

perspectivas

ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA DE MEDICINA LEGAL
E PERÍCIAS MÉDICAS

v.8 n.1 2023

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, Montevideú, 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

CARTA DO PRESIDENTE *LETTER FROM THE PRESIDENT* Rosa Amélia Andrade Dantas

CARTA DO EDITOR *LETTER FROM THE EDITOR* José Jozefran Berto Freire

CARTA AO EDITOR *LETTER TO THE EDITOR*

CARTA AO EDITOR: 1º MODELO PADRONIZADO DE RESPOSTA A NOMEAÇÃO COMO PERITO JUDICIAL MÉDICO NA JUSTIÇA DO TRABALHO
FIRST STANDARDIZED MODEL OF RESPONSE TO APPOINTMENTS AS A LEGAL MEDICAL EXPERTISE OF LABOR JUSTICE
Autores *Authors*: Santos Fo ASP, Moreira Fo REM

CARTA AO EDITOR: PIRANHAS CRIARAM FAMA E SE DEITARAM NA CAMA!
LETTER TO THE EDITOR: PIRANHAS CREATED FAME AND LAY DOWN ON THE BED!
Autores *Authors*: Valente-Aguiar MS, Falcao AC

RELATO DE CASO *CASE REPORT*

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O HOMEM
DOMESTIC VIOLENCE AGAINST MEN
Autores *Authors*: Braccini AD, Ferraz PJC, Silva EC, Carvalho FI, Ferro EZ, Miziara ID

MANCHAS MONGÓLICAS PODEM MIMETIZAR LESÕES CORPORAIS: RELATO DE CASO
MONGOLIAN SPOTS CAN MIMIC BODY INJURIES: CASE REPORT
Autores *Authors*: Seba MC, Lima JRT, Carvalho FI, Miziara CSM, Miziara ID

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER: ASPECTOS MÉDICO-LEGAIS
INTIMATE PARTNER VIOLENCE AGAINST WOMEN: MEDICAL-LEGAL ASPECTS
Autores *Authors*: Seba MCC, Braccini AD, Ferraz PJC, Carvalho FI, Miziara CSMG, Miziara ID

ARTIGOS ORIGINAIS *ORIGINAL ARTICLES*

DESCOMPLICANDO A PERÍCIA PSQUIÁTRICA NO CONTEXTO TRABALHISTA, UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO NA ANÁLISE DO NEXO
SIMPLIFYING PSYCHIATRIC EXPERT EVALUATION IN LABOR CLAIMS: A PROPOSAL FOR SYSTEMATIZATION IN THE ANALYSIS OF CASUALITY
Autores *Authors*: Serra MF

CRONOTANATOGNOSE ILUSTRADA: A ILUSTRAÇÃO MÉDICA APLICADA AO ENSINO DA MEDICINA LEGAL
CHRONOTANATOGNOSIS ILLUSTRATED: MEDICAL ILLUSTRATION APPLIED TO THE TEACHING OF FORENSIC MEDICINE
Autores *Authors*: Silva TR

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS PARA PNEUMOCONIOSE E FIBROSE CÍSTICA NO ANO 2019
SOCIAL SECURITY BENEFITS FOR PNEUMOCONIOSIS AND CYSTIC FIBROSIS IN THE YEAR 2019
Autores *Authors*: Nery TCS, Zago SQGM, Hara EKM

ACTUALIZACIÓN DEL DICTAMEN DE AUTOPSIA MÉDICO-FORENSE EN LA MORGUE JUDICIAL LA PAZ BOLIVIA
UPDATE ON AUTOPSY REPORTS IN LA PAZ' MORGUE, BOLIVIA
Autores *Authors*: Santiesteban GM, Vacaflor SP, Druaillet FD, Rodriguez PBD, Rodriguez ED, Ballivián EPV

AVALIAÇÃO DA TÉCNICA FOTOGRÁFICA NAS AUTÓPSIAS FORENSES DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE PORTO VELHO – RO, NO BRASIL
EVALUATION OF THE PHOTOGRAPHIC TECHNIQUE IN THE FORENSIC AUTOPSIES OF THE INSTITUTE MEDICO LEGAL DE PORTO VELHO – RO, BRAZIL
Autores *Authors*: Santiesteban GM, Vacaflor SP, Druaillet FD, Rodriguez PBD, Rodriguez ED, Ballivián EPV

TELEMEDICINA APLICADA NA PERÍCIA MÉDICA: ANÁLISE ÉTICO-LEGAL E TÉCNICA SOBRE A PRODUÇÃO DA PROVA PERICIAL DURANTE A PANDEMIA DE SARS-COV2/COVID-19
TELEMEDICINE APPLIED IN MEDICAL EXPERTISE: ETHICAL-LEGAL AND TECHNICAL ANALYSIS ON THE PRODUCTION OF EXPERIMENTAL PROOF DURING THE SARS-CoV2 / COVID-19 PANDEMIC
Autores *Authors*: Figueiredo AM

ARTIGOS DE REVISÃO *REVIEWS ARTICLES*

RIGOR MORTIS: FISIOLÓGIA
RIGOR MORTIS: PHYSIOLOGY
Autores *Authors*: Teixeira HRX

RESPONSABILIDADE MÉDICA: O SENTIDO AMPLO DE SUA EXISTÊNCIA
MEDICAL RESPONSABILITY: THE BROAD MEANING OF ITS EXISTENCE
Autores *Authors*: Bernardo HN, Seba MC, Lima JR, Miziara NM, Miziara CS, Miziara ID

VIOLÊNCIA INFANTIL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL
CHILD VIOLENCE DURING THE COVID-19 PANDEMIC
Autores *Authors*: Righi GM, Mazetto BVH, Cerri JM, Dontos AC, Muñoz-Gianvecchio D

A PRESUNÇÃO DO NEXO CAUSAL ENTRE COVID-19 E ATIVIDADES DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL
THE PRESUMPTION OF THE CAUSAL LINK BETWEEN COVID-19 AND HEALTH SECTOR ACTIVITIES IN BRAZIL: BRIEF CONSIDERATIONS
Autores *Authors*: Cerqueira AJ, Junior JFS, Castro HRV

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19
DOMESTIC VIOLENCE DURING THE PANDEMIC OF COVID-19
Autores *Authors*: Yoshino F, Caselli VM, Muñoz-Gianvecchio D, Dontos AC

ISOLAMENTO SOCIAL DECORRENTE DA PANDEMIA DA COVID-19 E SEUS IMPACTOS NA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER
SOCIAL ISOLATION DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC AND ITS IMPACTS IN VIOLENCE AGAINST WOMEN
Autores *Authors*: Romanek TGM, Schmidt VLB

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

Caro(a) colega, no primeiro dia do corrente ano, assumimos a Presidência da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas e uma das nossas atividades mais importantes é a publicação da revista *Perspectivas*, canal de divulgação científica da ABMLPM, já em sua 14ª edição.

Estamos há um ano vivenciando a Pandemia da Covid-19, que modificou nossa vida cotidiana, assim como propiciou novas reflexões sobre o ato médico pericial e outras questões a ele relacionadas. Este número foi dedicado a temas relacionados à pandemia da Covid-19, contendo artigos de grande relevância para nossa especialidade, tais como: A presunção do nexos causal entre Covid-19 e atividades do setor saúde no Brasil: breves considerações; Violência infantil durante a Pandemia do Covid-19; Isolamento social decorrente da Pandemia da Covid-19 e seus impactos na violência contra a mulher; Violência doméstica durante a Pandemia do Covid-19; Telemedicina aplicada na perícia médica: análise ético-legal e técnica sobre a prova pericial durante a pandemia da Covid-19. Gostaria de comunicar nossos agradecimentos aos autores por sua fundamental colaboração neste número.

Como associação científica, é nosso papel estimular a produção científica e continuar construindo um veículo que leve tal conhecimento a todos os médicos que atuem na especialidade “medicina legal e perícias médicas”, assim como aos administradores e operadores de direito que utilizam a perícia médica para tomada de decisões seja no âmbito administrativo ou no judiciário.

A ABMLPM quer estar perto de você, contribuindo com o desenvolvimento crescente de nossa especialidade médica.

Um grande abraço,,



DR^a ROSA AMÉLIA ANDRADE DANTAS

Presidente ABMLPM

CARTA DO EDITOR

*P*erspectivas, órgão oficial da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas está no seu 4º ano de existência e 14ª edição. Queremos comemorar junto com você leitor estes fatos, é difícil manter-se uma publicação científica e isto se torna pior em época como a atual, ou seja, em tempos de pandemia.

Exatamente por estarmos enfrentado tão dramática situação a presente edição tem como foco central a pandemia sob a ótica da Medicina Legal e Perícias Médicas.

Foram abordados pelos autores temas que transitam desde o nexos causal entre a covid-19 e o setor saúde, passando-se pela violência infantil e sua relação com o isolamento social, o incremento da violência contra a mulher no ambiente doméstico e a prática da telemedicina como opção para as necessidades atuais do agir médico pericial.

São todos eles temas que podem suscitar dúvidas, polêmicas e por isso mesmo, suas publicações incentivam o debate e novas publicações.

Perspectivas agradece os autores destes artigos e os convida a continuarem publicar suas experiências e vivências da especialidade.

Agradecemos e muito os colegas revisores pelo trabalho realizado, muito obrigado a todos.

Boa leitura.



