perspectivas

MEDICINA LEGAL E
PERICIAS MEDICAS

v.5 n.3 2020

perspectivas

MEDICINA LEGAL E
PERÍCIAS MÉDICAS

EDITOR CHEFE

Prof. Dr. Jose Jozefran Berto Freire (Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas (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, 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, Coimbra, Portugal)
Prof. Dr. Fernando Verdu Pascual (Universidad de Valencia, Valencia, Espanha)
Prof. Dr. Francisco Corte Real Gonçalves (Instituto Nacional de Medicina Legal, Lisboa, Portugal)
Prof. Dr. Genival Veloso de França (Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB Brasil)
Prof. Dr. Hugo Rodríguez Almada (Universidad de la Republica, Montevideo, 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 IMESC, São Paulo, SP Brasil)
Prof. Dr. Jorge Bermudez (Facultad de Medicina de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina)
Prof. Dr. Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal (Instituto de Medicina Social de São Paulo IMESC, São Paulo, SP Brasil)
Prof. Dr. Luiz Airton Saavedra de Paiva (Polícia Civil do Estado de São Paulo, São Paulo, SP Brasil)
Prof. Dr. Reginaldo Inojosa Campelo (Universidade de Pernambuco, Recife, PE Brasil)
Prof. Dr. Renato Evando Moreira Filho (Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE Brasil)
Prof. Dra. Rosa Amélia Andrade Dantas (Universidade Federal do Sergipe, Aracaju, SE Brasil)
Prof. Ms. Sami Abder Rahim Jbara El Jundi (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS Brasil)
Prof. Dr. Saul Pantoja Vacafior (Sociedade Peruana de Medicina Legal, Trujillo, Peru)
Dra. Viviam Paula Lucianelli Spina (Instituto de Medicina Social de São Paulo IMESC, São Paulo, SP 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 quadrimestral, 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

indexa@indexa.com.br

P. 86

CARTA DO PRESIDENTE *LETTER FROM THE PRESIDENT*

Ivan Dieb Miziara

P. 87

CARTA DO EDITOR *LETTER FROM THE EDITOR*

José Jozefran Berto Freire

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO *UPDATE ARTICLES*

P. 88

A PROVA TÉCNICA SIMPLIFICADA SOB A ÓTICA DA MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS

THE SIMPLIFIED TECHNICAL TEST FROM THE PERSPECTIVE OF LEGAL MEDICINE AND MEDICAL EXPERTISE

Autores *Authors*: Freire JJB, Dantas RAA, Dantas E

ARTIGOS DE REVISÃO *REVIEW ARTICLES*

P. 98

SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO NA PERÍCIA MÉDICA

SIMULATION AND CONCEALMENT IN EXPERT EVALUATION

Autores *Authors*: Spina VPL, Panza FT, Leal LPFF

ARTIGOS ORIGINAIS *ORIGINAL ARTICLES*

P. 106

A AVALIAÇÃO FORENSE DE CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE O INÍCIO DO ISOLAMENTO PELA PANDEMIA COVID-19

THE FORENSICS ASSESSMENT OF DOMESTIC'S VIOLENCE CASES DURING THE START OF ISOLATION DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC

Autores *Authors*: Rios AMFM, Santos AO, Silveira LO, Kercher LC, Fogaça LC, Ifarraguirre LM, Dein EP, Rocha M, Rios VM

P. 114

PERÍCIA MÉDICA ADMINISTRATIVA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS SERVIDORES PÚBLICOS COM INCAPACIDADE LABORATIVA POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS, NO PERÍODO DE MARÇO A AGOSTO DE 2019 DE ARACAJU, SERGIPE, BRASIL

ADMINISTRATIVE MEDICAL EXAMINATION: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE PUBLIC SERVANTS WITH SICK LEAVE AND WORK DISABILITY DUE TO MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS, FROM MARCH TO AUGUST IN 2019, OF THE CITY OF ARACAJU, SERGIPE, BRAZIL

Autores *Authors*: Cardoso TS, Lima-Junior AS, Santana KCA

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 Committee 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, peritos e médicos legistas,
A nossa revista *Perspectivas*, canal de divulgação científica da ABMLPM, em sua 13ª edição, chega às suas mãos neste número tratando de temas de extrema relevância para nossa especialidade, tais como perícia administrativa; simulação e dissimulação em perícia médica; casos de violência doméstica na pandemia (na "ordem do dia") e também um artigo sobre assunto que vem afetando vários de nossos colegas: a respeito da Prova Técnica Simplificada na ótica da Medicina Legal e Perícia Médica. Nossa função, enquanto associação eminentemente científica, é exatamente essa: lançar um olhar da Ciência a respeito de temas que afetam sobremaneira nossa vida prática. Um agradecimento especial a todos os colegas que colaboraram nesse número.

Gostaria de lembrar a todos que conseguimos junto à AMB a realização, ainda esse ano, de uma Prova de Título Especial, fato importante para conseguirmos titular vários colegas que há mais de 10 anos militam na perícia médica e que ainda não possuem seu título de especialista e nem o RQE dentro da especialidade.

Abraço a todos,

DR. IVAN DIEB MIZIARA

Presidente ABMLPM

CARTA DO EDITOR

*P*erspectivas atinge a sua 13ª edição no início do seu quarto ano de lançamento. Neste período, propiciou a diversos colegas a publicação dos seus artigos originais, de revisão, doutrinários e, acima de tudo, a divulgação da nossa especialidade.

Na presente edição, os temas tratados foram: perícia administrativa, simulação e dissimulação, casos de violência doméstica durante a pandemia e a prova técnica simplificada sob a ótica da medicina legal e perícia médica.

São temas que mostram um dos focos da revista, o tratar de assuntos que estão impactando o tempo presente e que necessitam de olhar especial da nossa especialidade.

Convido a todos a lerem a nossa revista *Perspectivas* e mais ainda a relatarem seus trabalhos e experiências para as próximas edições.

Boa Leitura!

DR. JOSÉ JOZEFRA⁷N BERTO FREIRE

Editor - Cremesp 17288

A PROVA TÉCNICA SIMPLIFICADA SOB A ÓTICA DA MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS

THE SIMPLIFIED TECHNICAL TEST FROM THE PERSPECTIVE OF LEGAL MEDICINE AND MEDICAL EXPERTISE

ARTIGO DE REVISÃO recebido 15/09/2020 aceito em 03/10/2020
<https://dx.doi.org/10.47005/050301>

José Jozefran Berto Freire ⁽¹⁾

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

Rosa Amélia Andrade Dantas ⁽²⁾

Currículo Lattes: 3392433906599085 - ID ORCID: 0000-0003-1675-7158

Eduardo Dantas ⁽³⁾

Currículo Lattes: 9527419558749302 - ID ORCID: 0000-0002-8573-995X

⁽¹⁾ Universidade Estadual de Pernambuco, Recife-PE, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Federal do Sergipe, Aracaju-SE, Brasil.

⁽³⁾ Advogado especialista em direito médico, Recife-PE, Brasil.

e-mail: jjbertofreire@gmail.com

RESUMO

As respostas em perícias médicas dependem de uma análise técnica e objetiva e geram a necessidade de construir prova de caráter científico, objetiva, clara, distinta e demonstrável. Esse artigo visa analisar o artigo 464 do Código de Processo Civil-CPC/2015 sobre a Prova Técnica Simplificada sob a ótica da atividade médico pericial. Realizou-se uma revisão bibliográfica, através das palavras-chave "prova pericial"; "prova técnica simplificada"; "perícia médica"; "perícia em medicina legal" e "perícia médica", nas bases de dados Google Scholar e Periódicos Capes, e na sequência a análise do artigo 464 do CPC. A pesquisa bibliográfica realizada sobre o tema não evidenciou trabalhos científicos publicados na área de medicina de forma geral, ou na especialidade de medicina legal e perícia médica, que abordassem as alterações ocorridas no CPC 2015. A prova pericial na ótica da medicina legal e perícia médica é concreta, porém está inserida num contexto de amplitude variável. Esse contexto tem, necessariamente, fundamentos, no que se denomina tecnicamente, de vestígios e indícios. Entende-se aqui como necessário: aquilo que não pode deixar de ser (15). Sobre a prova técnica simplificada, um problema que se apresenta é a adequada designação do que seja "menor complexidade". Nos trabalhos analisados não encontramos referência a metodologia científica, geral ou específica, que embase a realização da prova técnica simplificada, nem sua definição técnica ou científica. Nas conclusões, apresentamos algumas precauções para o agir do médico pericial, considerando as argumentações elencadas no artigo 464 do CPC.

Palavras-chave: Prova Técnica Simplificada, medicina legal, Código de Processo Civil -CPC/2015, artigo 464, perícia médica.

ABSTRACT

The answers in medical expertise depend on a technical and objective analysis, and generates the need to build proof of scientific, objective, clear, distinct and demonstrable character. This article aims to analyze article 464 of the Code of Civil Procedure-CPC/2015 on the Simplified Technical Proof from the perspective of expert medical activity. A literature review was carried out using the Keywords "expert evidence"; "simplified technical proof"; "medical expertise"; "expertise in legal medicine" and "medical expertise", in Google Scholar and Capes Journals databases, and following the analysis of Article 464 of the CPC. The bibliographic research carried out on the subject did not show scientific papers published in the area of medicine in general or in the specialty of legal medicine and medical expertise, which addressed the changes that occurred in CPC/2015. The expert evidence from the perspective of legal medicine and medical expertise is concrete, but it is inserted in a context of large amplitude. That context necessarily has grounds, as technically, of traces and indications. It is understood here as necessary: what it cannot fail to be (15). On the simplified technical proof, a problem that presents itself is the proper definition of what "less complexity" means. In the analyzed studies we did not find reference to the general or specific scientific methodology, which supports the performance of the simplified technical proof, nor its technical or scientific definitions. In the conclusion, we present warnings for expert physician practices considering arguments that are listed in article 464 of the CPC.

Keywords: Simplified Technical Proof, Legal Medicine, Code of Civil Procedure-CPC/2015, legal proof.

1. INTRODUÇÃO

O mundo ocidental atravessa tempos de crise e de incertezas, necessitando cada vez mais de pontos de inflexão e de reflexão para atingir segurança nas relações humanas e, dentre elas, nas que resultam em conflitos. Nessa busca os contrassensos, os contrapontos se põem.

No Brasil, um fenômeno que não pode ser ignorado é o da judicialização, destacando-se aquela que tem por objeto as demandas no campo da saúde, sendo necessária a busca por respostas que dependem de uma análise técnica e objetiva, afim de prover segurança para todos os atores envolvidos nos processos. A perícia médica, nesse contexto, surge como uma garantia da qualidade das provas, evitando questionamentos baseados em notícias falsas, versões deturpadas, em interpretação que modifica os fatos, os juízos fundados a partir de elementos frágeis.

Há essa necessidade básica na atualidade, especialmente no julgar, e essa necessidade é o provar o que se apresenta. O trabalho do médico perito é essencialmente o construir a prova de caráter científico, objetiva, clara, distinta, demonstrável.

O Código de Processo Civil (Lei 13.105 de 16 de março de 2015) (1), alberga no seu conteúdo capítulos atinentes às provas, ou seja, o cerne do próprio Direito Processual. Entre os artigos 369 e

484, estão contidas as regras dos elementos probatórios necessários para disciplinar o procedimento de análise e produção de prova. Na seção X, entre os artigos 464 e 480, se encontra o ordenamento da Prova Pericial.

A prova é via, caminho que a inteligência humana usa na busca da verdade, parafraseando aqui proposição de Nicola Framarino dei Malatesta (1960) (2). Verdade que, na visão positiva, é a relação adequada entre o pensamento e a realidade e, para Mittermaier (3) é “a concordância entre um fato real e ideia que dele faz o espírito” (p. 65)

Essa concordância entre o fato real e a representação mental de algo, ou seja, a ideia, pode se traduzir pelo julgar, que é definido na sentença do julgador e na construção da prova pelo perito. Afinal, se busca, na construção da prova, tanto o relato adequado, coerente e conciso de evento, coisa, fato, quanto a ideia de verdadeiro em oposição ao falso.

Para Genival Veloso de França (4) a prova é “o elemento demonstrativo da autenticidade ou da veracidade de um fato” (p. 14). Nos artigos do Código de Processo Civil citados nesse trabalho, vê-se a importância da prova, mesmo na Prova Técnica Simplificada. França (4) comenta o valor racional da prova:

“O valor racional de uma prova está diretamente ligado no maior ou menor grau de aceitabilidade das informações ali contidas e que podem contribuir na avaliação do conflito como um insuprível meio de comprovação de um fato. Em suma: se as afirmações ali contidas podem ser acatadas como verdadeiras (...) a valoração de uma prova produzida ganha força a partir da razoabilidade e da aceitabilidade das informações prestadas, dos meios utilizados para firmar as conclusões e dos elementos que induzem a uma suficiente probabilidade” (p. 15).

Para Bentham (5), “A prova no seu sentido mais amplo, entende-se como um fato supostamente verdadeiro, que se presume, deve servir de motivo de credibilidade sobre a existência ou inexistência de outro fato” (p. 21), aqui sob a ótica da lógica clássica, ou seja, da inferência.

A prova é o centro do processo, portanto, da atividade jurídica, e existe quando fundada na certeza. No trato com a *verdade* e segundo Malatesta (2), as seguintes situações se põem:

“a **ignorância** que nada revela; a **dúvida** que é um estado complexo entre a afirmação e a negação, pois onde predominam os elementos negativos se tem a **improbabilidade**, quando se igualam os motivos negativos e positivos, tem-se aquilo que é **crível** e quando predominam os positivos tem-se a **probabilidade**” (p. 20/21).

A vivência médico pericial, ou seja, sua prática exige que diante de evento, coisa, fato pode-se ter **opinião**, portanto, conhecimento afirmativo com o receio do erro; e a **certeza**, que é conhecimento afirmativo sem o receio do erro.

Diante das possibilidades acima referidas no trato com os fatos, com a coisa e com os eventos, o médico perito tem o trabalho de construir texto científico que confira materialidade e demonstre a prova.

A prova pericial é estabelecida no Código de Processo Civil (1) com o seguinte texto:

Art. 464. A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação.

§ 1º O juiz indeferirá a perícia quando:

I - a prova do fato não depender de conhecimento especial de técnico;

II - for desnecessária em vista de outras provas produzidas;

III - a verificação for impraticável.

§ 2º De ofício ou a requerimento das partes, o juiz poderá, em substituição à perícia, determinar a produção de prova técnica simplificada, quando o ponto controvertido for de menor complexidade.

§ 3º A prova técnica simplificada consistirá apenas na inquirição de especialista, pelo juiz, sobre ponto controvertido da causa que demande especial conhecimento científico ou técnico.

§ 4º Durante a arguição, o especialista, que deverá ter formação acadêmica específica na área objeto de seu depoimento, poderá valer-se de qualquer recurso tecnológico de transmissão de sons e imagens com o fim de esclarecer os pontos controvertidos da causa.

Esse artigo visa analisar o artigo 464 do Código de Processo Civil e mais especificamente a Prova Técnica Simplificada sob a ótica da atividade médico pericial.

2. MÉTODO

Esse estudo foi iniciado com uma revisão bibliográfica. Utilizou-se para tanto os descritores relacionados ao tema através das palavras-chave: prova pericial; prova técnica simplificada; perícia médica; perícia em medicina legal e perícia médica, nas bases de dados *Google Scholar* e Periódicos Capes.

Na sequência, o estudo foi realizado sob a ótica de método analítico, e se concentrou no artigo 464 do Código de Processo Civil, especialmente os parágrafos 2º, 3º e 4º, análise esta que teve por objetivo o apontar-se em bases científicas e éticas, os detalhes e problemas no uso do referido artigo da lei.

Sob os aspectos técnicos, foi analisado especialmente o que é denominado no artigo 464 da perícia como exame, vistoria ou avaliação. Entra-se aqui no campo da verificação, portanto, da linguagem, do discurso, dos conceitos e da relação entre eles, portanto, o ponto central da atividade científica que é o motivo da ação médico-pericial. Ao final apontou-se os elementos propositivos ao efetivo exercício da atividade pericial com os devidos cuidados científicos, técnicos e éticos.

