)

1º Secretário

Dr. Reginaldo Inojosa Carneiro Campello (PE)

2º Secretário

Dr. Norberto Rauen (SC)

1ª Tesoureira

Dr^a. Daniele Muñoz Gianvecchio (SP)

2ª 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)

Dr^a. Maria Luisa Duarte (AL)

Dr^a. Gabriela Graça Suares Pinto (RJ)

CONSELHO TÉCNICO CIENTÍFICO

Coordenador

Dr. José Jozefran Berto Freire

Membros

Dr. Victor Alexandre Percinio Gianvecchio

Dr. Alcindo Cerci Neto

Dr^a. 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

Dr^a. Daniele Muñoz Gianvecchio

Membros

Dr^a. Carmen Sílvia Molleis Galego Miziara

Dr^a. Sílvia Cléa Coutinho Ramos

Dr^a. 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

Dr^a. Gabriela Graça Suares Pinto

Membros

Dr^a. Barbara Mary de Araújo Pereira

Dr. Luiz Guilherme Cardoso Moll

Dr^a. Marisa dos Santos Feiten

Dr^a. Maria de Fátima FVM

Dr^a. Ana Carolina de Almeida Couto

Dr. Marcus Barreto Conde

Dr. Marcos Antônio Alvarez

Dr^a. Maristela Gonçalves Olival

Dr. Marcelo Elias Shempf Cattán

Dr. Ricardo Campos Barcellos