DR. JOSÉ JOZEFRA BERTO FREIRE

Editor-chefe - Cremesp 17288

ANÁLISE DE CRIMES SEXUAIS COMETIDOS NO ESTADO DO CEARÁ ENTRE JANEIRO DE 2020 E JULHO DE 2022

**ANALYSIS OF SEXUAL CRIMES COMMITTED IN THE STATE OF CEARÁ
BETWEEN JANUARY 2020 AND JULY 2022**

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO DE REVISÃO recebido 01/04/2022, aceito em 08/07/2023

Como citar: Farias CP, Teixeira AMD, Linheiro CV, Mourão RFL, Benevides SB, Alencar VHM. Análise de crimes sexuais cometidos no estado do Ceará entre janeiro de 2020 e julho de 2022. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230726
<https://dx.doi.org/10.47005/230726>

Carolina de Paiva Farias ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 4685949340567497 - ORCID: 0000-0003-1359-7670

Ana Manuela Diógenes Teixeira ⁽²⁾

Currículo Lattes: 8101215577071573 - ORCID: 0000-0002-2046-1774

Cristina Vasconcelos Linheiro ⁽²⁾

Currículo Lattes: 0175411153550398 - ORCID: 0000-0002-9830-383X

Rebeca Falcão Lopes Mourão ⁽²⁾

Currículo Lattes: 0645714917802929 - ORCID: 0000-0003-0910-8782

Silvia Barbosa Benevides ⁽²⁾

Currículo Lattes: 7664250647727247 - ORCID: 0000-0002-1918-9195

Victor Hugo Medeiros Alencar ⁽³⁾

Currículo Lattes: 0318135664014721 - ORCID: 0000-0001-5417-5541

⁽¹⁾ Estudante de Medicina do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS, Fortaleza-CE, Brasil.
(Autor principal)

⁽²⁾ Estudante de Medicina do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS, Fortaleza-CE, Brasil.
(Autor secundário)

⁽³⁾ Professor do Centro Universitário Christus – UNICHRISTUS, Fortaleza-CE, Brasil. (Orientador)

E-mail: thecarollines@hotmail.com

RESUMO

Introdução: no Ceará, crianças e adolescentes representam as principais vítimas de crimes sexuais. Devido a isso, o objetivo deste trabalho é analisar essa violência e garantir ampla divulgação dos dados relativos à segurança pública nesse estado. **Material e método:** trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo, realizado por meio de dados secundários, publicados pela Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Ceará (SSPDS/CE), por intermédio da Gerência de Estatística e Geoprocessamento (GEESP/SUPESP) sobre criminalidade e violência sexual no Ceará, durante o período de janeiro de 2020 a julho de 2022. **Resultados:** foram notificados 4.692 casos durante o período estudado, apresentando média de crimes mensais de 154,91 crimes por mês no ano de 2020; 162,16 crimes por mês no ano de 2021 e 147,83 crimes por mês no ano de 2022. **Discussão:** os resultados apresentados neste estudo, apesar do ano de 2022 não estar finalizado e as médias mensais dos crimes serem variadas ao longo dos anos, observa-se que os índices de criminalidade sexual são maiores com o passar dos anos, principalmente quando comparados os meses de março a junho dos anos de 2020 a 2022. O aumento desses crimes poderia estar relacionado ao retorno das atividades pós-pandemia, ao período político entre outros acontecimentos. **Conclusão:** observou-se, no período de março a junho de 2022, aumento dos crimes sexuais e, diante disso, verifica-se a necessidade dos órgãos públicos responsáveis pela segurança de buscarem meios que possam impedir esses acontecimentos.

Palavras-chave: delitos sexuais, Medicina Legal, crime sexual.

ABSTRACT

Introduction: in Ceará, children and adolescents represent the main victims of sexual crimes. Due to this, the objective of this work is to analyze this violence and ensure wide dissemination of data related to public security in the state of Ceará. **Material and method:** this is a descriptive and quantitative epidemiological study carried out using secondary data published by the Secretary of Public Security and Social Defense of Ceará (SSPDS/CE) through the Statistics and Geoprocessing Management (GEESP/SUPESP) on crime and sexual violence in Ceará from January 2020 to July 2022. **Results:** 4,692 cases were reported during the study period, with an average monthly crime rate of 154.91 crimes per month in 2020, 162.16 crimes per month in 2021, and 147.83 crimes per month in 2022. **Discussion:** the results presented in this study, although the year 2022 is not finalized, show higher rates of sexual crime when compared to the months from March to June of previous years. The increase in these crimes could be related to the return of post-pandemic activities, the political period, and other events. **Conclusion:** from March to June 2022, an increase in sexual crimes was observed, and, in view of this, there is a need for public bodies responsible for security to seek means that can prevent these events.

Keywords: sexual offenses, Legal Medicine, sexual crime.

1. INTRODUÇÃO

No Ceará, crianças e adolescentes representam as principais vítimas de violências. Os dados estatísticos da Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Ceará (SSPDS/CE) comprovam essa situação e fazem uma análise numérica integral das vítimas de casos de estupro, estupro de vulnerável e exploração sexual de menor.

O intuito dessa análise da criminalidade e da violência é garantir por meios dos seus sites e portais o acesso público e irrestrito aos dados

relativos à segurança pública no estado do Ceará, com apoio da Gerência de Estatística e Geoprocessamento (GEESP/SUPESP), a fim de exibir, todos os meses, os seus gráficos estatísticos. Nesse sentido, a SSPDS realiza trabalhos direcionados para reduzir os crimes sexuais em todo o Ceará, por intermédio da Polícia Civil, reforçando o policiamento e, principalmente, as políticas públicas. Em Fortaleza, existe a Casa da Mulher Brasileira, que integra no mesmo espaço instituições como Delegacia de Defesa da Mulher

(DDM), Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Ministério Público e Defensoria Pública (1).

A Secretaria da Segurança ressalta que os casos registrados no período de 2020 até 2021 se devem, especialmente, ao incentivo a denúncias. Nesse contexto, a comunicação dos crimes às instituições policiais inicia as investigações, objetiva a produção de provas, a autoria dos diversos delitos, bem como a quantificação de informações estatísticas para se ter uma real noção da dimensão desse grave problema de saúde pública (1).

Ademais, a SSPDS/CE acredita que a democracia de uma gestão está atrelada a um eficiente sistema estatístico criminal devido à importância da publicidade desses dados. O uso de tais informações por alunos, pesquisadores ou profissionais de imprensa deverá ser sempre realizado de forma segura e responsável. Esse rigor técnico-científico é indispensável porque o uso inadequado de dados e informações criminais pode conduzir a generalizações inverídicas ou conclusões inadequadas (1).

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e quantitativo, realizado por meio de dados secundários, publicados pela Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Ceará (SSPDS/CE), por intermédio da Gerência de Estatística e Geoprocessamento (GEESP/SUPESP) sobre criminalidade e violência sexual no Ceará, durante o período de janeiro de 2020 a julho de 2022.

Os dados utilizados para a construção das publicações da SSPDS/CE referentes à criminalidade e à violência da SSPDS/CE são oriundos do Sistema de Informações Policiais (SIP/SIP3W) que engloba os procedimentos utilizados pela Polícia Civil, como Boletim de Ocorrência, Termo Circunstanciado de Ocorrência e Inquérito Policial (1).

A SENASP adicionou aos seus preceitos práticas já existentes em relação à coleta, ao tratamento e à divulgação de estatísticas que constam na GEESP/SUPESP. Ressaltamos, ainda, que a GEESP/SUPESP se utiliza da base de dados de crimes sexuais que estão relacionados aos crimes de estupro, estupro de vulnerável e exploração sexual de menor. Quanto ao critério de quantidade

adotado, foi considerada a soma de todas as vítimas as quais se enquadravam nesse tipo de crime. No que se refere à dimensão temporal, foram apresentados valores mensais por se considerar que os assuntos relacionados ao crime apresentam particularidades que demandam uma maior especificidade (1).

Assim, a estatística analisada dos crimes sexuais cometidos no Ceará compreendeu o período de janeiro de 2020 a julho de 2022, calculando-se todos os crimes, sendo considerada a data de ocorrência do evento do crime, desconsiderando quaisquer outros documentos oficiais de registro ou boletins de ocorrência de eventos criminais.

3. RESULTADOS

Com relação aos crimes sexuais no Ceará, podemos observar (figura 01), que foram notificados 4.692 casos durante o período estudado, com destaque para o ano de 2021, com 1946 crimes sexuais. Além disso, na figura 1, é possível observar queda nos registros de crimes sexuais no mês de abril e aumento no mês de maio, durante todo o período de estudo.

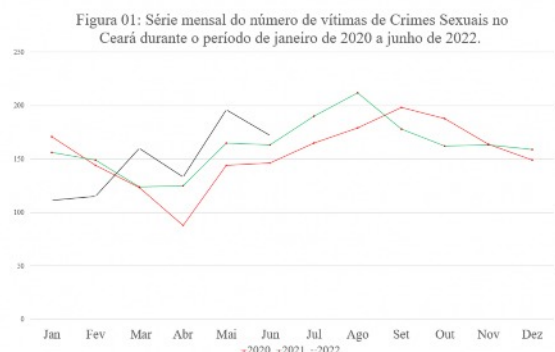


Figura 1: série mensal do número de vítimas de crimes sexuais no Ceará durante o período de janeiro de 2020 a junho de 2022 (Fonte: SSPDS/CE) (1).

Com relação à média de crimes mensais analisados, ocorreram aproximadamente 154,91 crimes por mês no ano de 2020; 162,16 crimes por mês no ano de 2021 e 147,83 crimes por mês no ano de 2022. Em relação ao percentual de crimes sexuais por dia da semana no ano de 2020, temos destaque para terça (23,5%) e quarta (15,4%). Enquanto, no ano de 2021, destacam-se a quinta (20,1%) e a sexta

(17,6%). No ano atual, 2022, observa-se 16,3% na segunda, na terça-feira e no sábado.

Com relação ao turno, em 2020, ocorreram mais crimes no turno de 12h a 17h59min (32,2%); em 2021, tanto o turno de 06h a 11h59min como o de 12h a 17h59min tiveram 30,2% dos crimes. Em 2022, ocorreram 39,0% dos crimes no turno de 06h a 11h59min.