3. A PROVA PERICIAL SIMPLIFICADA - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Silva *et al* (6), estuda o tema dos honorários periciais como entrave na produção de prova e morosidade processual, e conclui que “apesar de ter se apresentado de forma inovadora em certos aspectos, deixou a desejar no quesito financeiro, mas inovou na questão da “prova técnica simplificada” para se resolver matérias controvertidas.”

Buscando identificar quais são os principais impactos do Novo Código de Processo Civil (1) no potencial mercado da Perícia na percepção de Magistrados e Peritos, foi realizada pesquisa direta a magistrados e peritos de todas as áreas. Verificou-se, dentre outros achados, que para 60% dos magistrados e 77,78% dos peritos, há poucas possibilidades de a substituição da prova pericial pela prova técnica simplificada vir a representar algum risco em relação à apuração da verdade real dos fatos (7). Acrescentam os autores que:

“Ainda que o novo diploma não explicita de que forma esse controle de complexidade da matéria venha a ser realizado, o § 4º do art. 464 dispõe que esse trabalho será realizado por especialista com formação acadêmica específica na área objeto de discussão, bem como poderá valer-se de recursos tecnológicos para esclarecer os pontos controvertidos da causa [...] para 80% dos magistrados entrevistados e 63,16% dos peritos, pairam dúvidas quanto à eficiência de produção desse tipo de prova por um simples especialista, pois não há inteligibilidade nos novos dispositivos de obrigatoriedade de utilização dos

profissionais que compõem o cadastro a ser mantido pelo tribunal[...]” (p. 971)

Ainda para os autores, a implementação da Prova técnica simplificada “exigirá do profissional destreza e determinados atributos que venham a contribuir satisfatoriamente para a elucidação de aspectos técnicos contidos na ação”, mas não aborda que tipo de destreza e quais seriam estes atributos.

Fuga (8) em estudo sobre provas no novo CPC, refere que:

“Na prática assemelha-se a prova constante no art. 35 da Lei 9099/95 do Juizado Especial Cível, pois naquele procedimento não pode prova pericial complexa, mas sim apenas o juiz poderá inquirir técnicos de sua confiança e permitida às partes a apresentação de parecer técnico. A intenção certamente é boa e procurar tentar solucionar processos de menor complexidade, porém na prática veremos como isso irá se adequar, pois no âmbito dos juizados especiais a inquirição de técnicos tem sido de pouca expressão, pois entende-se em grande parte dos casos pela necessidade de perícia e, assim, e remessa dos autos para a justiça competente. O conteúdo, porém, tem semelhança com o vigente art. 421, §2º.” (p.355)

Neste trabalho (8) também não se discute o que venha a ser um processo de menor ou maior complexidade, nem se todas as áreas de especialidade possuem metodologia científica para emitir uma afirmação.

Em análise sintética dos pontos alterados do CPC/2015, no que se refere à prova pericial, Freitas (9), utiliza como exemplo de ponto controvertido de menor complexidade “defeito mecânico, qualidade do combustível, verificação de assinatura de documento etc.” (p.120).

Bodart (10) afirma que, sobre a prova técnica simplificada, no novo CPC:

“Na verdade, trata-se também de uma prova pericial, com a peculiaridade de

consistir em depoimento oral do expert sobre o ponto controvertido, em vez do laudo escrito. Cuida-se de medida que tem pouca ou nenhuma aceitação na praxe forense. Submete-se à discricionariedade do juiz a caracterização da questão como “de menor complexidade” para a dispensa do laudo escrito. O perito será ouvido, via de regra, na audiência de instrução e julgamento. É prudente que se observe o rito do art. 477, §§ 3.º e 4.º, do CPC (LGL\1973\5)/2015 para assegurar que o expert tenha tempo de se preparar para responder aos questionamentos realizados”. (p.3)

A perícia ou prova técnica simplificada já existia no CPC anterior, mas para Brugiolo (11), a versão atual foi aperfeiçoada e valorizada. No entanto, ele identifica pontos que revelam desarmonia do legislativo quanto à formação acadêmica para realizar a prova técnica simplificada:

“Para a prova pericial complexa não é exigido nível universitário e para a prova pericial simplificada, a formação acadêmica é exigida. Para o mais complexo a formação não é exigida, e para o mais simples a formação é dispensada? Segundo o doutrinador Fredie Didier Jr. essa regra não é razoável.” (p.11)

Em dissertação sobre provas técnicas e científicas, Avelino (12) aponta a dificuldade de se definir ser necessário uma prova pericial ou uma prova técnica simplificada, e que necessita ser caso a caso. Sugerindo a necessidade de um amplo debate no processo, incluindo aqui os próprios especialistas na área do conhecimento especializado que podem ajudar na definição. E que considerando a dificuldade que o julgador e as partes terão em definir:

“o espectro de incidência desta prova simplificada ou da prova pericial tradicional, permite-se que o juiz, no ato de nomeação do perito, questione a respeito da necessidade de um exame ou outro. Afinal, a contribuição do perito pode ser decisiva

à própria decisão do magistrado que, face a um conflito quanto à necessidade de uma ou outra, deve fundamentar de forma robusta a escolha” (p. 199).

Na pesquisa bibliográfica sobre prova pericial simplificada por especialidade, evidenciamos um estudo sobre a área ambiental à luz do novo código de processo civil (13), que conclui:

“Essas evoluções para simplificar o processo em questões ambientais, que via de regra são de natureza grave e complexa, claramente violarão princípios constitucionais como os da prevenção, da precaução e do não retrocesso. É imprescindível que exista discernimento sobre a tutela ambiental diante do provimento da simplificação e consenso da perícia ambiental, pugnando por uma especial cautela das decisões em casos específicos, sempre objetivando a maior prevenção e proteção do meio ambiente.” (p. 241).

Freitas (14), também estudando processos ambientais, entende que a possibilidade de substituição da perícia por uma prova técnica simplificada:

“É previsão de suma importância em processos ambientais, considerando que, dependendo do que deve ser provado nos autos e grau de complexidade, a perícia pode ser substituída por algo mais simples e menos custoso. Recorde-se que as perícias ambientais costumam possuir valores de honorários bastante elevados. (p. 2951)”

Na pesquisa bibliográfica realizada sobre a prova técnica simplificada não evidenciamos trabalhos científicos publicados na área de medicina de forma geral ou na especialidade de medicina legal e perícia médica, que abordassem as alterações ocorridas no CPC 2015.

4. A PROVA PERICIAL NA ÓTICA DA MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS

A prova pericial efetivada através dos conhecimentos técnicos e científicos da medicina, e particularmente da especialidade Medicina Legal e Perícias Médicas, é um ato médico, definido na lei 12.842 de 10 de julho de 2013, especialmente no inciso XII do artigo 4º e o inciso II do artigo 5º.

Historicamente, foi a Medicina Legal e, em alguns países, a Medicina Forense, área de conhecimento que antecede a maioria das especialidades médicas atuais, que desde o século XVI fazem a devida ponte entre a prova científica e os julgadores, especialmente na área criminal. No Brasil, passou a ser denominada Medicina Legal e Perícia Médica, abrangendo todos os tipos de perícias médicas judiciais e administrativas.

Esta especialidade fez e faz a ligação entre os princípios e as práticas que unem os elementos do pensar científico com a representação social e os aspectos nomológicos contidos na jurisprudência de cada nação, aqui se ressaltando o aspecto cogente da vivência em sociedade sob os auspícios da devida ordenação normativa.

A prova pericial estabelecida no artigo 464 do Código de Processo Civil, como **exame**, **vistoria** ou **avaliação** e feita à luz da Medicina Legal e Perícias Médicas, exige os rigores do pensamento científico, das doutrinas e métodos inerentes à especialidade.

Se a prova é **exame**, não pode ser limitada a resposta a quesitos, mesmo nos casos entendidos como de menor complexidade. Se ficarmos no âmbito elementar da lógica formal, para que se conclua algo é necessário (aqui como algo que não pode ser de outra maneira) que as premissas estejam presentes e fundamentem a conclusão.

Sem essa fundamentação antecedente, a conclusão pode ser entendida como falsa, ou seja, a prova, objetivamente não se instala. Prejudicando o fulcro processual.

A guisa de exemplo, veja-se a situação de incapacidade em um paciente hipotético com um quadro clínico de pancreatite crônica, com diversos episódios de agudização, diabetes descompensada, emagrecimento acentuado com perda substancial de massa muscular pela desnutrição. O paciente tem a profissão de trabalhador braçal. Trata-se de paciente com 40 anos de idade e sua pancreatite é advinda de alcoolismo crônico.

Numa primeira avaliação, sua situação clínica leva a concessão de benefício temporário por incapacidade física de exercer sua profissão. No entanto, a depender de sua evolução fisiopatológica e de tratamento adequado, o hipotético paciente pode receber alta e retornar ao trabalho.

Pode ocorrer o contrário, quando o processo de destruição tecidual do parênquima pancreático exócrino e endócrino se tornar evolutivo, ou seja, quando o tecido fibrótico substituir mais de 80% do parênquima e tanto a diabetes quanto a insuficiência enzimática se perpetuarem, ocasionando uma incapacidade definitiva para a atividade profissional e redução acentuada do tempo de vida.

Se, e durante o processo de concessão de benefício, quando da avaliação médico pericial, houver um conflito de interpretação dos diversos elementos do quadro clínico sob a ótica do médico assistente com a avaliação do médico perito, a controvérsia está instalada. A via processual começará nos canais próprios da perícia previdenciária e pode chegar à via judicial.

Como regra geral, a controvérsia se inicia desde os sinais e sintomas referidos pelo paciente e citados nos documentos médico assistenciais, como na interpretação dos exames complementares, nos prognósticos e nas sugestões temporais de benefícios a serem concedidos.

O olhar do médico perito previdenciário sobre cada caso clínico é dirigido para a concessão ou não de determinado benefício pecuniário ao solicitante, tem característica social, e o olhar do médico assistente tem o caráter individual. Essa divergência de enfoque pode suscitar a intervenção da lei e do agir judicial.

Se esse caso fosse ao judiciário, exatamente no período intermediário do processo evolutivo da doença, ocorreriam dúvidas técnicas e científicas e muitas vezes controvérsias no interpretar tanto os prognósticos da doença quanto os direitos do paciente ao benefício, que demandariam esclarecimentos através de ação médico pericial diversa.

As controvérsias que poderiam ocorrer seriam quanto ao diagnóstico, diagnóstico diferencial, prognóstico, interpretação de exames laboratoriais e de imagens como a tomografia, a colangiopancreatografia, a ressonância magnética

e a tomografia por emissão de pósitrons, que pudessem responder a situação fática, e ainda a busca de evidências patognomônicas que caracterizariam a doença, indicando a correta abordagem da patologia nos seus múltiplos aspectos.

No caso acima, a modulação situacional é feita pelo tempo. Em tal situação, o simples perguntar sobre “pontos controversos” do diagnóstico ou do prognóstico não permitem tomada de decisão, muito menos sentença, pois o tempo enquanto grandeza matemática exigirá o devido estudo retrospectivo, prospectivo e demonstrativo para a devida solução do problema.

Numa situação clínica como o acima referido, é muito difícil se falar de caso de menor complexidade, pois são nestes casos - frequentes na prática clínica e onde ocorre até uma certa automação no firmar diagnóstico, no analisar e associar os sinais e sintomas com os exames complementares de laboratório e de imagem - que podem ocorrer controvérsias interpretativas e a ocorrência posterior de processos judiciais.

A prova pericial enquanto **exame** exige o que se pode denominar de perícia convencional e, na área da Medicina Legal e Perícias Médicas utiliza um método para produzir a prova e o documento que a apresenta. Esse método é constituído pelas seguintes etapas: preâmbulo, quesitos, histórico, descrição, discussão, conclusão e respostas aos quesitos. Cada etapa desse método é muito praticada pelos médicos peritos em todas as áreas de atuação da especialidade.

Se a prova pericial é **vistoria**, o cenário é aquele do exame adjetivado pela minúcia, ou ainda, do exame realizado na frente do julgador para resolver o litígio, muito próximo da inspeção judicial.

O termo vistoria é quase tautológico quando aplicado à atividade médico pericial, pois o exame minucioso portanto detalhado do objeto da perícia é obrigatório e sem o qual a prova não se constitui por inteiro.

Nesse aspecto, ou seja, da minúcia no executar o exame médico pericial, a prova técnica simplificada fica ainda mais distante da prova adequada, pois, ao substituir a perícia médica por simples respostas a quesitos propostos pelo juiz e ou pelas partes processuais, não se constrói a prova pericial.

Se a prova pericial é **avaliação**, entra-se no campo da verificação, portanto, da linguagem, do discurso, dos conceitos e da relação entre eles. Verifica-se sob a ótica da Medicina Pericial por exemplo: a intensidade do dano corporal, sua extensão, se há repercussões gerais e ou específicas, se há dano anterior, se há dano futuro, quantifica-se o dano e se estabelece valores percentuais de ressarcimento. Cada item, classe, de uma verificação exige a devida objetivação fenomênica.

Para Moacyr Amaral Santos, citado no trabalho de Freire (15), “Em toda perícia, seria essencial a verificação, certificação ou comprovação dos fatos, quer para levar as provas até o processo, quer para interpretá-los e torná-los inteligíveis” (p. 75)

Para Freire (15) a prova na medicina pericial está inserida numa grande amplitude de conceitos:

“A prova em Medicina Legal é concreta, porém está inserida num contexto de amplitude variável. Esse contexto tem, necessariamente, fundamentos, no que se denomina tecnicamente, de vestígios e indícios. Nossa concepção é a de que a verdadeira prova deve inserir o dado vestígio e o consequente indício num todo estruturado formando um sistema e, nesse, os elementos estarão necessariamente ligados. Entende-se aqui como necessário: aquilo que não pode deixar de ser. Essa seria a prova indubitável, que teria superado o nível do vestígio e do indício em direção a um sistema de conceitos” (p. 84).

5. A PROVA TÉCNICA SIMPLIFICADA NA ÓTICA DA MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS

Como a relação normativa organiza a convivência humana, é nos conflitos e dissidências onde a busca da verdade se torna essencial, daí a necessidade dos processos, dos julgamentos e seus resultados derivarem substancialmente da prova.

A Prova Técnica Simplificada, presente nos parágrafos 2, 3 e 4 do artigo 464 da lei 13.105 de 16 de março de 2015, remete a especialidade a um

conflito de ideias, pois, ao substituir a Prova Pericial, por perguntas e opiniões se reduz a efetividade da prova, pois, aqui fica dispensada a fundamentação e a demonstração fática que a prova pericial oferece. A atividade médico pericial que visa construir a prova objetiva, substantiva e demonstrável, como centro do processo no dizer de Malatesta (2) e citado acima, necessita dessa cientificidade.

Assim, ao avaliar-se os parágrafos do artigo 464 do Código de Processo Civil e a existência da Prova Técnica Simplificada, da Perícia Fracionada e ainda do uso exclusivo da imagem para estruturar a Prova no âmbito da Medicina Legal e Perícias Médicas, se tem enormes dificuldades.

O **parágrafo segundo** tem a seguinte redação: *“De ofício ou a requerimento das partes, o juiz poderá, em substituição à perícia, determinar a produção de prova técnica simplificada, quando o ponto controvertido for de menor complexidade”*.

O ponto central para se justificar esse parágrafo é: nos pontos da lide onde a complexidade é menor, o juiz pode, tem a opção, a faculdade de substituir a perícia pela prova simplificada, na busca de se resolver mais rapidamente o problema e muito provavelmente diminuir o seu custo. No primeiro elemento atende a questão temporal que é reclamo da sociedade, no segundo e em tese, atende as partes ao diminuir o custo do exame pericial.

O problema que se apresenta é, a adequada designação do que seja concretamente *“menor complexidade”*.

O **parágrafo terceiro** fala de *“ponto controvertido da causa que demande especial conhecimento científico ou técnico”*, e em assim sendo, exigirá do Médico Perito atividade que é maior que a resposta a quesito, ou seja, é ato Médico Pericial. Veja-se ainda, que o parágrafo 4º do mesmo artigo fala dos *“pontos controvertidos da causa”*, ou seja, situações, elementos e pontos que exigem reflexão e estudos ainda mais acurados.

Na controvérsia, o que se exige para resolvê-la é a busca da **certeza mediata**, que decorre do estudo, da correta avaliação e verificação. Dirimir dúvidas é essencial ao processo, pois se ela existe a prova não está construída. Dessa forma, os quesitos e respostas são instrumentos para solução da dúvida em pontos controvertidos e, complementam o ato pericial, não substituindo a perícia, especialmente na Medicina Legal e Perícias Médicas.

Substituir o exame médico pericial por uma avaliação documental por exemplo, constitui o que chamamos de *“parecer”*, *“perícia indireta”*, não é um simples responder questões.

O parecer em Medicina Legal e Perícias Médicas normalmente é solicitado a profissional de reconhecido saber, de forma muito semelhante ao que ocorre no Direito. Tem o parecer o intuito de esclarecer dúvidas, fundamentar teses, responder a problemas substanciais não resolvidos nas avaliações anteriores.

As respostas aos pontos controvertidos da causa em julgamento necessitam de atividade Médico Pericial completa e de profissional qualificado, pois a denominada Prova Técnica Simplificada é Prova e o julgador fará o seu Juízo com ela e assim estabelecerá a realidade, de acordo com o artigo 371 do referido código:

Art. 371. O juiz apreciará a prova constante dos autos, independentemente do sujeito que a tiver promovido, e indicará na decisão as razões da formação de seu convencimento.

Não é possível olvidar de recente parecer do Conselho Federal de Medicina, de nº 10/2020 (16), respondendo aos questionamentos formulados sobre a prova técnica simplificada no campo da perícia médica, cuja ementa assim se construiu:

“Em ações judiciais em que sejam objetos de apreciação pericial, a avaliação de capacidade, dano físico ou mental, nexo causal, definição de diagnóstico ou prognóstico, é vedado ao médico a realização da perícia sem exame direto do periciando ou sua substituição por prova técnica simplificada.”

O referido parecer realça o fato de que o ponto controvertido de menor complexidade, capaz de ensinar a adoção da prova técnica simplificada, não pode constituir-se como uma perícia, em seu sentido mais estrito, uma vez que consiste na inquirição do especialista pelo magistrado.

Nada obsta que, dada a natureza do caso, e em atenção aos princípios de economia e celeridade processual, quando possível ouvir e inquirir perito

e assistentes técnicos, desde que estes tenham efetivamente a habilidade de emitir algum juízo de valor aproveitável à situação, de maneira específica, e com conhecimento aprofundado e apropriado, diferenciando-o de uma opinião leiga ou superficial. Há que se distinguir, ainda, esta opinião de uma conclusão técnica a respeito de uma controvérsia de natureza médico-legal, uma vez que a resposta segura a esta última prescinde de exame médico adequado, especialmente em atenção às proibições estabelecidas pelo Código de Ética Médica, em seus artigos 92 e 98.

O próprio CFM, em outro parecer recente, desta feita o de nº 03/2020 (17), estabelece que:

“a manifestação médica pericial acerca de modalidades de dano pessoal, capacidade e invalidez, só pode ser concluída após o exame pericial completo, ou seja, anamnese pericial, avaliação física presencial e análise de exames complementares”.

O que se verifica, portanto, é que a despeito das boas intenções do legislador, há situações reais e efetivas que não permitem a realização de uma prova “simplificada”, sendo necessária – e essencial – a realização de perícia, para dirimir controvérsias de maneira adequada.

Não poderá o médico ser prejudicado em sua autonomia, e muito menos em sua credibilidade, sendo forçado a aceitar a realização de um procedimento que, sob sua ótica profissional, seja inadequado ou careça das garantias e segurança necessárias para a emissão de um parecer que atenda a critérios técnicos de certeza e confiabilidade.

Sendo este o caso, e com motivada fundamentação, deve alertar o juízo, de modo a cumprir plenamente com suas funções de colaborador da Justiça, sem ferir preceitos de ética profissional.

6. CONCLUSÃO

Nos trabalhos analisados, não encontramos referência a uma metodologia científica de forma geral ou específica, que embasaria a realização da prova técnica simplificada. A lei define que seria

emitir opinião sobre tema controverso. Mas, o CPC (1), no seu artigo 464, estabelece que o Juiz poderá determinar a produção de prova técnica simplificada, quando o ponto controvertido for de menor complexidade e que demande especial conhecimento científico ou técnico. E consistirá apenas na inquirição de especialista, pelo juiz. Mas não encontramos na Lei, algumas definições importantes como o que se está considerando prova técnica simplificada no caso de questões da área de medicina legal e perícia médica.

Neste caso da emissão de opinião por parte do perito médico, tal resposta pode ser dada apenas em casos cujas questões não se refiram a um indivíduo em particular, ou um ambiente em particular, que se refira a definição de dano corporal ou estabelecimento de nexo de causalidade. Podendo ser aplicada em análise documental, quando não seja necessária a avaliação médica composta de anamnese, exame físico e exames complementares. Chamando a atenção para o viés que pode ser encontrado em análises documentais sem a avaliação médica do periciando.

Considerando as argumentações acima elencadas e o contido nos parágrafos 2, 3 e 4 do artigo 464 da lei 13105 de 16 de março de 2015, podemos concluir com as seguintes precauções para o agir do médico perito:

I – Ao ser inquirido em atividade médico pericial denominada Prova Técnica Simplificada, o faça com a ressalva de estar emitindo **opinião**, portanto, proposição afirmativa com o receio do erro. E que em nenhuma hipótese a opinião emitida poderá ser analisada a luz do Art. 473 do CPC/ 2015, que define o laudo pericial;

II – Informe ao julgador que a atividade médico pericial exige o conceito de certeza mediata, portanto, certeza decorrente do estudo, exige prazo para ser realizada, prazo este definido na lei.

III- A Prova Técnica Simplificada, quando aplicada por médico perito, é ato médico, logo, prova. O profissional tem a mesma responsabilidade técnica e ética tanto na prova convencional com elaboração de Laudo Médico Pericial, quanto na emissão de opinião na Prova Técnica Simplificada.

IV- A principal referência do Ato Médico Pericial é a credibilidade, que decorre da confiança advinda da eticidade no agir e do sólido conhecimento demonstrado na construção da prova, esta, o objetivo central da especialidade Medicina Legal e Perícias Médicas.

V – A realização de perícia sem examinar o paciente contraria as orientações éticas emitidas pelo CFM, bem como os artigos 92 e 98 do Código de Ética Médica, podendo sujeitar o médico perito à responsabilização ética prevista no art. 22 da Lei nº 3268/57 (18).

VI – Cabe ao médico, quando eventualmente nomeado para a realização da prova técnica simplificada, atender ao chamamento determinado pelo magistrado, mas também alertar ao juízo a respeito da complexidade do caso, escusando-se legitimamente de sua realização, e indicando a necessidade de realização de exame presencial completo, de modo a atender aos ditames legais e deontológicos de sua atividade.

7. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Brasília: Diário Oficial da União; 2015.
2. Malatesta NF. A lógica das provas em matéria criminal. Trad. Alexandre Augusto Correia. São Paulo: Editora Saraiva, 1960.
3. Mittermaier CJA. Tratado da prova em matéria criminal. Trad. Herbert Wuntzel Heinrich. Campinas: Editora Bookseller, 1996.
4. França GV. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2017.
5. Bentham J. Tratado de las Pruebas Judiciales. Buenos Aires: Ediciones Jurídicas Europa – América, 1971
6. Silva AVS et all. Prova pericial como ferramenta de celeridade processual no NCPC e a saga do ônus financeiro. Revista Farociência. 2015; 2 (2).
7. Lima JS, Ribeiro LP, Barreto MD. Os principais impactos do novo código de processo civil brasileiro no potencial mercado de perícia na percepção de magistrados e peritos. Rev Jur Luso-Bras. 2017; 3 (5).
8. Fuga AS. Provas no novo CPC: Teoria geral das provas. Provas em espécie - inovações e implicações práticas. A teoria do ônus dinâmico probatório. Novidades da fase instrutória. Rev Mest Dir 2015; 9 (2): p. 330-362.
9. Freitas AGSS. A prova pericial no novo código de processo civil brasileiro (Lei 13.105/15) – Análise sintética dos principais pontos alterados. Rev Bras Odont Legal. 2016; 3(2):118-122
10. Bodard BVR. Ensaio sobre a prova pericial no código de processo civil de 2015. Revista de Processo. 2015; 244: p. 33-57.
11. Brugiolo P. O perito e a prova pericial no Novo Código de Processo Civil. Revista Especialize On-line IPOG. 2017; 8 (14/1).
12. Avelino M. O controle judicial da prova técnica e científica. Orientador: Leonardo José Ribeiro Coutinho Berardo Carneiro da Cunha. Dissertação (Mestrado):Universidade Federal de Pernambuco. Recife: 2016.
13. Topan DF, Morong FF. Breve comentários sobre a prova pericial ambiental à luz das novas regras do código de processo civil: perícia consensual e simplificada. Colloquium Socialis. 2017; 1 (2- Especial): p.236-242. <http://dx.doi.org/10.5747/cs.2017.v01.nesp2.s0142>
14. Freitas VP. Reflexões sobre o processo civil brasileiro nas ações de natureza ambiental. Rev Jur Luso-Bras. 2018; 4 (6): p 2935-2964.
15. Freire JJB. Medicina Legal Fundamentos Filosóficos. São Paulo: Editora Pillares; 2010.
16. Conselho Federal De Medicina (CFM - Brasil). Parecer nº 10/2020. EMENTA [Online]. 2020 [Acesso em 09/09/2020]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>
17. Conselho Federal De Medicina (CFM - Brasil). Parecer Consulta nº 03/2020. EMENTA. 2020. [Acesso em 09/09/2020]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>.
18. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Brasília: Diário Oficial da União, 1957. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm.

SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO NA PERÍCIA MÉDICA SIMULATION AND CONCEALMENT IN EXPERT EVALUATION

ARTIGO DE REVISÃO recebido em 5/7/2020, aceito em 12/8/2020
<https://dx.doi.org/10.47005/050303>

Viviam Paula Lucianelli Spina ⁽¹⁾

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

Fabio Tadeu Panza ⁽¹⁾

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

Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 4910203611295452 - ID ORCID: 0000-0001-6489-2931

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

e-mail: fabio.panza@hc.fm.usp.br

RESUMO

O perito deve estar atento na prática pericial a simulação e dissimulação, entidades previstas, já que o periciado auferir ganhos, sejam eles previdenciários, isenções fiscais ou mesmo pecuniários. Diferente da área assistencial, em que o paciente compartilha uma relação de confiança com o médico, informando de forma fidedigna os seus sintomas e colaborando com o exame clínico. Na perícia médica não há essa relação de confiança e nem a ampla colaboração. A simulação e dissimulação tem características distintas, como expressar ou ocultar determinada enfermidade. Deve então, o perito utilizar-se de todo conhecimento técnico da fisiopatologia e aplicando ferramentas específicas da propedêutica pericial, para assim identificar a real condição da saúde do indivíduo periciado, e assim melhor informar a autoridade requisitante.

Palavras-chave: simulação, dissimulação, perícia médica

ABSTRACT

The expert must stay alert to the possibility of malingering, a well recognized difficulty, as there's often secondary gains, whether they are social security, tax exemptions or even monetary benefits. Legal examination differs from the general practice, in which the patient shares a trusting relationship with his physician, reliably informing his symptoms and collaborating with the clinical examination. In medical expertise, there is no such relationship of trust or broad collaboration. Malingering has distinct characteristics, such as expressing or hiding a certain disease. The expert must then make use of all the technical knowledge of the pathophysiology and apply specific tools of the expert testimony in order to identify the real health condition of the individual, and thus better inform the requesting authority.

Key-words: simulation, concealment, medical expertise

1. INTRODUÇÃO

"Mentira tem perna curta, é fácil de pegar"

Ditado Popular

Na avaliação assistencial o paciente tem relação de confiança com seu médico, informando de forma fidedigna seus sintomas, colaborando com o exame clínico, auxiliando no diagnóstico. Diferente do que ocorre na perícia médica, o periciando tem interesse pessoal, profissional, pecuniário, na opinião que o médico perito formará sobre seus relatos e exame físico. Ele está ali compelido por ato judicial ou administrativo, e o relato da perícia será apresentado a terceiros, sem a obrigação de sigilo. A perícia frequentemente é realizada na presença de representantes de desafetos, os assistentes técnicos das partes opostas do processo. A ninguém deve espantar que o periciado ativamente suprima, exagere, modifique seus relatos. Estranho seria se não o fizesse.

Para facilitar a discussão, é necessário definirmos alguns termos:

Simular é fazer parecer. Simula aquele que relata sintomas que não tem, conta fatos que não ocorreram ou lhes altera elementos.

Dissimular é esconder, ocultar, disfarçar. O dissimulado mente habilidades que já não tem mais, falseia suas incapacidades.

Metassimular é ampliar a intensidade de algo que já ocorre ou afetar a permanência de sintomas que já cessaram. Dos simuladores, é o de mais difícil detecção, pois tem conhecimento de primeira mão dos sinais que o perito busca.

Subjetivo é referente ao indivíduo, portanto, varia com ele. Uma informação subjetiva não é vaga, ou incerta. Pode ser rigorosamente definida, mas mudará com a mudança do narrador. O melhor exemplo: dor. Embora absolutamente real e clara, nunca poderá ser traduzida do periciado para o perito. Objetivo então é aquilo que se referente ao objeto, portanto não varia com o indivíduo. A litíase biliar então será a mesma em quem quer que a tenha.

Absoluta é uma informação completa em si mesma, não precisando de dados adicionais para ser avaliada, enquanto é relativa aquela informação que precisa de um contexto para ser apreciada.

Certas situações devem alertar o médico para um alto nível de suspeita clínica, situações em que a possibilidade de simulação é maior:

a) Presença da doença gera ganhos materiais, emocionais ou sociais. Aqui é importante lembrar uma diferença de objetivos entre os simuladores. b) Histórico de tratamento, consultas com diversos profissionais médicos, inclusive de localização geográfica distinta, sem relação com o seu domicílio, baixa adesão ou interrupção a tratamentos. Incongruência na continuidade e na ascensão de complexidade do tratamento versus a gravidade da enfermidade.

c) Grande disparidade entre o alegado e o observado. Marcador maior da simulação, não deve, entretanto, ser supervalorizado pois é da natureza humana a supressão ou o reforço de certos comportamentos quando estamos sendo observados, fenômeno chamado *Efeito Hawthorne* (1). O perito atento deverá se ater ao registro de suas observações sem se deixar levar pela passionalidade tão comum nos relatos destes periciandos.

d) Resistência ao exame físico, seja por oposição muscular à movimentação passiva de um membro, defesa e oposição ao exame abdominal ou mesmo respostas vagas num exame neurológico são ferramentas frequentemente usadas pelo simulador. Aqui novamente cabe cuidado: Em certas situações o periciando com peritonite frequentemente usará as mãos para se "proteger" de um exame abdominal, outro, com uma articulação que facilmente luxa, vai sempre impedir o amplo exame pericial contraindo a musculatura assessoria. Outro comportamento especialmente desabonador é a oposição ao contato com familiares ou com colegas de trabalho. O periciando tenta ativamente controlar a narrativa de seu caso, tanto na apresentação de exames quanto nos depoimentos de terceiros.

Durante a avaliação pericial alguns comportamentos estão presentes e são característicos da simulação. O simulador ocasionalmente terá sido orientado sobre seus sintomas, ou terá buscado informações em textos técnicos. Isso produz uma descrição estereotipada dos sintomas, rica em termos acadêmicos ausentes do resto do discurso do periciado. Por outro lado, quando questionado sobre pontos específicos da

queixa ele responderá em termos vagos e evasivos, evitando se comprometer com um relato. Já os aspectos subjetivos estarão exacerbados, as descrições dos eventos dramáticas, nenhum dos tratamentos bem-sucedido. Aqui se torna óbvia a tentativa de controlar a narrativa, com resistência à confirmação dos fatos narrados. Entendido como um todo, o discurso é focado no ganho desejado, não na boa resolução do problema. Se percebe descrença no perito, ou se é confrontado com alguma inconsistência factual, o periciando vai se tornando cada vez mais veemente, podendo chegar à agressividade.