4. DISCUSSÃO

Os crimes sexuais são classificados como crimes contra a dignidade sexual sendo estes de ação incondicionada por isso, dependem de ação por parte da vítima ou responsável para a abertura de processo criminal[1] [rf2] (2). Tendo em vista o estigma, a vergonha, o medo em denunciar os agressores, além de temer a impunidade destes e a possível falta de credibilidade diante das autoridades, o número real de casos, provavelmente, supera os relatados à polícia. Existe, portanto, a possibilidade de serem dados subnotificados, porque apesar de tais problemas serem quantificados, não são plenamente confiáveis, dificultando um diagnóstico preciso desses crimes (3)

Em estudos realizados no Brasil, demonstrou-se que apenas 8 a 10% das vítimas de crimes sexuais reportam os crimes à Polícia e, efetivamente, realizam exame de corpo de delito em órgão oficial (Perícia Forense do Ceará/IML) (1), sendo ainda menor a taxa quando se trata de adolescentes de ensino médio (5%) (2). Possivelmente, esses dados são subnotificados, não sendo possível quantificar, de fato, o problema, dificultando, assim, um diagnóstico preciso desses crimes.

Desse modo, torna-se de grande importância a atuação da perícia médico-legal a fim de realizar uma abordagem detalhada, comprovando fatos essenciais para a investigação do suspeito e reunindo elementos do exame de corpo de delito, os quais poderão ser utilizados em favor da vítima; além disso, podem servir como acolhimento à vítima e escuta atenciosa (4).

5. CONCLUSÃO

Os crimes sexuais ocorridos no estado do Ceará apresentaram um relativo crescimento com o passar dos anos e, apesar de não ter ocorrido uma ascensão contínua, é possível observar que, nos

meses de março a junho de 2022, houve mais casos registrados comparados ao ano de 2020 e 2021, Diante disso, verifica-se a necessidade de os órgãos públicos responsáveis pela segurança buscarem meios que possam impedir esses acontecimentos. Por intermédio de tais meios, a serem fortalecidos, objetiva-se garantir maior segurança e liberdade, dentro e fora do domicílio, bem como incentivar o encorajamento para que sejam estabelecidas as medidas necessárias à efetiva penalização do autor do crime.

Vale lembrar, no entanto, que o aumento encontrado nesse estudo não reflete necessariamente o aumento dos índices de violência devido a covid-19 que atuou como fator de confusão, podendo ter influenciado o número de casos durante o período estudado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crimes sexuais. Governo do Estado do Ceará, Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social, Superintendência de Pesquisa e Estratégia de Segurança Pública, Gerência de Estatística e Geoprocessamento, 2022. [acesso em 22 de agosto de 2022]. Disponível em:

<https://www.sspds.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/24/2021/01/07-Crimes-Sexuais-Estatisticas-Mensais.pdf>

2. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, et al. Atendimento às vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev Saúde Públ. 2005;39(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/7GvxBh3JvbwjSnvxH3DrwTz/?lang=pt&format=pdf>

3. Souza CM, Adesse L. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_sexual_brasil.pdf

4. Queiroz KL, Vasconcelos AKCC, Ramos AML, et al. A perícia médico-legal e os achados sugestivos de violência sexual contra mulher. An Fac Med Olinda. 2020;5(2):31-35. <https://doi.org/10.56102/afmo.2022.128>

VALIDAÇÃO DE MÉTODO PARA QUANTIFICAÇÃO DE CARBAMAZEPINA EM IMPRESSÕES DIGITAIS COLETADAS EM LÂMINAS DE VIDRO

METHOD VALIDATION FOR QUANTIFICATION OF CARBAMAZEPINE IN
FINGERPRINTS DEPOSITED ON GLASS COVER SLIPS

Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob o parecer número 5.444.275. Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO ORIGINAL recebido 11/05/2022 aceito em 25/07/2023

Como citar: Müller IR, Lizot LLF, Linden R. Validação de método para quantificação de carbamazepina em impressões digitais coletadas em lâminas de vidro. Persp Med Legal Perícia Med. 2023; 8: e230725
<https://dx.doi.org/10.47005/230725>

Isadora Ritter Müller ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 6809082662782758 - ORCID: /0000-0002-1489-9198

Lilian de Lima Feltraco Lizot ⁽²⁾

Currículo Lattes: 2523163224304535 - ORCID: 0000-0003-3165-1407

Rafael Linden ⁽³⁾

Currículo Lattes: 6036320391106370 - ORCID: 0000-0002-6966-5073

- ⁽¹⁾ Universidade Feevale, Laboratório de Toxicologia e Análises Toxicológicas, Novo Hamburgo-RS, Brasil.
(autor principal)
- ⁽²⁾ Universidade Feevale, Laboratório de Toxicologia e Análises Toxicológicas, Novo Hamburgo-RS, Brasil.
(tratamento de dados)
- ⁽³⁾ Universidade Feevale, Laboratório de Toxicologia e Análises Toxicológicas, Novo Hamburgo-RS, Brasil.
(Orientador)

E-mail: isa_muller@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Cerca de 38 milhões de pessoas são expostas à carbamazepina por ano para o tratamento de epilepsia. O fármaco se encontra na lista essencial da OMS. O tratamento para a epilepsia acontece de forma profilática, com o intuito de proporcionar ao paciente uma melhor condição de vida. Portanto, além da escolha do medicamento e da dose necessária para cada indivíduo, a adesão a terapia também tem grande importância no funcionamento do tratamento. A impressão digital é muito utilizada na área forense, essa matriz está aparecendo também na área toxicológica e clínica, para saber se o indivíduo fez a ingestão de alguma substância. **Material e método:** Foi realizada a validação de um método em Cromatografia Líquida de Alta Eficiência acoplada a Espectrometria de Massas, seguindo os parâmetros de validação da Food and Drug Administration para a quantificação de carbamazepina (CBZ) em impressões digitais. **Resultados:** O método demonstrou alta sensibilidade para a detecção de CBZ em amostras de impressões digitais. O limite de detecção do método foi de 0,05 ng digital⁻¹ para CBZ. A precisão intra-ensaios foi de 3,58 a 7,90%. A precisão inter-ensaios foi de 2,16 a 5,79% para CBZ. A exatidão apresentada pelo método foi de 95,02 a 102,76%. **Discussão:** As condições de cromatografia líquida desempenham um papel fundamental na obtenção de separação e ionização rápida e eficaz de componentes. **Conclusão:** Desta forma, um método simples e sensível está sendo validado para a quantificação CBZ em amostras de impressões digitais depositadas em lâminas de vidro.

Palavras-chave: Carbamazepina, Impressões Digitais, Quantificação.

ABSTRACT

Introduction: About 38 million people are exposed to carbamazepine per year for the treatment of epilepsy. The drug is on the WHO essential list. The treatment for epilepsy happens in a prophylactic way, to provide the patient with a better life condition. Therefore, in addition to the choice of medication and the dose required for everyone, adherence to therapy is also of great importance in the functioning of the treatment. Fingerprint is widely used in the forensic area, this matrix is also appearing in the toxicological and clinical area, to find out if the individual has ingested a substance. **MATERIAL AND METHOD:** A method was validated in High Performance Liquid Chromatography coupled to Mass Spectrometry, following the validation parameters of the Food and Drug Administration for the quantification of carbamazepine (CBZ) in fingerprints. **RESULTS:** The method demonstrated high sensitivity for detecting CBZ in fingerprint samples. The detection limit of the method was 0.05 ng digital⁻¹ for CBZ. The intra-assay precision ranged from 3.58 to 7.90%. The inter-assay precision was 2.16 to 5.79% for CBZ. The accuracy presented by the method ranged from 95.02 to 102.76%. **DISCUSSION:** Liquid chromatography conditions play a key role in achieving fast and effective component separation and ionization. **CONCLUSION:** Thus, a simple and sensitive method is being validated for CBZ quantification in fingerprint samples deposited on glass slides.

Keywords: Carbamazepine, Fingerprints, Quantification.

1. INTRODUÇÃO

Cerca de 38 milhões de pessoas são expostas à carbamazepina por ano para o tratamento de epilepsia. O fármaco se encontra na lista essencial da OMS (1). A CBZ é em maior parte metabolizada no fígado, apenas 5% da droga é excretada sem alterações. Em humanos, a via mais importante para o metabolismo da CBZ é sua epoxidação pelas isoenzimas 3A4 e 3A5 do citocromo P450 (CYP) ao

metabólito ativo carbamazepina-10,11-epóxido. Este metabólito tem propriedades antiepilépticas semelhantes e acredita-se que seja parcialmente responsável pela toxicidade do tratamento com CBZ. O risco para uma faixa subterapêutica de CBZ é aumentado de forma dose-dependente em ambos os regimes de duas e três vezes ao dia quando ocorrerem atrasos ou esquecimento de doses (2). O metabolismo da carbamazepina pela CYP3A4 é

induzível e potencialmente inibido. Entre os antiepilépticos que podem inibir o metabolismo da carbamazepina e assim aumentar sua concentração sanguínea estão o clobazam e o estiripentol. Por outro lado, felbamato, oxcarbazepina, fenobarbital, fenitoína, primidona e rufinamida induzem o metabolismo da carbamazepina, diminuindo suas concentrações plasmáticas. Fármacos que não são utilizados no tratamento da epilepsia também podem afetar o metabolismo da carbamazepina, tais como a claritromicina, cirpofloxacino, eritromicina e fluconazol, que inibem o metabolismo do fármaco. E entre as que induzem o metabolismo da carbamazepina, estão a erva de São João, efavirenz, teofilina e rifampicina (3).

Devido à autoindução, que geralmente começa após 3 a 5 dias após o início do tratamento e termina em 20 a 35 dias, sua depuração muda. Isso resulta em farmacocinética dependente do tempo com meia-vida de 25-65 h após uma dose única e 12-17 h no estado de equilíbrio pós-indução e uma diminuição progressiva em sua concentração sanguínea. O monitoramento terapêutico da droga (TDM) pode ser uma ferramenta útil para monitorar essas mudanças (4).