Devemos tomar especial cuidado com os diagnósticos diferenciais, doenças onde estão presentes o desencontro entre os achados e as queixas, as histórias desconstruídas, a supervalorização do resultado ou o desinteresse com o diagnóstico. Apesar disso, são doenças com clara definição clínica e proposta terapêutica.

Transtorno Conversivo é definido pelo DSM-IV como conjunto de sintomas que afetam a função sensorial ou motora provocada por distúrbios psíquicos e não por doença neurológica. A incongruência entre as queixas e o exame neurológico é patente e suficiente para o diagnóstico em ambiente terapêutico, mas em juízo pode ser erroneamente interpretada como simulação. As manifestações mais comuns são paralisias ou coreias (2), perda da força, alterações da fala ou deglutição, vertigens e cegueira (3). Chama muito à atenção a dissociação cognitiva que o paciente tipicamente apresenta, absolutamente tranquilo mesmo após ficar subitamente cego ou paraplégico.

Hipocondria se apresenta como medo desmedido de ser portador de uma doença séria, produto da interpretação errônea de sintomas ou sensações físicas. A história desconstruída, com múltiplos diagnósticos sem relação uns com os outros e a veemência da narrativa acompanhada do enfado dos familiares pode sugerir simulação ao perito. Pode-se, no entanto, notar a ausência de preocupação com ganhos materiais. O hipocondríaco está completamente focado em seu medo de estar doente, chegando ao ponto de ser visto por alguns autores como um obsessivo-compulsivo (4).

Transtorno Somatoforme manifesta-se de modo semelhante ao conversivo com severas queixas sem

base anatômica ou fisiológica, que se intensificam em momentos de tensão ou conflito. As funções afetadas, entretanto, são neurovegetativas: taquicardia, dispneia, vertigens.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 PROPEDÊUTICA PERICIAL

A propedêutica pericial deve ser uniforme perante todos os periciados, sem distinções. Os casos corriqueiros recebendo o mesmo rigor de escrutínio que os casos onde há alta suspeição de simulação ou fraude. Os falsos, assim, se revelarão por suas fragilidades internas e não por atos extraordinários do perito.

Como sempre, a melhor ferramenta diagnóstica é o profundo conhecimento da doença alegada, de seus sintomas e suas peculiaridades. Detecta-se a falsidade na doença, não na pessoa do periciado. O simulador, sendo leigo, descreverá sintomas grosseiramente equivocados ou rigorosamente idênticos aos textos a que tenha tido acesso. Essa descrição estereotipada apresenta então a descrição mais típica e geral do caso, sem as nuances que individualizam cada caso. Ela é rasa de incertezas, inconsistências e dúvidas, irrealmente perfeita. Faz o contraponto do simulador que descreve suas dores irradiando para além da linha média, plegias anatomicamente impossíveis, associações de sintomas tomadas do folclore popular. Entre os extremos da descrição perfeitamente correta e da grosseiramente errada, a verdade está no meio (Dhammacakkappavattana Sutta, séc. 5 a.C).

Perante o simulador a anamnese frequentemente será mais valiosa que o próprio exame físico. A mais básica ferramenta a ser usada neste momento é o próprio questionário dirigido, as perguntas que visam definir o problema questionando seus limites. O simulador, sem os sintomas reais para guiar suas respostas, se perde com facilidade, se contradiz, começa a inventar ou usar as perguntas do examinador como guia. No exemplo clássico, o periciado com hipoacusia unilateral é solicitado a cobrir o ouvido doente e relata melhora da audição contralateral. Muito cuidado deve ser tomado para não induzir o erro e a falsidade, falta grave tanto na prática assistencial quanto na perícia médica.

Outra técnica eficaz muito utilizada pela polícia é o interrogatório prolongado. Mentir é muito cansativo, demanda um constante registro mental do que já foi dito. Sem o fato real em memória, o simulador precisa manter em mente suas respostas. Os interrogadores policiais irão inclusive se revezar, confrontando sempre um investigador descansado com um interrogado cada vez mais sobrecarregado com suas respostas. Outra técnica, mais afeita à prática pericial, é solicitar o retorno do periciado em outra data, quando a história será novamente levantada e confrontada com o registro escrito feito pelo perito. As inconsistências são sempre significativas.

O exame físico, por sua vez, permite novamente explorar o conhecimento imperfeito que o simulador tem de sua condição. As sutilezas dos exames articulares serão valiosas para o perito bem preparado. O exame cinesiológico envolve sempre a movimentação de várias articulações em conjunto e a observação, por exemplo, do comportamento do ombro durante a propedêutica do cotovelo é rica de resultados. O acúmulo de experiência permitirá que cada perito tenha suas preferências nesta técnica que consiste basicamente de continuar a observação da queixa enquanto outro aspecto do exame físico é estudado. São associações de exames, onde o comportamento de uma articulação é observado durante a pesquisa de sensibilidade cutânea, a resposta auditiva durante a propedêutica ocular. Aqui também entra a observação do paciente antes do exame propriamente dito, o confronto de sua incapacidade ao chegar e ao sair do consultório, ou seu comportamento quando não se sente observado ou está concentrado em tarefas cotidianas (despir-se, apresentar documentos e exames, deslocar-se à mesa de exames). Vale lembrar que estas atividades sequer precisam ter ocorrido na presença do examinador pois podem deixar rastros, como objetos no bolso direito de periciado alegando paralisia daquele lado:

Na mesma nota, o trabalho pericial inclui sempre certa atenção detetivesca. É necessária uma explicação adequada para a CNH recentemente revalidada de um periciado alegando severas incapacidades motoras, visuais, auditivas. Bem como a falta de familiaridade no uso de órteses, próteses, muletas e cadeiras de rodas de uso constante, ou o desgaste das solas de sapato do

paciente restrito à cadeira de rodas. Como se mantém financeiramente o periciado que alega absoluta incapacidade laboral? É talvez mantido por familiares? Podemos contatá-los para esse questionamento?

Periciado com objetos no bolso direito que alega paralisia na mão direita.

2.2 TESTES PSICOMÉTRICOS

A preocupação com a simulação nas avaliações médicas tem recebido extensa atenção acadêmica e científica, que deu forma a variadas ferramentas para avaliação de sintomas. Em especial, os testes psicométricos de personalidade incluem eixos validação, para acomodar a possibilidade de falseamento nas respostas. Os mais difundidos:

a) MMPI - Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota.

Criado em 1943(5) e revisto em várias ocasiões até a forma atual, descrita em 2008, consiste de uma grande quantidade de questões que descrevem comportamentos. O avaliado responde concordo/não concordo:

541. Trabalho melhor quando tenho um prazo definido
547. Muitas vezes guardo coisas que provavelmente nunca irei usar

O inventário demanda avaliação especializada das respostas e é de aplicação demorada. Há ainda a necessidade de adequação cultural, racial e para faixa etária. O inventário inclui questões que,

tomadas em conjunto, permitem a detecção de várias formas de simulação:

Falso bom	Falso ruim
Evasividade/Negação	Responde tudo SIM ou tudo NÃO
Honestidade (sem falso bom/falso ruim)	Excessivamente bem
Sintoma com frequência anormal	Sintomas somáticos em excesso
Respostas diferentes para questões equivalentes	

b) PAI - Inventário de Avaliação de Personalidade

Diferente do MMPI, que cresceu do estudo cumulativo das respostas, o PAI foi estruturado sobre o raciocínio dedutivo de qual seriam as respostas.

Apesar de mais novo e de uma estrutura diferente, com 344 questões que permitem uma resposta mais variada - de (1. discordo completamente) a (4. concordo completamente) o PAI tem uma boa convergência de resultados com o MMPI. Sua abordagem estatística facilita a interpretação, que descreve o paciente em 22 escalas não superponíveis:

Validação: Inconsistência, infrequência, autodescrições negativas e positivas
Clínica: Esquizofrenia, borderline, depressão...
Complicações: agressão, oposição, rejeição ao tratamento, stress...
Interpessoal: Dominante ou caloroso

c) REY 15

De simples e rápida aplicação, oferece uma ferramenta útil para registrar a simulação de déficit cognitivo. Consiste da apresentação por 10 segundos de um cartão com símbolos variados e a instrução prévia de que o periciado deverá depois descrevê-los:

Faz parte de uma série de teste que são "falsamente difíceis". As sequências são de fácil memorização e uma pessoa que tenha reais dificuldades de repeti-la teria tal déficit cognitivo que não seria capaz de funcionar sozinho. Em suma, a disparidade entre a capacidade operacional e a incapacidade de repetir os 15 símbolos pode ser interpretada como simulação, descontadas as agnosias, afasias de expressão, etc...

Perante o simulador descoberto (porque haverá muitos não percebidos), é mais importante ter em mente o que não fazer. Confrontar o periciado, ou seu assistente técnico, embora compreensível do ponto de vista humano, é quase sempre má estratégia pericial. Alguns destes pacientes ficam progressivamente agitados conforme vão tendo a impressão que sua história não está sendo acreditada, podendo chegar à violência física em casos extremos. Além disso, o ambiente tenso piora muito a captação de informações, verbais e não-verbais. A perda do distanciamento clínico com comentários depreciativos sobre a história também constrange desnecessariamente o periciado e deve ser rigorosamente evitada. Uma outra situação que pode envolver mesmo os peritos mais experientes é a barganha com o periciado, diminuindo o distanciamento e colocando médico e periciado num mesmo patamar, negociando com vistas à "confissão" de seus reais sintomas.

Durante o exame físico deve haver extremo cuidado na aplicação de testes "não ortodoxos" que visam, no mais das vezes, compungir o periciado a fazer algo que afirma não ser capaz. Violência e abuso, além de serem falhas éticas e crime, geram provas inadmissíveis (6).

No laudo pericial é necessário ressaltar a divergência entre o alegado e o visto e as dificuldades ou mesmo incapacidade de registrar o alegado. Atenção deve ser dada para não entrar em questões de juízo, o perito irá sempre descrever e concluir, sem julgamento. A documentação adulterada, por outro lado, deve ser explicitamente denunciada no laudo, do contrário passará despercebida.

Cartão para teste REY.

2.3 AVALIAÇÃO NOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

O simulador apresenta dificuldades especiais nas perícias psiquiátricas, onde o comentário irreal ou falso pode consistir de sintoma verdadeiro. Algumas características específicas do simulador podem ajudar. A primeira, mais importante, é de que o simulador está conscientemente mentindo, tende a supervalorizar delírios e alucinações como sintomas e tem muita dificuldade de simular déficit cognitivo, embotamento afetivo, rigidez nos discursos e os prejuízos nos relacionamentos interpessoais. Aham também que amnésia e desorientação são sintomas psicóticos.

O psicoterapeuta, formalmente treinado e experiente em lidar com estas situações, tem um desempenho melhor que outros profissionais no perceber a mentira, mas também padece de resultados aquém do ideal. Aamodt, em 2006, recrutou psicólogos e equivalentes profissionais de outras áreas, para a tarefa de detectar os mentirosos em um grupo de voluntários (). Os participantes sem treinamento psicoterápico formal tiveram um resultado pouco melhor que a sorte pura, percebendo apenas 54% dos mentirosos. Os psicólogos, embora se saindo bem melhor, ficaram muito aquém do ideal ao perceberem 62% dos mentirosos.

2.4 AVALIAÇÃO DA DOR

A dor apresenta outro problema espinhoso para o perito. Dor é personalíssima, não se nega uma dor informada, também não é possível comparar a dor de um com a de outrem. Adicionalmente há a dificuldade de descrevê-la, presente mesmo entre profissionais de saúde e muito maior no periciado leigo. Há na língua portuguesa 78 descritores tecnicamente aceitos para a dor (), criando um espectro de vocabulário impossível de navegar em juízo. Escalas visuais de dor não tornam sua descrição objetiva, são apenas um auxílio de visualização de um fenômeno que será sempre subjetivo.

Perante o simulador, poucas ferramentas restam ao perito. As descrições não anatômicas da dor, a absoluta falta de resposta aos analgésicos e outras inconsistências na história são as principais. Ao exame físico, resta ficar atento ao distinguir a

profundidade da dor, seja ela cutânea, muscular ou visceral e lembrar que não há vias periféricas que atravessem a linha média do corpo ou pulem dermatômos.

2.5 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS MÉDICO-LEGAIS

Juntados ao processo, os exames tornam-se documento médico-legais e sua adulteração é crime (). O perito deve permanecer atento a essa crescente prática, mas sempre cauteloso de que a falsa comunicação de crime também é crime (). As partes do processo frequentemente tentarão submeter enormes quantidades de material não relacionado juntamente com os documentos relevantes demandando um trabalho cansativo que já se tornou norma na prática pericial contemporânea. Perante as adulterações é especialmente importante a atenção à cronologia dos fatos, dado que a mais comum e grosseira das adulterações é a omissão de datas e identificação dos exames. Quanto às falsificações mais sofisticadas, a única ferramenta de detecção é o contexto. A atual capacidade de alteração, ou mesmo criação a partir do nada, de imagens, vídeo e áudio torna impossível a detecção de falsidade pelo puro escrutínio do documento apresentado. Como exemplo, o leitor é convidado a assistir ao vídeo em:

<https://www.youtube.com/watch?v=piZ2TkdK4Dw>

Ciente que tudo: imagem, gestos e som, foram coletados de pessoas diferentes, somados para criar uma pessoa que não existe e coloca-la para falar e acenar. O vídeo foi feito com tecnologia de 2011.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perito é isento e imparcial, não deve pressupor a simulação ou dissimulação em todo ato pericial. Contudo, deve conhecer e identificar os sinais de tais entidades, utilizando-se do amplo conhecimento da doutrina técnica médica, e usando ferramentas específicas da propedêutica pericial, para assim apurar a real condição de saúde do avaliado, cumprindo seu mister no auxílio da justiça.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCarney R, Warner J, Iliffe S, van Haselen R, Griffin M, Fisher p. The Hawthorne Effect: a randomized, controlled trial. BMC Medical Research Methodology. 2007; 7:p30
2. Reich SG. Psychogenic movement disorders. Semin Neurol. 2006; 26(3): p289-96
3. Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005 Mar; 76 Suppl 1:pi2-12
4. Neto MRL, Elkis H. Psiquiatria Básica. São Paulo: Editora Artmed, 2007.
5. Schiele BC, Baker AB, Hathaway SR. The Minnesota multiphasic personality inventory. Journal-Lancet. 1943; 63: p292-297
6. BRASIL. Lei 11.690, de 9 de junho de 2008. Código de Processo Penal
7. Aamodt M, Custer H. Who Can Best Catch a Liar?: A Meta-Analysis of Individual Differences in Detecting Deception. Forensic Examiner. 2006; 15 (1): p 6-11
8. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev Esc Enf USP. 1996; 30 (3): p. 473-83.
9. BRASIL. Código Penal, Artigo 297.
10. BRASIL. Código Penal, Artigo 340.

Leituras sugeridas

Código dos Homens Honestos, Balzac H. - 1825
O Pequeno Tratado das Grandes Virtudes, Comte-Sponville A. - 1995
Le Tragique de la Décision Médicale, Devictor D. - 2008

5. CONTRIBUIÇÕES

Viviam Paula Lucianelli Spina - concepção e pesquisa bibliográfica
Fabio Tadeu Panza - concepção e pesquisa bibliográfica
Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal - concepção e pesquisa bibliográfica

A AVALIAÇÃO FORENSE DE CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE O INÍCIO DO ISOLAMENTO PELA PANDEMIA COVID-19

THE FORENSICS ASSESSMENT OF DOMESTIC'S VIOLENCE CASES DURING THE START OF ISOLATION DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC

ARTIGO ORIGINAL recebido 14/9/2020, aceito em 30/9/2020
<https://dx.doi.org/10.47005/050302>

Angelita Maria Ferreira Machado Rios ^(1 e 2)

Currículo Lattes: 9216524646561227 - ID ORCID: 0000-0001-8363-4532

Alexia Oro dos Santos ⁽²⁾

Currículo Lattes: 1441450866216280 - ID ORCID: 0000-0001-7522-0102

Larissa de Oliveira Silveira ⁽²⁾

Currículo Lattes: 0677168195955898 - ID ORCID: 0000-0002-3688-1773

Laura Chies Kercher ⁽²⁾

Currículo Lattes: 4939477268529245 - ID ORCID: 0000-0001-9818-9451

Livia Capuano Fogaça ⁽²⁾

ID ORCID: 0000-0002-6781-8347

Letiane Montagner Ifarraguirre ⁽²⁾

ID ORCID: 0000-0002-6628-3395

Eduarda Pasini Dein ⁽²⁾

Currículo Lattes: 3364513894095527 - ID ORCID: 0000-0002-1661-7094

Martha Rocha ⁽¹⁾

ID ORCID 0000-0002-6811-1669

Vanessa Machado Rios ⁽³⁾

Currículo Lattes: 6033620740956681 - ID ORCID: 0000-0002-2123-3677

⁽¹⁾ Departamento Médico-Legal de Porto Alegre/Instituto Geral de Perícias-RS/Porto Alegre/Brasil

⁽²⁾ Faculdade de Medicina - Disciplina de Medicina Legal - Universidade Luterana do Brasil-Canoas/RS/Brasil

⁽³⁾ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina/Porto Alegre/Brasil

RESUMO

Introdução: o isolamento social é um recurso importante para diminuir a velocidade de contaminação durante a pandemia Covid-19. Entretanto, pode intensificar comportamentos abusivos entre casais ou membros da família.