Para a maioria das pessoas com epilepsia, os medicamentos anticonvulsivantes são a principal modalidade de tratamento, com o objetivo de interromper as convulsões sem causar efeitos colaterais, que podem afetar a qualidade de vida. A remissão das convulsões também pode reduzir a morbidade e diminuir o risco de mortalidade prematura associada a convulsões contínuas (5).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a epilepsia é uma doença crônica que afeta 50 milhões de pessoas no mundo de todas as idades, o que a torna a patologia neuronal mais comum em escala global (6). A principal característica da epilepsia é a convulsão, a qual acontece de forma recorrente e imprevisível, e em função de um disparo descompensado de neurônios cerebrais (7).

No Brasil, estudos mostram que a prevalência de epilepsia na grande São Paulo é de 11,9 acometidos para cada 1000 indivíduos, enquanto em Porto Alegre é de 16,5 para cada 1000 habitantes (8). Estima-se que no Brasil 340 mil novos casos sejam diagnosticados por ano, havendo 1,8 milhão de pacientes com epilepsia ativa (9). Além disso, um

estudo realizado em Campinas e São José do Rio Preto (SP) demonstrou que a prevalência nas classes menos favorecidas foi de 7,5 para 1000 indivíduos e de 8,5/1000 em idosos. Também observou-se que cerca de 1/3 dos indivíduos estão em tratamento inadequado para a doença (10).

Para aqueles que podem precisar de tratamento, um plano de manejo individualizado precisa ser implementado prontamente. O plano de manejo individualizado deve incorporar estratégias para prevenir o status epilepticus naqueles com convulsões repetidas ou prolongadas (11).

O tratamento para a epilepsia acontece de forma profilática, com o intuito de proporcionar ao paciente uma melhor condição de vida. Como consequência, a não aderência da terapia com antiepilépticos está associada com efeitos clínicos adversos e aumento das taxas de mortalidade por epilepsia. Pacientes que não aderem ao tratamento possuem riscos aumentados de apresentarem crises epiléticas contínuas. Por isso, o monitoramento terapêutico desses fármacos com doses individuais é de extrema importância para um tratamento eficaz. A principal matriz biológica empregada no monitoramento terapêutico da CBZ é a dosagem no plasma. No entanto, a saliva também tem sido utilizada, apresentando concentrações similares (12,13).

Matrizes comuns como plasma e urina, já se sabe que são adequadas para a detecção de drogas. No entanto, matrizes alternativas, principalmente aquelas preocupadas com protocolos não invasivos, estão gerando um grande interesse, por causa da facilidade de coleta. O uso de impressões digitais como uma matriz biológica alternativa para a dosagem de drogas é uma área de pesquisa que está sendo desenvolvida, principalmente na toxicologia analítica (14).

A possibilidade de detecção de drogas em impressões digitais já foi descrita por Ismail et al (15), que utilizaram a matriz para detecção de cocaína e heroína. Também Du et al (16) determinaram e quantificaram fármacos hipolipemiantes em impressões digitais de pacientes (15,16). No entanto, apesar de já se saber da possibilidade de dosagem de drogas em impressões digitais, ainda não foram desenvolvidos métodos para quantificação de carbamazepina nessa matriz.

O objetivo deste trabalho foi validar um método em CLAE-EM/EM para a quantificação de CBZ em amostras de impressões digitais coletadas em lâminas de vidro. Esse formato torna a coleta de amostras mais fácil e menos invasiva, possibilitando que seja feita em outros locais além do laboratório, uma vez que o seu transporte também é facilitado. As etapas da validação foram realizadas conforme as recomendações de guias internacionais para métodos bioanalíticos (17).

2. MATERIAL E MÉTODO

2.1. MATERIAIS, PADRÕES E REAGENTES

O padrão analítico de CBZ (1 mg mL⁻¹) foi adquirido da Cerilliant (Round Rock, EUA), assim como a solução de padrão interno deuterado CBZ-D10 (0,1 mg mL⁻¹). A acetonitrila foi adquirida da Honeywell (Seelzt, Alemanha) e o metanol da Merck (Darmstadt, Alemanha). O acetato de amônio e ácido fórmico foram da Sigma-Aldrich (Saint Louis, EUA). Água deionizada ultrapura foi fornecida por um sistema Milli-Q Reference da Millipore (Billerica, MA, EUA). As lâminas de vidro foram obtidas da FirstLab (Paraná, Brasil).

2.2. PREPARO DE SOLUÇÕES, CALIBRADORES E CONTROLES DE QUALIDADE

Uma solução intermediária do analito (30 µg mL⁻¹) foi preparada a partir das soluções padrão por diluição com metanol. Uma solução intermediária separada do composto deuterado foi preparada da mesma maneira em concentrações de 20 µg mL⁻¹. Soluções de trabalho de CBZ, nas concentrações de 0,05; 0,1; 0,2; 0,5; 1,0; 2,0; 5,0; e 10 ng digitais⁻¹, foram preparados diluindo a solução intermediária com metanol. O solvente de extração das digitais foi composto por uma mistura de metanol e acetonitrila (8:2, v/v) contendo CBZ-D10, na concentração de 200 ng mL⁻¹. Os calibradores e controles de qualidade foram preparadas a partir da aplicação de 10 µL das soluções de trabalho do analito em lâminas contendo digitais brancas, coletadas pressionando o polegar na lâmina.

2.3. EXTRAÇÃO DAS IMPRESSÕES DIGITAIS DAS LÂMINAS

Com a lâmina na posição horizontal foi pipetado 100 µL da solução de padrão interno da CBZ, o qual foi

desprezado e aspirado em cima da digital cinco vezes. Posteriormente, a lâmina foi inclinada em um eppendorf de 5 mL e, com mais 100 µL de PI, a lâmina foi lavada e o todo o conteúdo desprezado no mesmo eppendorf. As amostras foram evaporadas a 45°C por 20 minutos e retomadas com 200 µL da fase móvel A.

2.4. CONDIÇÕES CROMATOGRÁFICAS

A análise foi realizada em um sistema de Cromatografia Líquida Acoplado a Espectrometria de Massas (CLAE-EM/EM) composto pelo cromatógrafo Acquity I-Class acoplado ao espectrômetro de massas triplo quadrupolo Xevo TQ-S Micro da marca Waters (Milford, Estados Unidos). A separação cromatográfica ocorreu em uma coluna Acquity UPLC® C8 (100 x 2,1 mm, 1,7 µm). As fases móveis foram acetato de amônio 2 mM (A) e acetonitrila contendo 0.01% de ácido fórmico (B). As análises foram realizadas no modo de monitoramento de reações múltiplas (MRM). Para cada composto, foram escolhidas duas transições MRM para quantificação e confirmação de CBZ, após otimização por infusão das soluções de trabalho de cada analito (1 mg mL⁻¹ CBZ e 10 mg mL⁻¹ AV, em metanol).

2.5. SELETIVIDADE

Amostras de impressões digitais de seis voluntários não expostos a carbamazepina foram coletadas. A seletividade adequada foi caracterizada pela ausência de picos apresentando as transições monitoradas nos tempos de retenção dos analitos e padrões internos.

2.6. LINEARIDADE

Os calibradores foram preparados em 8 níveis (de 0,05 a 10 ng digitais⁻¹ e analisados em quintuplicata. A curva de calibração foi desenvolvida relacionando a razão entre a área do pico da CBZ com a área do pico de seu respectivos PI com a concentração nominal de cada calibrador. Uma diferença de até 15% entre a concentração calculada e a concentração nominal foi considerada aceitável. A homocedasticidade dos dados foi avaliada pela realização do teste F com confiança de 95%. O modelo de ajuste ponderal mais adequado foi escolhido com base no menor somatório de erro relativo.

2.7. PRECISÃO E EXATIDÃO

CQB (0,075 ng digitais-1), CQM (0,75 ng digitais-1) e CQA (7,5 ng digitais-1) foram preparados e analisados em triplicata em 5 dias diferentes. Foi utilizada ANOVA de uma via para o cálculo da precisão intra e inter-ensaio, tendo um coeficiente de variação (CV%) máximo de 15% como critério para aceitação. A exatidão foi mensurada pela porcentagem da concentração nominal representada pela concentração calculada com a curva de calibração. Uma variação de $\pm 15\%$ em relação ao valor nominal foi aceita.

2.8. SENSIBILIDADE

Amostras do menor ponto da curva de calibração (0,05 ng digitais-1) foram preparadas em triplicata em 3 dias diferentes e analisadas juntamente com os ensaios de precisão e exatidão. Os critérios para aceitação do limite inferior de quantificação (LIQ) foram exatidão de $100 \pm 20\%$ do valor nominal e um CV% intra e inter-ensaio de no máximo 20%.

3. RESULTADOS

A separação cromatográfica do analito e seu padrão interno foi realizada em uma corrida de 8,0 minutos empregando uma coluna Acquity C8 (100 x 2.1 mm; 1,7 μ m). O tempo de retenção foi de 3,7 minutos para carbamazepina.

O método foi validado tendo como base estudos com metodologias já validados para a análise de outras drogas em impressões digitais como de Ismail (15) e Goucher (18). Os resultados parciais estão sumarizados na tabela 1.

Analito	Amostra de controle	Concentração nominal (ng digital-s)	Precisão (CV %)		Exatidão (%)
			Intra-dias	Inter-dias	
Carbamazepina	CQLIQ_CQB_CQM	0,05 0,075 0,75 7,50	2,16 5,79 3,81	7,50 7,90 4,56	99,11 95,02 102,76
	CQA		3,52	3,58	

Tab. 1: Resultados parciais da validação do método.