Objetivo: apresentar dados demográficos e criminais de vítimas de violência doméstica avaliadas na Clínica Forense e Serviço Psicossocial do Departamento Médico-Legal de Porto Alegre.

Método: levantamento retrospectivo de dados, que analisou entrevistas de 47 pessoas vítimas de violência doméstica, entre abril e maio de 2020. A amostra foi constituída por 30 casos de violência por parceiro íntimo (VPI) e 17 casos de violência familiar (VF). Foram analisadas variáveis sociodemográficas e criminais e a opinião sobre a dinâmica da violência na quarentena.

Resultado: a violência doméstica atingiu predominantemente as vítimas do sexo feminino (96,6% da violência por parceiro íntimo e 58,8% da violência familiar). O sexo masculino foi vítima de violência familiar nas faixas etárias extremas. As mulheres sofreram violência ao longo do ciclo vital, mas agressões por parceiros íntimos apresentaram picos na adolescência e juventude. Crianças foram agredidas pelas figuras de proteção e vítimas com mais de 60 anos de idade sofreram violência física por parte de filhos ou genros. Na violência por parceiro íntimo, 53% da amostra relatou agressão por ex-companheiros e o tempo de separação variou entre 15 dias e dois anos. Na opinião de 90,3% das mulheres, a quarentena não modificou a frequência ou intensidade dos atos abusivos.

Conclusão: a violência no ambiente doméstico atinge predominantemente as pessoas em situação de vulnerabilidade como crianças, mulheres e idosos. Não foi possível fazer inferência sobre o aumento de casos de violência durante o isolamento social.

Palavras-chave: violência de gênero, violência doméstica, quarentena Covid-19

ABSTRACT

Introduction: social isolation is an important resource to slow down the speed of contamination during the COVID-19 pandemic, however it can intensify abusive behavior between couples or family members.

Objective: to present demographic and criminal data of victims of domestic violence assessed at the Clinic of Forensics and Psychosocial Service of the Medical-Legal Department of Porto Alegre.

Method: retrospective survey of data, which analyzed interviews of 47 victims of domestic violence, between April and May 2020. The sample consisted of 30 cases of intimate partner violence (IPV) and 17 cases of family violence (VF). Sociodemographic and criminal variables and the opinion on the dynamics of violence in quarantine were analyzed.

Result: domestic violence predominantly affected female victims (96.6% of intimate partner violence and 58.8% of family violence). The male gender was a victim of family violence in extreme age groups. Women suffered violence throughout their life cycle, but aggressions by intimate partners showed peaks in adolescence and youth. Children were abused by close relatives and victims over 60 years of age suffered physical violence from their children or sons-in-law. In intimate partner violence, 53% of the sample reported aggression by ex-partners, between 15 days and two years' timeframe. In the opinion of 90.3% of women, quarantine did not change the frequency or intensity of abusive acts.

Conclusion: violence in the domestic environment predominantly affects people in vulnerable situations such as children, women and the elderly. It was not possible to reach conclusions regarding increase in domestic violence during the quarantine.

Keywords: gender violence, domestic violence, quarantine Covid-19

1. INTRODUÇÃO

Durante a pandemia Covid-19, o isolamento social é um recurso importante para diminuir a velocidade de contaminação, entretanto pode acarretar alterações econômicas, físicas e emocionais para algumas famílias. Neste cenário a violência doméstica pode ser desencadeada ou intensificada, evoluindo para formas graves como o feminicídio ou filicídio. (1,2,3,4). Este comportamento abusivo pode ocorrer entre um casal (Violência por Parceiro Íntimo - VPI) ou em uma família (Violência Familiar - VF). Qualquer pessoa pode ser vítima de uma relação abusiva, mas as mulheres e crianças apresentam um risco maior de violência física ou sexual, enquanto idosos e pessoas com necessidades especiais são frequentemente negligenciadas (5).

Para muitos agressores domésticos, o isolamento da vítima é uma forma de controle e redução de oportunidades de revelação da violência (1). Normalmente, estas vítimas sofrem restrição no uso das redes sociais, internet e telefone celular, permanecendo sem o suporte emocional ofertado por amigos, família, escolas, igrejas e outras instituições durante a quarentena. (6,7,8,9). Com o fechamento de restaurantes, bares e outros locais onde ocorre consumo de álcool, muitas vezes, os agressores passam a consumir na própria residência, aumentando os riscos para a violência doméstica. Durante a pandemia Covid-19, muitos países têm registrado o aumento de homicídios no ambiente doméstico (1,10,11).

Ao analisar o impacto social de grandes desastres naturais (terremotos, furacões, tsunamis), estudos demonstraram que algumas taxas de crimes podem não sofrer modificações, mas as taxas de violência doméstica frequentemente sofrem elevação. (8,9,10,11,12). Seguindo o modelo de outros eventos de grande impacto, espera-se que a violência doméstica se mantenha nas famílias disfuncionais durante a pandemia e muitos anos após. Estão sendo notificados aumentos significativos de casos na Argentina, Dinamarca, Espanha, Itália, Reino Unido e nos Estados Unidos. Na China, a notificação de casos triplicou e na França houve aumento de 30% dos relatos de violência doméstica. No Brasil, estima-se um aumento de 40 a 50% de casos (11,13), com elevação de 17% no número das ligações com

denúncias de violência contra mulheres durante o mês de março, período inicial do distanciamento social (14). Além das restrições financeiras e de movimentos, as mulheres acabam vivenciando o aumento do trabalho doméstico, dos cuidados com crianças, idosos e familiares doentes (15).

Na notificação de violência doméstica, principalmente na modalidade perpetrada por parceiro íntimo (VPI), a própria vítima costuma procurar auxílio das autoridades, aproveitando ocasiões em que o agressor não se encontra na residência. Entretanto, essas oportunidades para busca de ajuda diminuem durante o isolamento social (14). O mesmo não ocorre quando se trata da violência contra crianças (VF), onde a intervenção de vizinhos, amigos ou professores é relevante para a denúncia dos eventos abusivos (9). Estima-se que muitos casos de violência doméstica permaneçam sem notificação durante o período de isolamento social, evidenciando o risco da vítima em permanecer no domicílio com o abusador (5). Algumas vítimas também relataram receio de procurar atendimento médico por medo do contágio do Covid-19 (1).

A violência doméstica tem sido um problema social crescente no Brasil e as pesquisas nacionais relacionadas com o isolamento social na pandemia Covid-19 ainda são escassas. Desta forma, o estudo proposto tem por objetivo apresentar dados demográficos de vítimas deste tipo de violência, nas modalidades VPI ou VF, entre abril e maio de 2020 e que foram avaliadas na Clínica Forense e Serviço Psicossocial do Departamento Médico-Legal (DML) de Porto Alegre. Serão avaliadas variáveis que permitam estabelecer um breve perfil epidemiológico destas pessoas, contribuindo para inseri-las nas políticas sociais existentes.

2. METODOLOGIA

Este estudo transversal, com levantamento retrospectivo de dados, analisou entrevistas de 47 pessoas com história de violência doméstica, durante os meses de abril e maio de 2020, realizadas por um técnico em Serviço Social do Departamento Médico-Legal de Porto Alegre. Esta atividade de acolhimento psicossocial foi ofertada às pessoas que aguardavam a realização de perícias na Clínica Médica Forense, no horário

compreendido entre 8h e 18h, de segunda à sexta-feira; e realizado o encaminhamento posterior de demandas para a rede de assistência pública e privada. A população de abrangência da Clínica Médico-legal em estudo é de 2.216.975 habitantes, considerando a população da capital e mais oito cidades da região metropolitana. Entretanto, com o fechamento de alguns postos forenses nas cidades vizinhas, pessoas de outras cidades também procuram a capital para realizar exames médico-legais. O distanciamento social na cidade de Porto Alegre teve início no dia 17 de março de 2020.

As formas de violência doméstica foram classificadas em violência por parceiro íntimo (VPI) e violência familiar (VF). A amostra foi constituída por 30 casos de VPI e 17 casos de VF. As variáveis sociodemográficas analisadas neste estudo foram: sexo, cor da pele, idade e procedência das vítimas. Foram também pesquisadas variáveis de interesse forense: vitimização prévia, grau de relacionamento com (o) agressor(es), tipo de violência e instrumento utilizado no evento abusivo. Às mulheres vítimas de VPI, foi solicitada a opinião sobre o isolamento social (pandemia Covid-19) na dinâmica da violência e verificado se houve a solicitação de medida protetiva. As informações foram obtidas através do Protocolo Geral de Perícias do Instituto Geral de Perícias, notificações policiais e entrevistas com os periciados.

A pesquisa foi autorizada pelo Setor de Ensino e Pesquisa do Departamento Médico-Legal de Porto Alegre/Instituto Geral de Perícias-RS.

3. RESULTADOS

Sexo

Neste estudo, a violência doméstica atingiu predominantemente as vítimas do sexo feminino para ambas as modalidades abordadas. A violência entre parceiros (VPI) foi notificada por 29 mulheres (96,6% da amostra) e apenas um homem (3,3% da amostra). Nos casos de VF foram notificados casos envolvendo 10 mulheres (58,8% da amostra) e sete homens (41,1% da amostra).

Cor da pele

Em nosso estudo foi observado que 78,7% da amostra (37 casos) apresentavam cor da pele branca. Ambas cores de pele preta (5 casos) e mista

(5 casos) corresponderam a 21,2% da amostra. Todos os homens (crianças e adultos) vítimas de violência possuíam a cor de pele branca.

Faixa etária

As faixas etárias das vítimas de violência no âmbito doméstico apresentaram distribuição distinta nas duas modalidades estudadas: violência por parceiro íntimo (VPI) e violência familiar (VF). O sexo masculino foi predominantemente vítima de violência familiar nas faixas etárias extremas: primeira infância e acima de sessenta anos (Figura 1). O único relato masculino de agressão por parceira ocorreu em um indivíduo com 51 anos de idade.

Fig. 1: Violência familiar - diferenças de faixas etárias entre homens e mulheres

A Figura 2 mostra que as mulheres sofreram violência ao longo do ciclo vital, mas as agressões por parceiros apresentaram picos na adolescência (15 - 19 anos) e juventude (25 - 29 anos) e a maioria de casos de violência no âmbito familiar ocorreu entre 40 e 55 anos de idade. Neste estudo, VPI e VF em mulheres apresentaram distribuição inversa conforme a faixa etária, sendo que 56,6% das mulheres vítimas de VPI (17 casos) e 23,5% das mulheres vítimas de VF (4 casos) tinham menos de 30 anos de idade. Acima de 40 anos de idade, foram observados 5 casos de VPI (16,6% da amostra) e 6 casos de VF (35,2% da amostra).

Figura 2. Faixas etárias de mulheres vítimas de violência familiar e por parceiro íntimo

Procedência

Conforme a Figura 3, a maioria das vítimas que notificaram violência perpetrada por parceiro íntimo (VPI) residiam na capital (18 casos ou 60% da amostra). Dados semelhantes foram observados para os casos de violência familiar (VF), onde 64,7% da amostra (11 casos) também tinham domicílio na capital.

Figura 3. Procedência das vítimas de violência por parceiro íntimo e familiar

Relacionamento com o agressor

Nos casos de violência familiar (VF), todas as crianças e adolescentes foram agredidas pelas figuras de proteção - mães, pais e padrasto. Da mesma forma, todas as vítimas com mais de 60 anos de idade sofreram violência física por parte de filhos ou genros. Nas demais faixas etárias os agressores domésticos foram sobrinhos, cunhados, enteados, genros e irmão.

Na violência por parceiro íntimo (VPI), os agressores conviviam com as vítimas em 11 casos (36,6% da amostra) - maridos/esposa, namorados ou companheiros. Todas as mulheres com menos de vinte anos residiam com os companheiros quando realizaram a notificação policial e uma estava grávida do agressor. Três vítimas (10,0%) estavam em processo de separação e 53% da amostra (16 casos) foram agredidas por ex-companheiros, ex-maridos ou ex-namorados. O tempo de separação entre a vítima e o agressor variou entre 15 dias e dois anos.

Tipo de violência

A violência doméstica familiar (VF) foi produzida predominantemente por instrumento contundente através do emprego das mãos em 94,1% da amostra (16 casos). Houve um caso de agressão sexual, em vítima adulta, portadora de necessidades especiais. A violência por parceiro íntimo foi exclusivamente por agressão física em 14 casos ou 46,6% da amostra, produzida por golpes com as mãos, mordidas e puxões de cabelos. Uma vítima relatou agressão com faca. Duas mulheres foram resgatadas em cárcere privado, onde relataram violência física, psicológica e sexual. Uma única vítima relatou violência psicológica exclusiva praticada pelo companheiro. Em 43,3% da amostra (13 casos) houve relato de violência física e psicológica, evoluindo para ameaças de morte e stalking. O único caso masculino de VPI envolveu violência física.

Vitimização prévia

Em um terço das vítimas (33,3% da amostra) havia notificação policial anterior de violência por parceiro íntimo (atual ou anterior), na forma de violência física e/ou psicológica.

Opinião sobre o isolamento social na dinâmica da violência

As mulheres vítimas de violência pelo parceiro responderam em 90,3% da amostra (28 casos) que a quarentena não modificou a frequência ou intensidade dos atos abusivos. Entretanto, para 3 mulheres entre 21 e 36 anos de idade (9,6% da amostra), os fatores estressores relacionados com o isolamento social contribuíram para o aumento da violência.

Solicitação de Medida Protetiva

No momento da notificação policial, 20 mulheres (68,9% da amostra) vítimas de violência doméstica perpetrada pelos parceiros solicitaram medidas protetivas de urgência no momento da notificação policial, mas nenhuma aceitou proteção em abrigos. Em oito casos (27,5% da amostra), as mulheres tinham medidas protetivas anteriores contra o agressor.

4. DISCUSSÃO

Neste estudo foi observado que houve predomínio de vítimas do sexo feminino em ambas modalidades de violência doméstica, sendo que 96,6% das mulheres sofreram violência por parceiro íntimo (VPI) e 58,8% por outros membros da família (VF). A violência doméstica contra homens foi verificada nas faixas etárias extremas: infância e terceira idade. Embora os homens também possam ser vítimas de violência doméstica, as mulheres são imensamente mais afetadas por este tipo de violência, nas diversas formas apresentadas: física, sexual, psicológica, econômica e stalking. Ao longo do ciclo vital, estima-se que 35% das mulheres terão experimentado violência física/sexual por parceiro íntimo ou familiar (8,15).