A seletividade foi avaliada pelo processamento de seis amostras de impressões digitais que não continham o analito da carbamazepina, com o intuito de avaliar a presença de picos cromatográficos interferentes na identificação e quantificação do analito avaliado neste método.

Não foram encontrados picos cromatográficos do analito estudado em nenhuma das amostras.

A linearidade foi avaliada através do processamento da curva de calibração e dos controles de qualidade em cinco dias diferentes. As curvas de calibração foram ajustadas através de regressão linear, de acordo com a concentração de cada analito. Todas as curvas de calibração apresentaram valores de superiores a 0,99, com todas concentrações retrocalculadas dos calibradores apresentando valores $\pm 15\%$ das concentrações nominais.

A precisão intra-ensaios foi de 3,58 a 7,90%. A precisão inter-ensaios foi de 2,16 a 5,79% para CBZ. A exatidão apresentada pelo método foi de 95,02 a 102,76%. Desta forma, os valores de precisão e exatidão foram considerados aceitáveis para CBZ.

O limite de quantificação foi avaliado através da análise de uma amostra de controle baixo, o ponto mais baixa da curva de calibração. A precisão intra-ensaios no nível do CQLIQ foi de 2,16 % para CBZ, e a precisão inter-ensaios foi de 7,50 %. A exatidão neste mesmo nível de concentração foi de 99,11 para o analito. Tanto a precisão como a exatidão apresentaram valores aceitáveis para a concentração de 0,05 ng digital-1.

A análise do efeito matriz demonstrou que a extração do analito foi suficiente para análise no presente método.

4. DISCUSSÃO

As condições de cromatografia líquida desempenham um papel fundamental na obtenção de separação e ionização rápida e eficaz de componentes. Neste trabalho foi apresentado uma técnica analítica para quantificação de CBZ em impressões digitais.

Para a dosagem de antiepilépticos, a análise por CL-MS/MS é considerada superior aos imunoenaios. Ainda, alguns métodos por cromatografia líquida conseguem quantificar múltiplas drogas, o que é benéfico para o paciente que faz tratamento com politerapia. A CBZ é comumente analisada por ionização positiva (19).

A avaliação da seletividade demonstrou resultado satisfatório, uma vez que, não foram observados picos cromatográficos interferentes na identificação e quantificação do analito avaliado neste método. Além disso, o método se demonstrou linear, em que, todas as curvas de calibração apresentaram

valores de r superiores a 0,99, com todas concentrações recalculadas dos calibradores apresentando valores $\pm 15\%$ das concentrações nominais.

O método se mostrou preciso e exato para a quantificação de CBZ e seu respectivo PI, como pode ser visto pelos resultados sumarizados na tabela 1, os quais não ultrapassaram a variação de $\pm 15\%$ das concentrações nominais dos controles de qualidade analisados. Ainda, tanto a precisão como a exatidão apresentaram valores aceitáveis para a concentração de 0,05 ng digital-1 da CBZ, demonstrando a alta sensibilidade do método para a quantificações do analito.

Para o efeito matriz foram utilizadas impressões digitais de cinco voluntários, número maior que o já encontrado na literatura, quando a maioria dos trabalhos utiliza quatro os menos voluntários para este teste (15). Além disso, como manipulamos muitas substâncias e objetos com as mãos foi necessário de os voluntários lavassem as mãos antes de depositarem suas impressões digitais nas lâminas, esse procedimento também foi adotado em outros estudos de análise desta matriz (15,16). No efeito matriz foi observado uma variação de -2,97 a 2,99 para a concentração do CQA e de -5,20 a -1,50 para o CQB. Portanto, não foi observado significativo efeito matriz que pudessem suprimir ou aumentar o sinal do composto quantificado no método.

Os parâmetros já analisados vêm demonstrando um método sensível, preciso e exato para a quantificação de CBZ. No entanto, alguns parâmetros de grande importância para a validação de um método ainda estão sendo realizados e analisados.

5. CONCLUSÃO

Um método simples, sensível e preciso está em desenvolvimento para a quantificação de CBZ em amostras de impressões digitais depositadas em lâminas de vidro utilizando a CLAE-EM/EM. Ainda é necessário a finalização de sua aplicação clínica para futuros artigos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos MS de A, Ayres LR, Morelo MRS, Marques FA, Pereira LRL. Efficacy and Tolerability of Antiepileptic Drugs in Patients with Focal Epilepsy:

Systematic Review and Network Meta-analyses. *Pharmacotherapy*. 2016;36(12):1255–71. <https://doi.org/10.1002/phar.1855>

2. Ding J, Zhang Y, Jiao Z, Wang Y. The effect of poor compliance on the pharmacokinetics of carbamazepine and its epoxide metabolite using Monte Carlo simulation. *Acta Pharmacol Sin* [Internet]. novembro de 2012;33(11):1431–40. Available at: <https://doi.org/10.1038/aps.2012.135>

3. Zaccara G, Perucca E. Seminar in Epileptology Interactions between antiepileptic drugs , and between antiepileptic drugs and other drugs. 2014;16(4):409–31. <https://doi.org/10.1684/epd.2014.0714>

4. Vucicevic K, Miljkovic B, Velickovic R, Pokrajac M, Mrhar A, Grabnar I. Population pharmacokinetic model of carbamazepine derived from routine therapeutic drug monitoring data. *Ther Drug Monit* [Internet]. dezembro de 2007;29(6):781–8. Available at: [doi: 10.1097/FTD.0b013e31815c15f3](https://doi.org/10.1097/FTD.0b013e31815c15f3)

5. Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW. Epilepsy in adults. *Lancet (London, England)* [Internet]. fevereiro de 2019;393(10172):689–701. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32596-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32596-0)

6. WHO. Epilepsy [Internet]. 2019. p. 1–6. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

7. Neels HM, Sierens AC, Naelaerts K, Scharpé SL, Hatfield GM, Lambert WE. Therapeutic drug monitoring of old and newer anti-epileptic drugs. *Clin Chem Lab Med* [Internet]. 2004;42(11):1228–55. Available at: [10.1515/CCLM.2004.245](https://doi.org/10.1515/CCLM.2004.245)

8. Marino Jr. R, Cukiert A, Pinho E. Aspectos epidemiológicos da epilepsia em São Paulo: um estudo da prevalência. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1986;44(3):243–54. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1986000300004>

9. Costa OL, Brandão EC, Segundo BML. Atualização em epilepsia: revisão de literatura. *Rev Med* [Internet]. 2020;99(2):170–81. Available at: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2p170-181>

10. Noronha ALA, Borges MA, Marques LHN, Zanetta DMT, Fernandes PT, De Boer H, et al. Prevalence and pattern of epilepsy treatment in different socioeconomic classes in Brazil. *Epilepsia*. 2007;48(5):880–5. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2006.00974.x>

11. Moshé SL, Perucca E, Ryvlin P, Tomson T. Epilepsy: new advances. *Lancet* (London, England). março de 2015;385(9971):884–98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60456-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60456-6)
12. Patsalos PN, Spencer EP, Berry DJ. Therapeutic drug monitoring of antiepileptic drugs in epilepsy: A 2018 update [Internet]. Vol. 40, *Therapeutic Drug Monitoring*. 2018. 526–548 p. Available at: doi: 10.1097/FTD.0000000000000546
13. Landmark CJ, Johannessen SI, Patsalos PN. Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology Therapeutic drug monitoring of antiepileptic drugs : current status and future prospects. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* [Internet]. 2020;00(00):1–12. Available at: <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1724956>
14. Goucher E, Kicman A, Smith N, Jickells S. The detection and quantification of lorazepam and its 3-O-glucuronide in fingerprint deposits by LC-MS/MS. *J Sep Sci*. 2009;32(13):2266–72. <https://doi.org/10.1002/jssc.200900097>
15. Ismail M, Stevenson D, Costa C, Webb R, De Puit M, Bailey M. Noninvasive detection of cocaine and heroin use with single fingerprints: Determination of an environmental cutoff. *Clin Chem* [Internet]. 2018;64(6):909–17. Available at: <https://doi.org/10.1373/clinchem.2017.281469>
16. Du Q, Zhang Y, Wang J, Liu B. Simultaneous determination and quantitation of hypolipidemic drugs in fingerprints by UPLC-Q-TRAP/MS. *J Chromatogr B Anal Technol Biomed Life Sci* [Internet]. 2021;1175(September 2020):122496. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jchromb.2020.122496>
17. US-FDA 2018. USFDA, Guidance fo Industry: Bioanalytical method validation [Internet]. US Department of Health and HUman Service, US FDA, Center for Dug Evaluation and Resarch, Silver Spring. 2018. Available at: <https://www.fda.gov/media/70858/download>
18. Goucher E, Kicman A, Smith N, Jickells S. The detection and quantification of lorazepam and its 3-O-glucuronide in fingerprint deposits by LC-MS/MS. *J Sep Sci* [Internet]. julho de 2009;32(13):2266–72. Available at: <https://doi.org/10.1002/jssc.200900097>
19. Qu L, Fan Y, Wang W, Ma K. Desenvolvimento, validação e aplicação clínica de um método online-SPE-LC-HRMS/MS para a quantificação simultânea de fenobarbital, fenitoína, carbamazepina e seu metabólito ativo carbamazepina 10,11-epóxido. *Talanta* [Internet]. 2016; Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.talanta.2016.05.036>

RELAÇÃO ENTRE A PANDEMIA DA COVID-19 E OS RESULTADOS DOS EXAMES DE VIOLÊNCIA SEXUAL – O ANTES E O DURANTE

RELATIONSHIP BETWEEN THE COVID-19 PANDEMIC AND THE RESULTS OF SEXUAL VIOLENCE – BEFORE AND DURING

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL sob o parecer nº 5.775.304/CAAE: 56868722.0.0000.5011, contemplado pela bolsa de pesquisa FAPEAL. A coleta dos dados também teve a anuência da Chefia Especial do IML Estácio de Lima – Maceió/AL. Os autores informam não haver conflitos de interesse

ARTIGO ORIGINAL recebido em 15/04/2023, aceito em 17/07/2023

Como citar: Macedo GTS, Duarte ML. Relação entre a pandemia da COVID-19 e os resultados dos exames de violência sexual – o antes e o durante. *Persp Med Legal Pericia Med.* 2023; 8: e230724
<https://dx.doi.org/10.47005/230724>

Guilherme Tertuliano Silva Macedo ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 7155065533531641 - ID ORCID: 0000-0002-98784901

Maria Luisa Duarte ⁽²⁾

Currículo Lattes: 1797072187529809 - ID ORCID: 0000-0001-9030-2720

⁽¹⁾ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Maceió/AL, Brasil.
(autor principal)

⁽²⁾ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL, Maceió/AL, Brasil.
(orientadora)

e-mail: guipiata@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A violência sexual está arraigada na sociedade e traz diversas consequências que afetam a saúde individual e coletiva. Este crime está ligado às relações interpessoais e ao cotidiano da população, que foram nitidamente modificados durante a pandemia da covid-19. **Objetivos:** Analisar os laudos de violência sexual do arquivo do Instituto Médico Legal Estácio de Lima, e do Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira, ambos em Maceió/AL, correspondentes ao período pré-pandemia (2018 e 2019) e ao período pandêmico (2020 e 2021), buscando uma possível mudança no perfil desse crime. **Material e método:** Trata-se de um estudo documental, epidemiológico, descritivo e analítico, através de amostragem. Foram analisados 2.152 laudos do arquivo do IML Estácio de Lima entre os anos de 2018 a 2021. **Resultados:** Constatou-se que o gênero prevalente foi o feminino, porém houve um aumento do percentual do gênero masculino de 4,38% no período

pandêmico. A faixa etária predominante foi de 11 a 20 anos. Nos anos de 2018, 2019 e 2021 os acusados de cometerem o crime foram, predominantemente, pessoas conhecidas, já em 2021, os familiares representaram a maioria dos agressores. **Discussão:** O perfil dos casos de violência sexual foi alterado notoriamente na pandemia da covid-19, provavelmente devido às medidas de restrições impostas para reduzir a disseminação do vírus na sociedade. **Conclusão:** As atividades humanas, as relações interpessoais e, conseqüentemente, o perfil dos casos de violência sexual, foram nitidamente alterados por conta da pandemia da covid-19.

Palavras-chave: Covid-19; Violência sexual; Perícia médico-legal.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence is rooted in society and has several consequences that affect individual and collective health. This crime is linked to interpersonal relationships and the daily life of the population, which were clearly modified during the covid-19 pandemic. **Objectives:** To analyze the reports of sexual violence in the archives of Instituto Médico Legal Estácio de Lima, and Hospital da Mulher Dr. Nise da Silveira, both in Maceió/AL, corresponding to the pre-pandemic period (2018 and 2019) and the pandemic period (2020 and 2021), seeking a possible change in the profile of this crime. **Material and method:** This is a documentary, epidemiological, descriptive and analytical study, using sampling. A total of 2,152 reports from the IML Estácio de Lima file were analyzed between the years 2018 to 2021. **Results:** It was found that the prevalent gender was female, but there was an increase in the percentage of males of 4.38% in the pandemic period. The predominant age group was 11 to 20 years old. In the years 2018, 2019 and 2021, those accused of committing the crime were predominantly known people, and in 2021, family members represented the majority of the aggressors. **Discussion:** The profile of cases of sexual violence has changed markedly during the covid-19 pandemic, probably due to the restrictive measures imposed to reduce the spread of the virus in society. **Conclusion:** Human activities, interpersonal relationships and, consequently, the profile of cases of sexual violence, were clearly altered due to the covid-19 pandemic.

Keywords: Covid-19; Sexual violence; Medico-legal expertise.

1. INTRODUÇÃO

A violência pode ser praticada de variadas formas, entre essas destaca-se a violência sexual, que é definida como qualquer ação em que um indivíduo, numa relação de poder, utilizando a força física, coerção, intimidação psicológica ou sedução, impõe que a outra pessoa pratique ou se submeta à relação sexual. Tal ato é considerado crime e frequentemente é exercido por familiares (incluindo pai e mãe), conhecidos e desconhecidos (1).

Dessa forma, o modo em que o ato violento tira da vítima a autonomia de gerenciar as suas escolhas, faz com que tal crime possa acarretar diversas consequências em curto, médio ou longo prazo. Atualmente, inúmeros estudos demonstram uma forte relação entre vitimização sexual na infância e na adolescência com diversos efeitos negativos para a saúde física e mental do indivíduo. Dentre esses, destaca-se depressão, uso de drogas, maior vulnerabilidade à distúrbios psicossociais, gravidez

indesejada, depressão, suicídio e probabilidade de contaminação por infecções (doenças) sexualmente transmissíveis, evidenciando ainda mais a grave problemática que o delito sexual causa na sociedade (2).

Entre os tipos de violência sexual corriqueiros na sociedade, destaca-se o estupro. Conforme o artigo 213 do Código Penal Brasileiro, esse é definido por “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. E de acordo ao seu artigo 217-A, o estupro de vulnerável refere-se a “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos, com ou sem consentimento, ou com pessoas que, por enfermidade ou deficiência mental, não possuem o discernimento necessário para a prática do ato, bem como, por qualquer outra razão, não possa oferecer resistência.” (3). O ato libidinoso se refere a um ato de imoralidade que

tenha por objetivo a satisfação sexual, já o termo conjunção carnal refere-se à penetração do pênis na vagina, total ou parcialmente, podendo ocorrer ou não a ejaculação (4). A partir do ano de 2009, com a reformulação da lei nº 12.015, o tipo penal começou a ser utilizado também em prol do sexo masculino. Entretanto, a literatura demonstra que as mulheres são frequentemente mais afetadas por tal delito (5).

O órgão competente e oficial responsável, no Brasil, por emitir o laudo médico-legal em casos de crimes sexuais, com o objetivo de auxiliar nas investigações, é o Instituto Médico-Legal ou também nominado Departamento Médico-Legal em algumas localidades, que em sua maioria são subordinados às Secretarias de Segurança Pública. Dessa forma, a perícia sexológica tem importância fundamental e grande valor probatório para as decisões judiciais, evitando que muitos casos sejam prejudicados por ausência de evidências materiais (5)(6).

Além disso, é notório que a área da saúde pública vem, cada vez mais, desempenhando de forma positiva um papel fundamental no processo de prevenção desse tipo de crime, visando promover um maior acolhimento a essas vítimas (5). Como exemplo de tal fato, destaca-se a atuação da Rede de Atenção às Vítimas de Violência Sexual (RAVVS), que no nosso Estado opera no Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira (HM), a qual teve início no mês de outubro de 2019, com a inauguração do referido hospital, tendo como objetivo promover o enfrentamento e a atenção integral e humanizada às vítimas de violência sexual. A RAVVS conta com uma equipe composta por assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, ginecologistas e obstetras, pediatras, médicos peritos e policiais civis (7). Dessa forma, esta rede vem desempenhando um papel fundamental no estado de Alagoas no tocante ao acolhimento, prevenção e promoção de saúde das vítimas de violência sexual.

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a covid-19 como uma pandemia, sendo registradas em mais de 180 países, e mediante ao grande avanço da doença, as autoridades governamentais adotaram diversas estratégias com o objetivo de reduzir a contaminação, entre elas o isolamento social (8). Nesse sentido, uma revisão sistemática da literatura

abordando o agravamento dos casos de violência sexual durante a pandemia de covid-19 no Brasil, aponta que tais medidas restritivas acarretou em um aumento na vulnerabilidade das vítimas, principalmente crianças e adolescentes, as quais se mantiveram afastadas de agentes de sua principal rede de apoio, as escolas. Isto deve-se ao fato de o ambiente escolar facilitar a identificação, por meio dos profissionais da educação, de mudanças no comportamento, lesões ou outros sinais de violência sexual, além de prevenir tal crime conscientizando os alunos a respeito do tema no decorrer da trajetória educacional (9).

Pantoja et al. (2022) apontou que dentre as vítimas da faixa etária entre 0 a 9 anos, as meninas representam 77%, já em relação às vítimas entre 10 a 19 anos o sexo feminino corresponde a 91% dos casos registrados. Além disso, os dados da pesquisa inferem que quanto mais velha a vítima, a chance de ela ser do sexo feminino é maior. Em relação aos autores dos crimes, o estudo afirma que 85,2% eram conhecidos das vítimas, incluindo parentes e vizinhos (9).

Nesse sentido, nossa pesquisa teve o objetivo de analisar os laudos das perícias de violência sexual realizados do Instituto Médico Legal Estácio de Lima e do Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira, ambos em Maceió/AL correspondentes ao período pré-pandemia (2018 e 2019) e ao período pandêmico (2020 e 2021). Dessa forma, a avaliação qualitativa e quantitativa através de amostragem das perícias de violência sexual, almejou contribuir com a construção de indicadores de desempenho dos serviços de assistência às vítimas de violência sexual do Estado e auxiliar no direcionamento de políticas públicas com o intuito de prevenção desse tipo de crime tão corriqueiro e horrendo na sociedade.

2. MATERIAL E MÉTODO

Tratou-se de um estudo documental, epidemiológico, descritivo e analítico, utilizando amostragem. Os dados foram coletados por meio de informações constantes nos laudos do arquivo do Instituto Médico Legal Estácio de Lima e também das perícias sexológicas realizadas no Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira ambos em Maceió, referente ao período de 1º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021.