As crianças e adolescentes foram vítimas de violência familiar em 29,4% da amostra e 16,6% dos casos de violência por parceiro íntimo envolveram meninas entre 16 e 19 anos de idade. Estudos sobre doenças e crises humanitárias anteriores permitem antever que a pandemia Covid-19 pode agravar os riscos pré-existentes de violência doméstica, principalmente contra meninas adolescentes (16). Com o isolamento social, muitas crianças permaneceram nas residências com os abusadores e sem o espaço de proteção que as escolas usualmente forneciam (17). No Brasil, as políticas eficientes em saúde pública reduziram as taxas de mortalidade infantil nos primeiros anos de vida. Entretanto, crianças pequenas permanecem predispostas à violência intrafamiliar, devido à sua condição de dependência dos cuidadores e de poucas interações no ambiente não doméstico (18,19,20). Estima-se que, anualmente, um bilhão de crianças sofram violência física, psicológica ou sexual em torno do mundo e, em 2017, 40 mil crianças foram vítimas de homicídio. Levantamento de 70 assassinatos de meninas e adolescentes em

Porto Alegre, entre 2010 e 2016, mostrou que 72,7% das vítimas de feminicídio (parceiro íntimo) tinham entre 13 e 15 anos de idade. (20)

Poucas pesquisas nacionais abordam a violência no namoro e nas relações íntimas entre jovens. Entretanto, organizações internacionais descrevem a problemática das uniões maritais precoces e de casamentos infantis, onde a violência pode começar nas fases iniciais do relacionamento, afetando principalmente as meninas. Essa cultura de violência nas relações de namoro, o ciúme e a posse acabam gerando processos violentos de poder e subordinação (18,20,21). Neste estudo, a agressão física na gestação e o cárcere privado foram descritos pelas adolescentes. Na quarentena, a presença das adolescentes gestantes em casa pode favorecer o abandono escolar e estimular casamentos precoces ou forçados, considerando a necessidade de cuidados com o futuro bebê e questões econômicas (16).

As mulheres jovens (menos de 30 anos) foram mais atingidas pela violência praticada por parceiros (56,6% da amostra). Entre as mulheres que já possuíam alguma medida protetiva de urgência, 75% dos casos (seis mulheres) estavam nessa faixa etária. A notificação dos fatos em muitos casos agravou o grau de violência do agressor e algumas mulheres relataram novo episódio violento ou ameaça de morte após a procura de ajuda. Há relato de dois agressores que desafiaram autoridades e vizinhos demonstrando o sentimento de posse sobre a vítima. A literatura descreve esse olhar perverso do parceiro sobre a mulher, considerando-a como objeto e não como pessoa (15). Na quarentena, os desejos de poder, dominação e submissão podem ser potencializados e culminar com o grau máximo de violência na relação - o feminicídio (22).

A pandemia trouxe efeitos sociais significativos a partir da aproximação forçada com os membros da família. Fatores estressores, sentimentos de confusão e raiva acabam gerando a tendência a comportamentos explosivos que podem durar semanas ou meses, aumentando o risco de violência doméstica (1,23,24,25). Em nosso estudo, as pessoas com mais de sessenta anos (3 casos - 17,6 % da amostra) foram agredidas por seus filhos ou genros. Todos os idosos pertenciam ao sexo masculino e, em duas situações, foram agredidos

enquanto defendiam suas filhas de violência por parte de seus parceiros.

Como limitação ao estudo, observamos que a amostra correspondeu à parcela de vítimas que realizaram exame na clínica forense e, espontaneamente, solicitaram acolhimento no setor psicossocial. Desta forma, não corresponde ao número total de casos de violência doméstica atendida no período, não sendo possível fazer inferência sobre o aumento do número de casos de violência doméstica no período analisado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência no ambiente doméstico atinge predominantemente as pessoas em situação de vulnerabilidade como as crianças, mulheres e idosos. Durante o isolamento social, crianças e idosos podem estar mais vulneráveis à violência familiar e mulheres à violência por parceiro íntimo. A presença do agressor no domicílio e a diminuição das atividades externas deixam as vítimas na dependência de encontrar um pretexto para poder se ausentar e procurar atendimento. Além das restrições financeiras e de movimentos, as mulheres acabam vivenciando o aumento do trabalho doméstico, dos cuidados com crianças, idosos e familiares doentes. Por estas razões, é importante divulgar amplamente as formas de notificação dos diversos tipos de violência no ambiente doméstico, facilitando o acesso das vítimas aos órgãos de proteção, aumentando o número de equipes destinadas ao atendimento dessa demanda e ofertando meios inovadores de pedir socorro, como o código utilizado nas farmácias da Espanha, França e Brasil.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não apresentar conflitos de interesses.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. USHER. K; BHULLAR. N; DURKIN. J; GYAMFI. N; JACKSON. D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing* (2020) 29, 549-552. Acesso em 14/07/2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>

/articles/PMC7264607

2. ABEL. T; MCQUEEN. D. The COVID-19 pandemic calls for spatial distancing and social closeness: not for social distancing. *International Journal of Public Health* (2020) 65:231
3. NICOLA. M; ALSAFI. ZAID; SOHRABI. C et al. The socio-economic of the coronavirus pandemic (COVID-19): a review. *International Journal of Surgery* 78 (2020) 185-193
4. TELLES. L; VALENÇA. A; BARROS. A; SILVA. A. Domestic violence in the COVID-19 pandemic: a forensic psychiatric perspective. *Braz J Psychiatry*. 2020;00:000-000. Access in 14 July 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1060>
5. SACCO. M et al. The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: The dark side of home isolation during quarantine. *Medico-Legal Journal* 0(0) 1-3. 2020. DOI: 10.1177/0025817220930553
6. NEETU. J, CASEY. S, CARINO. G, MCGOVERN. T. Lessons never learned: crisis and gender-based violence. *Developing World Bioeth.* 2020;20:65-68.
7. THOMAS. M; RAJAN. S. Intimate partner violence (IPV) in the wake of COVID-19 in India: a conceptual overview. *The International Journal of Indian Psychology*. 2020;8(2).
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence and injury prevention. Accessed 13 July 2020. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en
9. DUNCAN. E. NSW domestic violence support groups warn coronavirus isolation is prompting surge in demand for services. *ABC News Australia*. Accessed 21 July 2020. <https://www.abc.net.au/news/2020-03-27/coronavirus-domestic-family-violence-covid-19-surge/12096988>
10. BRADBURY-JONES. R; ISHAM. L. The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs*. 2020;29:2047-2049.
11. CAMPBELL. A. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Sci Int Rep.* (2020). Accessed 14 July 2020. <https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>
12. AGI. J. Crime rate in WA plunges amid coronavirus social distancing lockdown measures. *ABC News Australia*. Accessed 22 July 2020.

<https://www.abc.net.au/news/2020-04-08/coronavirus-shutdown-sees-crime-rate-drop-in-wa/12132410>

13. COSTA. P. Violências contra mulheres em tempos de COVID-19. 2020. <http://www.ufs.br/conteudo/65089-violencias-contra-mulheres-em-tempos-de-covid-19>

14. MARQUES. E; MORAES. C; HASSELMAN. M; DESLANDES. S; REICHENHEIM. M. Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cad. Saúde Pública* 2020;36(4). Acesso 14/07/2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n4/e00074420/>

15. VIEIRA. R; GARCIA. L; MACIEL. E. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. bras. epidemiol.*, Rio de Janeiro, vol. 23, 2020. Access on 14 July 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100201

16. UNICEF. Countries failing to prevent violence against children, agencies warn. Global status report on preventing violence against children calls for more government action and warns of 'dramatic impact' of COVID-19. Access on 17 July 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/press-releases/countries-failing-prevent-violence-against-children-agencies-warn>

17. UNICEF. COVID-19 - GBV risks to adolescent girls and interventions to protect and empower them. International Rescue Committee. Access on 17 July 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/documents/covid-19-gbv-risks-adolescent-girls-and-interventions-protect-and-empower-them>

18. UNICEF. Annual Results Report 2016. Gender Equality. New York: The United Nations Children's Fund; 2017 [accessed in 2018 Apr 02]; Available from: [https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2016arr-gender\(1\).pdf](https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2016arr-gender(1).pdf)

19. UNICEF. La violencia en la primera infancia. Marco regional de UNICEF para América Latina y El Caribe. Panama: The United Nations Children's Fund; 2017 [accessed in 2018 Apr 02]. Available from: https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-03/20171023_UNICEF_LACRO_FrameworViolencia_ECD_ESP.pdf

20. RIOS. A; MARTINI. M; CRESPO. K; MORALES. A; MAGALHÃES. P; TELLES. L. Sociodemographic,

criminal and forensic characteristics of a sample female of female children and adolescents murdered in Brazil. 2010-2016. *Rev. Fac. Med.* 2019;67(3)

21. Martins, AP. Violência no namoro e nas relações íntimas entre jovens: considerações preliminares sobre o problema no Brasil. *Gênero*. 2017;17(2):9-28.

22. MARANHÃO. R. Domestic violence during the quarantine of COVID-19: between novels, femicides and prevention. *Braz. J. Hea. Rev.*, v. 3, n. 2, p.3197-3211, 2020.

23. BAVEL. J et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, vol.4, 2020, 460-471. Access in 14 July 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/nathumbehav>

24. BOSERUP. B; McKENNEY. M; ELKBULI. A. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Emergency Medicine*. Accessed 13 July 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.077>

25. BOUILLON-MINOIS. J; CLINCHAMPS. M; DUTHEIL. F. Coronavirus and quarantine: catalysts of domestic violence. *Violence Against Women*. 2020;1-3. DOI:10.1177/1077801220935194

26. GELDER. N; PETERMAN. A; POTTS. A et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine* 21 (2020). Accessed 17 July 2020. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>

7. CONTRIBUIÇÕES

Angelita Maria Ferreira Machado Rios - autor principal

Alexia Oro dos Santos - revisão bibliográfica e tradução

Larissa de Oliveira Silveira - revisão bibliográfica e tradução

Laura Chies Kercher - revisão bibliográfica e tradução
Letiane Montagner Ifarraguirre - revisão bibliográfica e tradução

Livia Capuano Fogaça - coordenação

Eduarda Pasini - revisão bibliográfica

Martha Rocha - responsável pela coleta de dados

Vanessa Machado Rios - revisão literatura e tradução final

PERÍCIA MÉDICA ADMINISTRATIVA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS SERVIDORES PÚBLICOS COM INCAPACIDADE LABORATIVA POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS, NO PERÍODO DE MARÇO A AGOSTO DE 2019 DA CIDADE DE ARACAJU, SERGIPE, BRASIL

ADMINISTRATIVE MEDICAL EXAMINATION: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE PUBLIC SERVANTS WITH SICK LEAVE AND WORK DISABILITY DUE TO MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS, FROM MARCH TO AUGUST IN 2019, OF THE CITY OF ARACAJU, SERGIPE, BRAZIL

ARTIGO ORIGINAL recebido 10/7/2020, aceito em 20/10/2020
<https://dx.doi.org/10.47005/050304>

Thayane Sobral Cardoso ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 6014957504504518 - ORCID: 0000-0002-1592-9580

Antônio Souza Lima-Júnior ⁽²⁾

Currículo Lattes: 2748423473735922 - ORCID: 0000-0001-6436-8240

Kleber Cristian Albuquerque de Santana ⁽³⁾

Currículo Lattes: 9209752798069371 - ORCID:0000-0002-5634-7370

⁽¹⁾ Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia - FBHC, Aracaju - SE, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Tiradentes, Aracaju - SE, Brasil.

⁽³⁾ Perito Médico Federal e Perito Médico Oficial da Prefeitura de Aracaju. Aracaju-SE, Brasil.

E-mail: peritomed.klebersantana@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos servidores licenciados por CID-F (transtornos mentais e comportamentais), no período supracitado. Método: descritivo transversal, por exame mental e análise de prontuários para constatar o diagnóstico do médico assistente. Amostra: 85 periciados com atestados de afastamento ou readaptação, entre março-agosto de 2019. Gênero: 84,7% mulheres e 15,29% homens. Idade: nenhum<20 anos, 1,17% 20-30, 31,76% 30-40, 42,35% 40-50, 22,35% 50-60 e 2,35%>60. Os CID-F mais prevalentes (63,52%): transtornos neuróticos, estresse e somatoformes; F43.2 (12,94%), F31, F32, F41.1 e F43.0-10,58% cada. Profissões mais prevalentes: professores (25,88%), auxiliares de enfermagem (18,82%) e agentes comunitários de saúde (10,97%). Tempo de licença: 17 readaptações, 34<30 dias, 27 de 30-60, 6 de 60-90 e 1 licença>180; zero indeferimento e nenhum caso de 90-120/ 120-180 dias. 25% foram licenciados pela primeira vez, nos últimos 5 anos, por CID F, enquanto 75% eram reincidentes. 93% fazia uso de psicotrópicos, exceto benzodiazepínicos, e 53% faziam uso de benzodiazepínicos. 78,82% dos atestados foram emitidos por psiquiatras. A saúde mental foi relevante causa de absenteísmo dos servidores municipais. Estes achados devem servir para fomento de políticas de atenção, prevenção e promoção da saúde dos servidores públicos.

Palavras-chave: Transtorno Mental. Perícia Médica. Saúde Mental. Servidor público. Incapacidade laborativa

ABSTRACT

The purpose of the study was to evaluate the epidemiological profile of the public servants of Aracaju removed from work due to mental and behavioral disorders. A descriptive, exploratory cross study based in clinical-occupational exam, besides the medical record. Sample: 85 servants with sick leave or functional rehabilitation, to establish concordance with the diagnosis by the physician. 84,7% female and 15,29% male. Age range: zero under 20 years old, 1,17% 20-30, 31,76% 30-40, 42,35% 40-50, 22,35% 50-60 and 2,35% above 60. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD: the most prevalent 63,52% - neurotic, stress related and somatoform disorders, F43.2 - 12,94%, F31, F32, F41.1 and F43.0 - 10,58%, each one. The most stricken professionals: primary teachers 25,88%, nursing assistants 18,82% and community health workers 10,97%. Duration of the medical leave granted: 17 function rehabilitation, 34 sick leaves under 30 days, 27 of 30-60, 6 of 60-90 and 1 above 180. No sick leave was refused and none in the interval of 90-120 and 120-180 days. 25% in their first sick leave in the last 5 years due to ICD-F, whereas 75% had previous. 93% were in use of psychotropics, except benzodiazepines, whilst 53% in use of benzodiazepines. 78,82% of the statements by psychiatrists. The results evidence that mental health is an important cause of absenteeism. The interpretation of these findings may hereafter serve as source formulations of policies and programs focused on the prevention and promotion of the occupational health for servants.

Keywords: Mental disorders. Forensic medicine. Mental health. Public servant. Work disability.

1. INTRODUÇÃO

A relação do homem com o trabalho tem sido estudada pela ciência há diversos anos. O trabalho, algo tão fundamental na vida das pessoas, traz consequências para a integridade física, psíquica e social e pode funcionar como uma via de mão dupla: de um lado, serve como atividade produtiva, fonte de subsistência, de posição social e de prazer; de outro, se completamente desprovido de significados ou valorização, se não houver mínimo suporte social ou quando representa fonte de ameaça à integridade, pode desencadear sofrimento psíquico e contribuir para o adoecimento. (Marangoni, V. S. L. et al., 2016).

Ao longo dos anos, a ciência tentou uniformizar os termos técnicos para melhor descrição e padronização dos problemas relacionados à saúde, hoje em dia descritos no Código Internacional das Doenças – CID, que é publicado pela OMS e hoje encontra-se em sua 11ª edição. Entretanto, a 11ª edição só entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022, então, para o presente estudo, foi adotado ainda a categorização do CID-10. O CID-10 constitui-se em uma lista de doenças representada pelas letras do alfabeto seguidas de números para diferenciação dos subgrupos. No capítulo “F”, encontram-se transtornos mentais e comportamentais que serão o foco deste trabalho.

A categoria de trabalhadores servidores públicos está presente em todos os países do mundo, a despeito da forma de organização política. Representam o elo entre governo e população, sendo essencial para as políticas públicas. Essa classe teve seu fortalecimento após a Segunda Guerra Mundial – aumento das demandas por serviços sociais gratuitos e iguais para todos. No Brasil, houve um aumento do número de servidores públicos, sobretudo, na última década, principalmente na esfera municipal. Atualmente, correspondem a 10% da força de trabalho total do nosso país (França = 20%; Dinamarca = 30%). Conforme relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente, os maiores desafios encontrados na saúde do trabalhador estão focalizados nos problemas relacionados à saúde ocupacional, à crescente morbidade dos trabalhadores e aos afastamentos por licença médica.