A quantidade total dos laudos correspondentes aos

quatro anos que foram propostos para a análise foi 25.287. Esse número corresponde à quantidade total dos laudos de lesão corporal, uma vez que os de violência sexual são arquivados entre os mesmos, ressaltando que no arquivo do IML Estácio de Lima esses dois tipos de laudos são armazenados juntos. Entretanto, o tempo programado para o início e a conclusão da pesquisa seria insuficiente para analisar tal quantidade. Portanto, tornou-se necessário a utilização da amostragem, com o intuito de garantir uma parte representativa do levantamento pesquisado, tendo validade para representar a quantidade total.

A amostra em questão foi definida através de uma calculadora virtual presente no site <https://www.aquare.la/o-que-e-amostragem/>. Tal ferramenta contém as seguintes variáveis para serem preenchidas: tamanho da população, grau de confiança (%) e margem de erro (%), retornando o tamanho da amostra. Para o cálculo foram utilizados os valores de 25.287 para o tamanho da população, 95% para o grau de confiança e 2% para margem de erro. O valor encontrado foi de 2.208, o qual dividido pelo número de meses em 4 anos (48), resultou em um total de 46 laudos para serem analisados por mês.

Entretanto, em alguns meses não foram encontrados 46 laudos específicos de perícia sexológica no arquivo do IML, mesmo somados aos do Hospital da Mulher, derivando para um total de 2.152 laudos analisados. Ou seja: de um total de 25.287 da população dos quatro anos que resultou em 2.208 como amostra, os resultados da pesquisa tiveram que se basear no número de 2.152 laudos. O processo de coleta de dados foi realizado baseando-se em um protocolo elaborado para esta pesquisa contendo as seguintes variáveis: faixa etária, gênero, cidade de residência, acusados de praticarem o crime, se houve ou não delito constatado na perícia, tipo de ato libidinoso, se houve ou não agressão física, instrumento ou meio que causou a lesão, se houve ou não consequência relacionada ao artigo 129 do código penal, se houve ou não resposta qualificadora e classificação da resposta qualificadora (nos casos em que houver). Os laudos foram escolhidos de acordo com a ordem em que as perícias foram realizadas no mês da análise. Além disso, o protocolo supracitado foi organizado em uma tabela, na qual as colunas

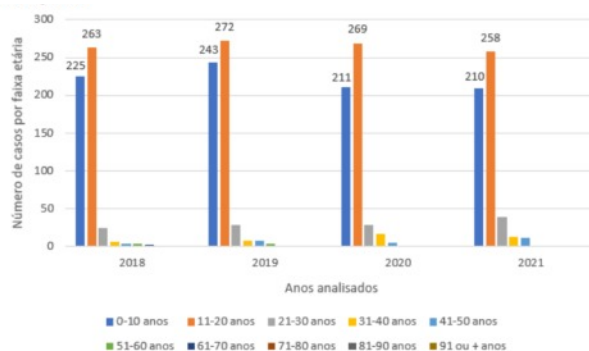
continham as variáveis analisadas e as linhas apresentavam os dados encontrados em cada exame pericial, sendo, posteriormente, confrontados com a literatura existente.

Os autores informam a inexistência de conflitos de interesse.

3. RESULTADOS

Foram analisados 2.152 laudos de exames periciais de sexologia forense, correspondente aos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021 no arquivo do Instituto Médico Legal Estácio de Lima, sendo que 1.555 laudos (72,26%) correspondem a exames feitos no próprio IML e 597 laudos (27,74%) são de exames realizados no Hospital da Mulher Dra. Nise da Silveira.

Referente à faixa etária das vítimas (crianças, adolescentes e adultos), constatou-se uma prevalência de casos da faixa etária entre 11 e 20 anos em todos os anos, sendo que tal faixa etária estava presente em 263 (49,91%) dos casos em 2018; 272 (48,48%) em 2019; 269 (50,56%) em 2020 e 258 (48,50%) em 2021. Além disso, observamos que a segunda faixa etária mais prevalente foi entre 0 e 10 anos de idade (crianças) em todos os anos analisados. Os valores correspondentes a cada faixa etária estão expostos no gráfico 1.



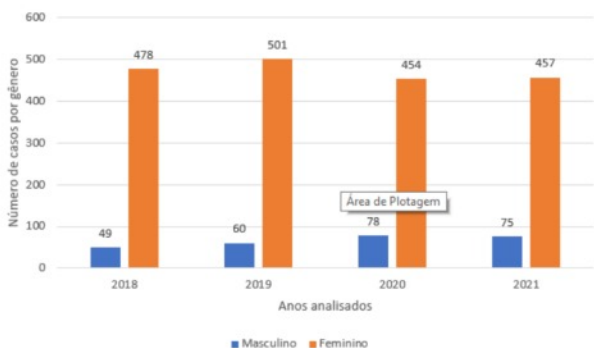
Graf. 1: Faixas etárias nos anos analisados.

Fonte: Arquivo do IML Estácio de Lima – Maceió/AL. Laudos de perícia de sexologia no período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021.

Nesse sentido, a média dos casos com vítimas na faixa etária entre 11-20 anos no período pré-pandemia (2018/2019) foi de 49,20%, representando 535 casos, comparado a 527 (49,53%) no período pandêmico (2020/2021), não havendo mudanças significativas na prevalência

dessa faixa etária.

Em relação ao sexo das vítimas, observou-se que o feminino foi o mais prevalente em todos os anos, com uma percentagem bem maior em relação ao sexo masculino, variando de 478 (90,70%) em 2018 e 501 (89,30%) em 2019, para 454 (85,34%) em 2020 e 457 (85,90%) em 2021. Dessa forma, conseqüentemente, foi possível constatar um leve aumento do percentual de vítimas do sexo masculino no período pandêmico (2020 e 2021) em relação ao período pré-pandemia (2018 e 2019). Variando de 49 (9,30%) em 2018 e 60 (10,70%) em 2019, para 78 (14,66%) em 2020 e 75 (14,10%) em 2021. Estes valores estão expostos no gráfico 2.



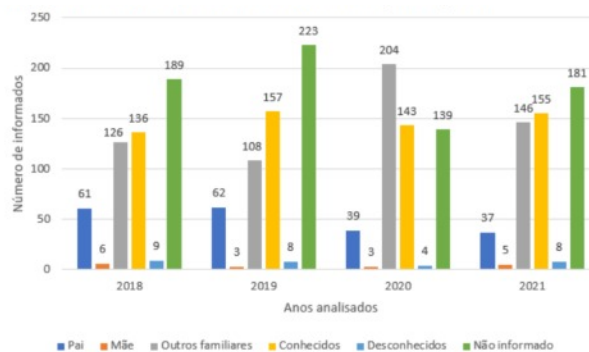
Graf. 2: Sexo nos anos analisados.

Fonte: Arquivo do IML Estácio de Lima – Maceió/AL. Laudos de perícia de sexologia no período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021.

Quanto à cidade de residência das vítimas analisadas, foi possível inferir que a capital Maceió/AL foi a cidade de maior prevalência em todos os anos, em relação a outros municípios, com uma percentagem de 52,18% em 2018; 44,56% em 2019; 48,30% em 2020 e 40,03% em 2021. Nesse sentido, a predominância média de vítimas residentes em Maceió/AL no período pré-pandemia (2018 e 2019) foi de 48,37% e no período pandêmico (2020 e 2021) representou 44,17%, demonstrando uma queda de 4,2% nesse percentual.

Em relação aos informados de efetuarem a agressão, constatou-se, através do histórico contido nos laudos periciais, que as pessoas conhecidas foram prevalentes como agressores nos anos de 2018, com 136 casos (25,80%), 2019 com 157 (27,99%) e 2021, representando 155 casos

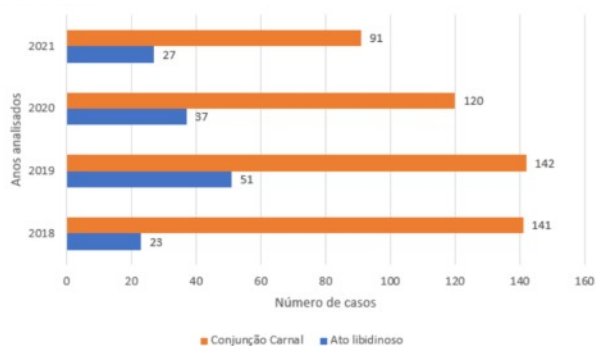
(29,14%). No entanto, em 2020, no primeiro ano da pandemia, os familiares (exceto pai e mãe) corresponderam à maior porcentagem de acusados, em um total de 204 casos, representando 38,35% dos laudos analisados. É importante ressaltar que houve um alto número de casos em que os agressores não foram relatados nos laudos periciais, correspondendo, na média dos 4 anos, a 34,01% do total. Tais valores estão expostos no gráfico 3.



Graf. 3: Informados de cometerem o crime nos anos analisados.

Fonte: Arquivo do IML Estácio de Lima – Maceió/AL. Laudos de perícia de sexologia no período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021.

Em relação aos exames periciais analisados em que ocorreu delito sexual constatado na perícia, observou-se que estes representaram 164 (31,12%) em 2018; 193 (34,40%) em 2019; 157 (29,51%) em 2020 e 118 (22,18%) em 2021, variando de uma média de 32,76% antes da pandemia (2018 e 2019), para 25,85% no período pandêmico (2020 e 2021). Nestes casos, a pesquisa demonstrou que a ocorrência de conjunção carnal foi mais prevalente em relação aos outros tipos de delitos peculiares aos atos libidinosos em todos os anos, representando 141 casos (85,98%) em 2018; 142 (73,58%) em 2019; 120 (76,43%) em 2020 e 91 (77,12%) em 2021. Em vista disso, a média de casos em que o delito predominante foi a conjunção carnal no período pré-pandemia (2018 e 2019) foi de 79,78%, com o total de 283 casos, enquanto no período pandêmico (2020 e 2021) representou 211 (76,78%), demonstrando uma leve diminuição (3%) do percentual no período pandêmico. A apresentação desses dados consta no gráfico 4.