Em 1991, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu o absenteísmo como a “não presença ao trabalho por parte de um empregado que se pensava estar presente, excluídos os períodos de férias e de folgas”; em 1994, definiu o absenteísmo de causa médica como o período de ausência laboral que se aceita como atribuível a uma incapacidade do indivíduo, exceção feita para

aquela derivada de gravidez normal ou prisão; podendo ser atribuído a uma doença ou lesão acidental, como medida para evitar a propagação de doenças transmissíveis, ou, ainda, variando desde um mal-estar até uma doença grave.

O termo “absenteísmo” tem origem francesa (*absentéisme*) = “falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais”. O absenteísmo é o indicador que representa as faltas em relação ao número de dias úteis previstos de trabalho. Seus principais tipos (motivação) são: voluntário - por razões particulares não justificadas; por doença: incluídas todas as doenças, exceto as decorrentes do trabalho; por patologia profissional: acidentes de trabalho ou doenças profissionais; legal - para as faltas amparadas por leis (ex: doação de sangue, convocação para Tribunal do Júri, etc); e compulsório - devido ao impedimento ao trabalho por prisão ou outro motivo que restrinja a chegada ao local de trabalho.

A problemática do absenteísmo revela-se como importante indicador não somente do perfil do adoecimento, mas também das condições de trabalho e do clima organizacional. Está consolidada a concepção de que o absenteísmo é um sério problema para as organizações tanto pela interrupção dos processos de trabalho, como também pelo aumento das tarefas e carga horária entre os não-absenteístas, redução de produtividade e pelo impacto negativo também na prestação de serviços e na satisfação dos usuários e outros trabalhadores.

No mundo do trabalho, a ocorrência do absenteísmo-doença de modo indiscriminado, revela as condições de saúde e de trabalho; em particular no serviço público, afeta a continuidade de atividades consideradas essenciais ou relevantes para os cidadãos, bem como onera os cofres públicos, tanto pela não produtividade quanto pelas despesas necessárias para a reabilitação do servidor. O objetivo principal deste estudo é analisar o perfil epidemiológico dos funcionários da Prefeitura Municipal de Aracaju, capital do Estado de Sergipe, afastados do trabalho por transtornos mentais, tendo em vista que os transtornos mentais e comportamentais estão entre as maiores causas de afastamento do trabalho em servidores públicos e também que existem poucos artigos e trabalhos científicos publicados sobre esse tema tendo como

foco de estudo o município de Aracaju. A análise englobará parâmetros como: sexo, faixa etária, profissão, CID, tempo de afastamento concedido, presença de afastamento prévio por CID-F e por outros CID, uso de psicotrópicos, atestado emitido por psiquiatra ou não.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO PARA O HOMEM

O exercício do trabalho faz parte do crescimento do ser humano, incidindo diretamente em seu autoconhecimento, nas relações interpessoais, em sua qualidade de vida e em suas movimentações financeiras (Martins et al, 2012). Tem-se, portanto, que o trabalho está presente em toda a existência do ser humano. O prazer no trabalho pode ser entendido como o resultado dos sentimentos de utilidade e produtividade.

É possível dizer que gozam de saúde mental aqueles indivíduos que tenham a capacidade de realizar atividades produtivas e satisfatórias, bem como de estabelecer vínculos sadios com outrem em seu ambiente laboral.

2.2. EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA RELAÇÃO COM O TRABALHO

É evidente que pessoas com sofrimento psíquico ou doença mental têm a capacidade para o trabalho comprometida. O sofrimento psíquico tem sido uma das maiores causas de afastamento das atividades laborais e de perda de dias no trabalho, tornando-se, assim, um desafio no mundo atual (Marangoni, V. S. L. et al., 2016).

Os casos leves causam perda de quatro dias de trabalho/ano e os graves cerca de 200 dias de trabalho/ano, em média (Demyttenaere et al, 2004). Esses quadros são frequentes e comumente incapacitantes, evoluindo com absenteísmo pela doença e redução de produtividade (Nieuwenhuijsen et al, 2006).

Alguns estudos apontam que nove em cada dez brasileiros no mercado de trabalho apresentam sintomas de ansiedade, do grau mais leve ao incapacitante (SOUZA-UVA, Antonio, SERRANHEIRA Florentino, 2013). Cerca de metade (47%) sofre de algum nível de depressão, recorrente em 14% dos casos. A depressão é um transtorno de humor de

prevalência crescente, capaz de reduzir a produtividade do indivíduo em 10% e considerada uma das doenças mais incapacitantes do mundo. No Brasil, atinge 11,5 milhões de pessoas e é uma das maiores causas de afastamento do trabalho (BARROS, Amanda et al, 2019).

Em todo o mundo, os gastos relacionados a transtornos emocionais e psicológicos podem chegar a 6 trilhões de dólares até 2030, mais do que a soma dos custos com diabetes, doenças respiratórias e câncer, apontam estimativas do Fórum Econômico Mundial. A previsão pode ser subestimada, já que dois terços dos indivíduos não procuram auxílio médico especializado.

A OMS alerta que uma em cada quatro pessoas sofrerá com um transtorno da mente ao longo da vida. Apesar dos números, são raras as empresas ou instituições públicas que mantêm um programa de saúde psíquica e emocional para seus funcionários.

2.3. CID 10 E OS TRANSTORNOS MENTAIS

CID-10 é um sistema classificatório da OMS e constitui-se em uma lista de doenças representadas pelas letras do alfabeto, seguidas de números para diferenciação dos subgrupos. No capítulo “F” encontram-se as síndromes e transtornos mentais e comportamentais.

A CID é adotada em todos os países do mundo, exceto pelos americanos, que usam um sistema classificatório próprio, chamado DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, que atualmente encontra-se na 5ª edição (American Psychiatric Association, 2013).

3. MÉTODO

Estudo descritivo transversal mediante exame mental e análise do prontuário eletrônico. A população estudada foi composta por 85 servidores da Prefeitura Municipal de Aracaju, que apresentaram atestados médicos solicitando afastamento ou readaptação profissional, entre o período de março a agosto de 2019, por transtorno mental. Cada periciado era avaliado somente uma vez, por um médico perito, momento no qual eram feitos anamneses e exames psíquicos, para avaliar a adequação e concordância do diagnóstico sugerido pelo médico assistente. Se o mesmo

periciado se apresentava para avaliação mais de uma vez dentro desse período, somente era computada a primeira avaliação feita. O médico perito, dentro dos seus pressupostos legais, poderia alterar tanto o CID aventado pelo médico assistente, assim como o número de dias de afastamento solicitados, ou ainda, não reconhecer a incapacidade laborativa em nenhum grau (licença indeferida).

Os parâmetros pesquisados foram: sexo, faixa etária, profissão, subgrupos de CID-F, tempo de afastamento laboral concedido, presença de afastamentos laborais nos últimos 5 anos por CID-F e/ou por outros CID, uso de psicotrópicos - exceto benzodiazepínicos, uso de benzodiazepínicos, e especialidade do profissional que forneceu o atestado.

Os transtornos mentais e comportamentais são divididos em dez grupos – entre F00 e F99, de acordo com a CID-10, sendo: transtornos orgânicos (F00 a F09); transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (F10 a F19); esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 a F29); transtornos do humor – afetivos (F30 a F39); transtornos neuróticos relacionados com o estresse e somatoformes (F40 a F49); síndromes comportamentais (F50 a F59); transtornos da personalidade (F60 a F69); retardo mental (F70 a F79); transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 a F89); transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência (F90 a F98); e transtorno mental não especificado (F99).

Os dados coletados foram tabulados com base em um dicionário de códigos criado para esse estudo em planilhas eletrônicas do Excel.

4. RESULTADOS

Foram realizadas 85 avaliações ao longo dos 6 meses de estudo. Dos periciados examinados, 84,7% (72) eram mulheres e somente 15,29% (13) eram do sexo masculino.

Em relação à idade, não houve periciado entre 18-20 anos na amostra. Entre 20-30 anos, somente 1; entre 30-40 anos, 27 periciados; entre 40-50 anos, 36 periciados; entre 50-60 anos, 19 periciados; 60-70 anos, 2 periciados.

Gráfico 1. Distribuição por sexo. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

18-20 anos	0%
20-30 anos	1,17%
30-40 anos	31,76%
40-50 anos	42,35%
50-60 anos	22,35%
60-70 anos	2,35%

Tabela 1. Distribuição por faixa etária. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

Na categoria transtornos mentais orgânicos (F00-F09), foi encontrado 1 periciado.

Na categoria Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19), foram encontrados 3 periciados, sendo 2 por uso de álcool e 1 por uso de múltiplas substâncias.

Na categoria esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29), não foi encontrado nenhum periciado.

Na categoria transtornos do humor (F30-F39), foram encontrados 26 periciados, o que equivale a 30,58% da amostra. Destes, 10,58% tinham transtorno afetivo bipolar, 10,58% episódio depressivo unipolar e 9,41% transtorno depressivo recorrente. Dos periciados que apresentavam transtorno afetivo bipolar, 1 encontrava-se em hipomania, 2 em episódio depressivo leve a moderado, 3 em episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, 2 em episódio misto e 1 com quadro em remissão.

Já dos que possuíam diagnóstico de episódio depressivo unipolar, 2 apresentavam episódio leve, 2 episódio moderado, e 5 episódio grave sem sintomas psicóticos.

Na categoria transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes (F40-F49), foram encontrados a maioria dos periciados: 54 servidores, o que

equivale a 63,52% do total da amostra. Dentro desta categoria, os principais diagnósticos foram: F43.2 (transtornos de adaptação) com 12,94%, F41.1 (transtorno de ansiedade generalizada) com 10,58%, F43.0 (reação aguda ao estresse) com 10,58% e F41.2 (Transtorno misto ansioso e depressivo) com 8,23% da amostra.

Na categoria síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50-59), não foi encontrado nenhum periciado.

Na categoria transtornos da personalidade e do comportamento do adulto, foi encontrado 1 periciado com F60.3 (transtorno de personalidade com instabilidade emocional).

Nas categorias retardo mental (F70 a F79), transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 a F89), transtornos do comportamento e emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência (F90 a F98), e transtorno mental não especificado (F99), não foram encontrados periciados.

Gráfico 2. Distribuição por prevalência de grupos da CID10-F. Fonte: dados produzidos pelo autor

Dentre os profissionais de nível superior, 22 periciados eram professores, 6 médicos, 3 assistentes sociais, 3 enfermeiros, 2 psicólogos, 1 educador social e 1 fiscal de obras.

Professor	57,89%
Médico	15,78%
Enfermeiro	7,89%
Psicólogo	5,26%
Educador social	2,63%
Fiscal de obras	2,63%

Tabela 2. Cargos de nível superior - n° total = 38. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

Dos cargos que exigiam nível técnico, foram avaliados 16 auxiliares de enfermagem, 3 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de saúde bucal.

Auxiliar de enfermagem	76,19%
Técnico de enfermagem	14,28%
Auxiliar de saúde bucal	9,52%

Tabela 3. Cargos de nível técnico - n° total= 21. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

Nos cargos que exigem nível médio, evidenciaram-se 9 agentes comunitários de saúde, 5 auxiliares administrativos, 3 agentes administrativos, 2 recepcionistas, 2 motoristas, 2 guardas-municipais, 1 agente de endemias, 1 agente de vigilância em saúde e 1 cuidadora de creche.

Agente comunitário de saúde	34,61%
Auxiliar administrativo	19,23%
Agente administrativo	11,53%
Recepcionista	7,69%
Motorista	7,69%
Guarda Municipal	7,69%
Agente de endemias	3,84%
Agente de vigilância em saúde	3,84%
Cuidador de creche	3,84%

Tabela 4. Cargos de nível médio - n° total = 26. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

De modo geral, as profissões mais acometidas foram professores (25,88%), auxiliares de enfermagem (18,82%) e agentes comunitários de saúde (10,97%).

Em relação ao tempo de licença médica concedido, foram 17 readaptações de função (iniciadas ou prorrogadas na conclusão do exame médico-pericial), 34 licenças de <30 dias, 27 licenças de 30-60 dias, 6 licenças de 60-90 dias e 1 licença de >180 dias. Nenhuma licença foi indeferida e nenhuma licença esteve no intervalo de 90-120 dias e 120-180 dias.

<30 dias	40%
30-60 dias	31,76%
60-90 dias	7,05%
90-120 dias	0%
120 - 180 dias	0%
>180 dias	1,17%
Indeferida	0%
Readaptação	20%

Tabela 5. Tempo de licença médica concedido. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

Foi investigado também se o periciado apresentava afastamentos por licenças médicas prévias nos últimos 5 anos. Nesse caso, foram criados dois grupos: um de afastamentos prévios somente por transtornos mentais (grupo 1) e outro para as demais doenças (grupo 2).

Dentro do grupo 1, 21 periciados estavam requerendo licença médica por transtorno mental pela primeira vez, ao passo que 64 já haviam se afastado do trabalho devido a transtornos mentais anteriormente.

Gráfico 3. Percentual de periciados com afastamento prévio por CID-F nos últimos 5 anos

Desses, 17,64% já haviam se afastado por < 30 dias, 15,29% por 30 a 60 dias, 2,35% por 60 a 90 dias, 10,58% por 90 a 120 dias, 12,94% por 120 a 180 dias e 6,47% por >180 dias.

1ª vez	24,70%
<30 dias	17,64%
30-60 dias	15,29%
60-90 dias	2,35%
90-120 dias	10,58%
120-180 dias	12,94%
>180 dias	16,47%

Tabela 6. Tempo de afastamento prévio por CID F nos últimos 5 anos
Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

Dentro do grupo 2, 32,94% dos periciados nunca tiveram licença médica por outras doenças, ao passo que 67,05% já haviam sido afastados previamente nos últimos 5 anos, por causas não ligadas à mente e comportamento.

Gráfico 4. Percentual de periciados com licença médica nos últimos 5 anos por outras patologias, exceto transtornos mentais e comportamentais. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

Gráfico 6. Percentual dos servidores com licença médica por CID F com prescrição de benzodiazepínicos. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

Ainda no grupo 2, 27 periciados apresentavam afastamento prévio por 1 categoria diagnóstica, 9 por 2 categorias, 7 por 3 categorias, 5 por 4 categorias, 1 por 5 categorias, 1 por 6 categorias e 7 por 7 ou mais categorias.

Em relação ao uso de psicotrópicos, exceto benzodiazepínicos, 79 periciados apresentaram prescrição destes, ao passo que somente 6 não. Já em relação aos benzodiazepínicos, 45 periciados exibiram receituário dessa classe de medicamentos, e 40 não apresentaram.

Gráfico 5. Percentual dos servidores com licença médica por CID F com prescrição de psicotrópicos, exceto benzodiazepínicos. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

Quanto à origem dos atestados, 78,82% foram fornecidos por especialistas em psiquiatria, ao passo que somente 21,17% foram efetuados por outras especialidades médicas.

Gráfico 7. Distribuição dos atestados em relação à especialidade do médico assistente/prescritor. Fonte: dados produzidos pelo autor (2020)

5. DISCUSSÃO

Algumas categorias profissionais do serviço público vêm sendo estudadas de forma mais contundente em pesquisas que tratam de saúde ocupacional. De forma geral, no tocante ao perfil do servidor público licenciado encontrado nos artigos

brasileiros que foram nossa referência sobre absenteísmo na rede pública, há um predomínio de mulheres, acima de 40 anos, relação da duração da licença com idade (longa duração entre os mais antigos), média de mais de 11 anos de serviço prestado, baixos salários e pouca escolaridade, majoritariamente das secretarias de educação e saúde (correspondem a 72% das licenças: professoras, profissionais de enfermagem e agentes comunitárias de saúde).

No tocante às causas de absenteísmo-doença, o diagnóstico “transtornos mentais e comportamentais” (TMC) foi a primeira causa de absenteísmo-doença em cinco dos artigos analisados; a segunda em três artigos; menor e o maior percentual de afastamentos por TMC, respectivamente, 15,38% e 39,45%; as doenças osteomusculares (DOM) foram a primeira causa de absenteísmo-doença em três artigos; a segunda em quatro artigos; e a terceira em dois. Foram identificados o menor (9,93%) e o maior (29,53%) percentuais do total de afastamentos por DOM.

A respeito do percentual de absenteísmo, que significa a soma de dias perdidos X 100 /soma de dias previstos de trabalho, observamos que este teve média de 4,62 %, sendo que o número considerado aceitável pela OIT é de até 2,5 %. O número de dias de afastamento por licença para tratamento da própria saúde teve uma média de 21 dias, e os grupos de CID M (DOM) / F (TMC)/ e S (traumatismos) foram a causa do absenteísmo em 66,8 % do total de dias de afastamento médico.

Neste estudo, dentre as licenças médicas concedidas, observou-se uma prevalência de afastamentos do trabalho relacionados aos transtornos mentais e comportamentais em profissionais da saúde e da educação, corroborando o achado de outros estudos que sugerem uma maior vulnerabilidade de algumas áreas do serviço público para o adoecimento mental. (Gasparini et al, 2006; Assunção et al, 2005).

Os profissionais da educação estão entre os primeiros colocados no ranking, tanto na literatura quanto no presente estudo, e existem alguns fatores de risco elencados para tal relação, como: sobrecarga de atividades, relacionamento com pais de alunos, necessidade de atualização profissional, condições precárias de trabalho, violência, falta de capacitação para lidar com a inclusão e

desvalorização social crescente da profissão (Marangoni, V. S. L. et al., 2016). Esse panorama do magistério já era apontado pela Organização Internacional do Trabalho desde 1984, que considerava a docência uma atividade de alto risco (UNESCO/OIT, 1984).

Em segundo lugar no ranking, tanto na literatura científica quanto no presente estudo, aparecem os profissionais de saúde. Os gatilhos que podem predispor a um comprometimento da saúde mental mais validados na literatura para esta categoria são: baixa remuneração, risco de processos legais, exigência por qualificação, pressão por produtividade e resolutividade, proximidade com o sofrimento, com a doença e a morte, principalmente para os que trabalham em instituições hospitalares que, além desses fatores, ainda estão sujeitos a regime de turnos e plantões e exposições a riscos biológicos (Abreu et al., 2002; Nascimento et al., 2006).

Quanto ao gênero, observou-se uma predominância de licenças concedidas ao sexo feminino. Essa prevalência pode ser justificada por diversos fatores, como a maior presença de mulheres nas áreas de educação e saúde (Marangoni V.S.L., et al., 2016), a maior prevalência de transtornos depressivos e ansiosos na população feminina, e, por fim, as mulheres ainda hoje buscam assistência médica mais frequentemente que os homens, sendo, por isso, mais diagnosticadas e tratadas, segundo dados publicados pelo IBGE (2013).

Apesar de o regime previdenciário da Prefeitura Municipal de Aracaju ser do tipo próprio, portanto, independente do Regime Geral de Previdência Social do Instituto Nacional de Previdência Social, os dados do INSS ajudam a demonstrar a importância dos problemas de saúde mental e seu impacto na incapacidade laborativa. Segundo dados oficiais, em 2017, episódios depressivos geraram 43,3 mil auxílios-doença – foi a 10ª doença com mais afastamentos do trabalho, mesma posição de 2016. Enfermidades classificadas como outros transtornos ansiosos também apareceram entre as que mais incapacitaram trabalhadores em 2017 (15ª posição). Foram 28,9 mil casos. O transtorno depressivo recorrente figurou na 21ª posição entre as doenças que mais afastaram, com 20,7 mil auxílios-doença concedidos naquele ano.

No presente estudo, os transtornos categorizados entre CID F40-49 (transtornos ansiosos) figuraram em primeiro lugar como causa de afastamento dos servidores, ficando os transtornos de humor (CID F30-F39) em segundo lugar. Na literatura, estudos como o de Batista et al., 2013 mostram que os transtornos de humor geralmente vêm em primeiro lugar, ao passo que os ansiosos aparecem em segundo lugar. O que é relevante destacar, contudo, é que transtornos ansiosos e depressivos, independentemente da posição em que ocupem no ranking, geram uma importante morbidade e incapacidade laborativa nos trabalhadores em geral e nos servidores públicos.

No tocante ao número de licenças, o estudo demonstrou que 75% dos servidores já haviam sido afastados previamente por CID F, ao passo que somente 25% estavam sendo afastados pela primeira vez, o que também foi encontrado em estudos como o de Schlindwein, V. et al. (2014).

A média de idade (30 a 49 anos) encontrada no presente estudo também foi a mesma encontrada no estudo de Faria et al., 2005, aventando a possibilidade de que a idade é um fator importante no desenvolvimento de transtornos mentais, uma vez que, de forma geral, quanto maior a idade, menor é sua capacidade adaptação às condições estressantes relativas ao trabalho.

Em relação ao uso de psicofármacos, ainda são poucos os estudos na literatura que mostram a correlação entre o uso de psicotrópicos, sejam eles benzodiazepínicos ou não, nos trabalhadores afastados por transtornos mentais, ainda que o Brasil seja um dos maiores consumidores do mundo de benzodiazepínicos e, atualmente, o principal consumidor de clonazepam, de acordo com relatório da Comissão Internacional de Controle de Narcóticos, da ONU, divulgado em 2018.

No estudo de Segat E et al., realizado com docentes da rede municipal do Rio Grande do Sul, o uso de medicamentos antidepressivos foi identificado em 34,9% dos professores avaliados. Este resultado, embora alto, apresenta-se inferior ao encontrado em um estudo realizado com 258 professores de escolas estaduais de São Paulo, o qual apontou uma prevalência de 74,1% de uso de medicamentos antidepressivos (Vedovato et al, 2008). Não foram encontrados estudos mostrando a correlação entre

comorbidades não-psiquiátricas nesse perfil de periciados.

6. CONCLUSÃO

Transtornos mentais são causa importante de afastamento dos servidores públicos no Brasil e no mundo. O perfil epidemiológico dos servidores públicos do município de Aracaju incapacitados por transtornos mentais mostra que a saúde mental é extremamente relevante, sendo importante causa de absenteísmo-doença no trabalho.

A Recomendação n.º 171 e a Convenção n.º 161 da OIT abordam a importância de se registrar as causas do absenteísmo a fim de obterem-se dados para a realização de análises que contribuirão para o conhecimento sobre a dimensão, as determinações e as causas do absenteísmo, de modo a se pensar em soluções e elaborar políticas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos trabalhadores.

No entanto, quando se trata de servidor público, a prevalência de absenteísmo e as suas principais causas ainda permanecem pobremente documentadas, principalmente nos países em desenvolvimento, o que dificulta a elaboração dos referidos programas supracitados como ponto estratégico de gestão em saúde e segurança desta categoria profissional.

A interpretação dos achados deste estudo pode, futuramente, servir de subsídio de direcionamento para formulações de políticas públicas e programas específicos com foco na atenção, prevenção e promoção da saúde mental dos servidores da Prefeitura Municipal de Aracaju, com possibilidades de redução do índice de absenteísmo por transtornos mentais, ligados ou não diretamente ao trabalho, melhorando, assim, a qualidade de vida e otimizando o desempenho operacional de seus trabalhadores.

No momento, as seguintes estratégias de atenção, promoção e prevenção estão em fase de estruturação e implantação:

- Orientação terapêutica em saúde mental: objetivo - prevenir, amenizar ou impedir o agravamento de transtornos mentais de servidores municipais (e familiares) vítimas de violência ou usuários de álcool e outras drogas; demanda espontânea, com encaminhamento

interno e externo; atendimento individualizado por equipe multidisciplinar.

- Orientação e apoio profissional: objetivo - atender e orientar os servidores públicos municipais, especialmente os readaptados, e desenvolver ações de prevenção a novas readaptações funcionais (inclusão); reanálise das readaptações funcionais definitivas; prevenção e monitoramento de licenças médicas de longa duração; reinserção paulatina de servidores em licença médica por tempo prolongado, visando favorecer e facilitar tanto seu retorno às atividades de trabalho quanto o relacionamento com os gestores e colegas; atendimento por equipe multidisciplinar, individual e/ou em grupo, e visita às unidades (avaliação do ambiente de trabalho);
- Outras atividades planejadas: semana da saúde do servidor (ações de prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis); educação em saúde geral e ocupacional (palestras e cursos sobre ergonomia, saúde e relacionamentos no ambiente de trabalho); curso de preparação para a aposentadoria; elaboração do Manual de Procedimentos Médico-periciais (em andamento); realização dos exames periódicos específicos por função e grupos de risco a exposição à agentes nocivos e/ou risco ergonômico; protocolos técnicos para critérios de aptidão e/ou inaptidão nas diversas funções; revisão prevista legalmente a cada dois anos das aposentadorias por invalidez e isenções de imposto de renda por doenças descritas na Lei Federal nº 7.713/88; divulgação de boletins epidemiológicos; Comissão de Ética e Prontuários Médicos; assessoria médico-ocupacional para as brigadas de combate a incêndios e elaboração de mapas de gerenciamento de riscos ambientais; curso de formação para membros das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs).

Como limitações deste estudo, ratificamos que os achados são restritos à uma população específica de servidores públicos da prefeitura de uma capital de porte médio do nordeste brasileiro. Além disso, consideramos que as diferenças, tanto de perfil demográfico, quanto de sistema operacional digital médico-pericial utilizado, e, conseqüentemente, as

diferenças de alimentação dos bancos de dados formulados entre a Gerência Geral da Perícia Médica Oficial da Prefeitura Municipal de Aracaju e o INSS tornam as comparações de perfis limitadas, quando consideramos trabalhadores em geral em comparativo a servidores públicos.

Durante este estudo, constatamos vários aspectos desafiadores e até conflitantes em Perícia Médica Administrativa, e listamos os seguintes:

- Avaliação da capacidade laborativa X promoção e assistência (conflito ético no atuar pericial?);
- Perito Administrativo = instância decisória - “juiz de jaleco”; consequências (assédio / violência);
- Qualidade técnica x estrutural da Perícia Médica Administrativa;
- Cultura do “homologador de atestados”;
- Cultura do servidor “acomodado”;
- Assédio de gestores e políticos na atuação dos peritos;
- Eficácia das readaptações temporárias (?);
- Falta de programa de preservação de saúde vocal de professores;
- Aspectos multifatoriais do adoecimento (ambiente de trabalho / fatores psicossociais / violência);
- Implementar medidas de saúde e segurança no trabalho (ergonomia, Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, conforme as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho nº 17, 7, e 9, respectivamente) X convencimento dos gestores para investimento nessa área;
- Subnotificação / negligência com a aplicação do nexo causal e concausal no serviço público;
- Servidora lactante afastada de função de risco por mais de 6 meses;
- Pobreza de produção de evidências científicas sobre saúde do servidor público.

Conflitos de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse, no presente estudo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association, DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. 5ª Ed. Brasil: Artmed, 2013.
2. Andrade P, Cardoso T. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. Saúde e Sociedade. 2012; 21 (1): p129-140.
3. Andrade T et al. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. Scientia Medica. 2008;18(4): p166-71.
4. Barros A et al. Afastamento do trabalho por depressão em docentes da rede pública. Revista Debates em Psiquiatria. 2019; Jan/Fev.
5. Barros D, Teixeira E. Manual de perícias psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed, 2015.
6. Batista J, Carlotto M, Moreira A. Depressão como causa de afastamento do trabalho. Psico PUCRS. 2013; 44 (2): p257-262.
7. Cabinet Office. Analysis of sickness absence in the civil service - 2005. Disponível em: http://www.civilservice.gov.uk/management/occupational_health/publications
8. Couto H. Absenteísmo: uma visão bem maior do que a simples doença. Belo Horizonte: Ergo; 1987.
9. Cunha J, Blank V, Boing A. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). Rev Bras Epidemiol. 2009;12(2):226-36.
10. Daniel E, Koerich C, Lang A. O perfil do absenteísmo dos servidores da prefeitura municipal de Curitiba, de 2010 a 2015. Rev Bras Med Trab. 2017;15(2): p142-9. <https://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520176021>
11. Domingos Neto J et al. Depressão em meio ocupacional: Rastreamento e Tratamento. São Paulo: Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2019.
12. European Foundation for the Improvement of Living and Work Conditions. Preventing absenteeism at the workplace: research summary. Office of official publications of the European communities. Luxemburgo: EUROFOUND; 1997.
13. Faria A, Barboza D, Domingos N. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. Arq Ciências Saúde. 2005; 12(1): p14-20.
14. Gasparini S et al. Transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2006; 22(12): p2679-2691.
15. Gasparini S, Barreto S, Assunção A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. Educação e Pesquisa. 2005; 31 (2): p189-199.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2015.
17. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Emprego público no Brasil: comparação internacional e evolução. Comunicados do IPEA, nº 19. Brasília: IPEA; 2009.
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ocupação no setor público: tendências recentes e questões em aberto. Comunicados do IPEA, nº 110. Brasília: IPEA; 2011.
19. International Labour Office. World Employment and Social Outlook: Trends for women 2017. Geneva: 2017.
20. Lima D, Garcia F, Tomaz C. Prazer e Sofrimento no Trabalho: estudo sobre os motoristas de uma empresa de ônibus da cidade de Belo Horizonte. Resende: Associação Educacional Dom Bosco - XII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2015.
21. Marangoni V et al. Afastamento laboral por transtornos mentais entre os servidores da prefeitura municipal de Manaus: uma análise preliminar. Semina Ciên Biol Saúde. 2016; 37 (2): p13-24.
22. Marmot M, Brunner E. Cohort Profile: The Whitehall II study. Int Jour Epidemiol. 2005 Dec;34(2):p251-6.
23. Martins A, Oliveira G. Trabalho: fonte de prazer e sofrimento e as práticas orientais. São Paulo: UNICAMP, 2012.
24. Miriam D, Glina R, Rocha L. Saúde Mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010.
25. Nascimento Sobrinho C et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(1): p131-140.
26. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e Organização Internacional do Trabalho. Recomendação da

- OIT/UNESCO de 1966 relativa ao Estatuto dos Professores 2008 e Recomendação de 1997 da UNESCO relativa ao Estatuto do Pessoal do Ensino Superior. Genebra: 2008.
27. Organização Internacional do Trabalho. Recomendação n.º 171 e Convenção n.º 161. Genebra: 1985.
28. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde e Ambiente: Saúde do trabalhador. Brasília: OPAS; 2010. Disponível em: <http://www.opas.org.br/ambiente/temas>
30. Pereira W. O adoecer psíquico do subproletariado: Projeto Saúde Mental na Comunidade. Rio de Janeiro: Imago, 2004.
31. Ribeiro C, Mancebo D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. *Psicol Ciência Profissão*. 2013; 33(1): p192-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100015>
32. Santi D, Barbieri A, Cheade MF. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Med Trab*. 2018; 16(1): p71-81. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520180084>
33. Schlindwein V, Morais P. Prevalência de transtornos mentais e comportamentais nas instituições públicas federais de Rondônia. *Cad Psicol Social Trab*, 17(1),117-127. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v17i1p117-12>.
34. Segat, Elisandra, Diefenthaler, Helissandra. Uso de medicamentos antidepressivos por professores de escolas de diferentes redes de ensino em um município do norte do Rio Grande do Sul. *Perspectiva UFSC*. 2013; 37(137): p45-54.
35. Silva Jr. J. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2012. <http://dx.doi.org/10.11606/D.6.2012.tde-26102012-134845>.
36. Silva E et al. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012; 21(3): p505-514.
37. Sousa-Uva A, Serranheira F. Saúde e trabalho/(doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. *Rev Bras Med Trab*. 2013; 11(1): p43-9.
38. Sumamen H et al. Interrelationships between education, occupational class and income as determinants of sickness absence among young employees in 2002-2007 and 2008-2013. *Bio Med Central Public Health*. 2015;15: p332. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1718-1>
39. Tamayo A et al. Cultura e saúde nas organizações. Porto Alegre: Artmed, 2004.
40. Vedovato T, Monteiro M. Perfil Sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas. *Rev Escola Enferm USP*. 2008; 42(2): p290-7.
41. Ybema J, Smulders P, Bongers P. Antecedents and consequences of employee absenteeism: A longitudinal respective on the role of job satisfaction and burnout. *Eur Jour Work Organ Psych*. 2010; 19(1): p102-24.

*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