Graf. 4: Tipo de delito (conjunção carnal ou ato libidinoso) nos anos analisados.

Fonte: Arquivo do IML Estácio de Lima – Maceió/AL. Laudos de perícia de sexologia no período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021.

Além disso, constatou-se uma baixa taxa de violência física associada à violência sexual nos exames periciais analisados. A agressão física foi verificada em 53 (10,06%) dos casos em 2018; 71 (12,66%) em 2019; 70 (13,16%) em 2020 e 65 (12,22%) em 2021. Dessa forma, infere-se que houve um discreto aumento desses casos no período pandêmico, representando 135 (12,69%) dos laudos analisados, em relação ao período pré-pandemia, que totalizou 124 (11,36%) dos casos. Os números de casos associados à agressão física estão expostos na tabela 1.

Agressão física	2018	2019	2020	2021
Sim	53	71	70	65
Não	441	454	441	453
Não informado	33	36	21	14

Tab. 1: Presença de agressão física associada ao delito sexual nos anos analisados.

Fonte: Arquivo do IML Estácio de Lima – Maceió/AL. Laudos de perícia de sexologia no período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021.

Quanto ao tipo de energia que causou a agressão, constatou-se que a energia de ordem mecânica foi a mais prevalente nos quatro anos analisados, correspondendo a 88,68% em 2018; 88,73% em 2019; 92,86% em 2020 e 89,23% em 2021. Em relação ao instrumento ou meio causador da agressão, a pesquisa concluiu que a lesão por ação contundente foi a mais frequente, representando 77,35% em 2018; 83,10% em 2019; 85,71% em 2020

e 89,23% em 2021.

Na análise dos laudos, relacionada aos casos em que houve consequências ao artigo 129 do Código Penal Brasileiro, que acena às gravidades e sequelas da lesão, os resultados corresponderam a 1,14% em 2018; 0,53% em 2019; 0,94% em 2020, e 0,75% em 2021. Entretanto, a pesquisa não especificou a gravidade das lesões, devido à falta dessa informação na maioria dos laudos de sexologia analisados. Portanto, os percentuais supracitados referem-se aos casos em que houve lesão corporal e a resposta afirmativa ao segundo (2º – Se há vestígios de violência, e, no caso afirmativo, qual o meio empregado;) e terceiro (3º – Se da violência resultou para a vítima incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente ou aborto – em caso positivo especificar) quesitos dos laudos, sem particularizar sobre a avaliação dos resultados.

4. DISCUSSÃO

A pandemia da covid-19 teve o seu início decretado oficialmente no dia 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde. As autoridades governamentais de diversos países agiram rapidamente no intuito de conter o contágio do vírus, até então desconhecido e de alta periculosidade. Devido a sua alta taxa de transmissão, as projeções de estudos científicos apontavam para o desencadeamento da contaminação de um contingente significativo de pessoas em poucos meses e uma onda crescente de óbitos. Diante disso, medidas como o implemento da ação sanitária e restrição da circulação de pessoas, por meio de decretos, foram instauradas com o intuito de frear a contaminação do vírus SARS-CoV-2.

Nesse sentido, Melo et al. (2020) esclarece que durante a pandemia houve uma elevação nos índices de violência sexual contra crianças e adolescentes, em virtude do confinamento domiciliar e do aumento da vulnerabilidade social. Isso ocorreu em razão da necessidade de afastamento de crianças e adolescentes das escolas

e de locais extrafamiliares no período de isolamento (10).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foi um marco para a consolidação do cuidado e proteção com os indivíduos menores de idade, garantindo-lhes direitos inerentes à sua condição social e previstos inicialmente pela Constituição Federal de 1988. O estatuto aborda prerrogativas inquestionavelmente importantes no combate à violência sexual infantil. No seu artigo 5º observa-se o intuito de preservar a integridade física e mental, expondo a seguinte atribuição: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (11)(12).

No entanto, infelizmente, muitas dessas prerrogativas propostas pelo ECA foram transgredidas de forma ainda mais incidente durante a pandemia da covid-19. Em razão do estímulo ao isolamento social, o convívio doméstico passou a centralizar as relações interpessoais no contexto da quarentena e, com isso, casos de violência sexual surgiram como uma consequência iminente. Diante disso, a violação da intimidade de indivíduos, especialmente dos menores de idade, atestou um momento de crise dos direitos das crianças e adolescentes.

Além disso, um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), mostra que o não comparecimento de crianças e adolescentes ao ambiente escolar eleva o risco de experiências de maus tratos em 4 a 10 vezes e no caso da violência sexual, 1,5 vezes, todas elas no espaço doméstico (13).

Uma coleta de dados realizada no ano de 2020 pela Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDDH), popularmente conhecido como: Disque 100, revelou que houve nesse mesmo ano um total de 23.351 denúncias de violência sexual em casos como estupro, assédio e exploração sexual. Esses dados apontam um aumento de 23,4% em relação aos 18.911 registros de 2019 (14).

Ao analisar a faixa etária das vítimas de violência sexual, Kataguirí et al. (2019) expõe em seu estudo pré-pandêmico a prevalência de indivíduos com idade entre 10-19 anos, corroborando os dados do presente trabalho, que relatou majoritariamente

vítimas com idade entre 11-20 anos, demonstrando uma alta prevalência de crianças e adolescentes (15). Nos anos de 2018 e 2019 (pré-pandemia) as vítimas dessa faixa etária correspondiam a uma média de 49,20% e em 2020 e 2021 (período pandêmico) representou 49,53%. Cabe salientar, inclusive, o contingente expressivo de vítimas com idade entre 0-10 anos, sendo a segunda maior faixa etária em todos os anos analisados na pesquisa.

Andrea Smith em seu artigo “a violência sexual como ferramenta de genocídio” disserta que a construção patriarcal histórica nas relações de poder no Brasil, emite reflexos na prevalência massiva das mulheres como vítimas da violência sexual no país (16). Batista et al. (2018) relata no seu estudo que o perfil de vítimas dos casos de violência sexual indica maioria do sexo feminino, correspondendo a 82,5% das notificações (17). Isso vai de acordo com os dados deste trabalho que também apontam o predomínio do gênero feminino nos laudos periciais, tanto no período pré-pandemia (2018 e 2019) com uma média anual de 90,01%, quanto no período pandêmico (2020 e 2021) com média anual de 85,63%.

No que tange às cidades que residem as vítimas de violência sexual, em um estudo realizado no próprio Instituto Médico Legal Estácio de Lima, Carvalho et al. (2020) apontou a predominância de vítimas que residem na capital alagoana, as quais representaram 48% do número de casos periciados (18). Os dados do presente trabalho alinham-se a esse padrão, visto que Maceió/AL permaneceu sendo o município de residência da maior parte das vítimas, representando médias anuais de 48,37% das perícias analisadas no período pré-pandemia (2018 e 2019) e 45,87% no período pandêmico (2020 e 2021). Além disso, dos 102 municípios alagoanos, o IML Estácio de Lima abrange, na responsabilidade das perícias, 46 municípios, sendo os outros 56 municípios do Estado cobertos pelo IML Edvaldo Castro Alves, localizado na cidade de Arapiraca/AL.

Sobre os dados referentes ao agressor, tornou-se nítido que, em alguns casos, o período de isolamento fez do ambiente familiar um lugar mais propício à violência sexual. Fukumoto et al. (2011) realizou um estudo para avaliar o perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos pelo serviço de Pediatria

da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB). O perfil dos agressores e suas relações sociais com as vítimas mostraram que a maioria dos infratores, 33,42%, enquadram-se como conhecidos da vítima (19). Um padrão estatístico similar foi encontrado na presente pesquisa quando se analisou os anos anteriores à pandemia, dado que o grupo constituído pelos conhecidos também representava a maioria dos agressores. No ano de 2018 eles correspondiam a 25,81% dos agressores e em 2019 a 27,99%. No entanto, a fase em que ocorreu o maior isolamento social da população devido ao crescimento exponencial do contágio do vírus foi no ano de 2020, no qual observou-se um padrão atípico no perfil de agressores sexuais. Este foi o ano em que os familiares (exceto pai e mãe) representaram a maioria dos agressores.

A análise realizada é um atestado de que o confinamento oriundo da pandemia aumentou a vulnerabilidade das vítimas de violência sexual no ambiente familiar. No ano seguinte, em 2021, a pandemia teve continuidade e o grupo de conhecidos voltou a exercer maioria entre os infratores com presença em cerca de 29,14% dos casos. Todavia, é importante esclarecer que os familiares, estiveram também próximos a esse percentual, com cerca de 27,44% dos casos. Além disso, houve uma quantidade expressiva de casos em que esses infratores não foram relatados e identificados nos laudos periciais. No ano de 2018, por exemplo, o número de agressores não relatados representou 35,86% dos casos totais e nos anos seguintes esse fenômeno se repetiu, predominando com 39,75% em 2019; 26,13% em 2020 e 34,02% em 2021.

Francioli et al. (2018) em um trabalho a respeito do perfil epidemiológico da violência sexual em crianças e adolescentes da região metropolitana de Maringá-PR, revelou, através da análise de laudos periciais, que o delito sexual foi constatado na perícia em 50% do total de pessoas examinadas (20). A comparação deste estudo com a presente pesquisa evidencia uma divergência do percentual dos casos em que houve confirmação de delito, visto que no período pré-pandemia entre 2018 e 2019 estabeleceu-se uma média anual de 32,77% de comprovação enquanto que nos anos de pandemia, entre 2020 e 2021, observou-se uma diminuição nessa mesma taxa média, reduzindo as

comprovações a 25,85% dos casos.

Ainda no mesmo estudo, Francioli et al. (2018) analisa os casos de violência sexual, observando a ocorrência dos tipos de ato libidinoso. Os dados indicam que em 54% das situações houve a conjunção carnal – penetração do pênis na vagina, total ou parcial, podendo ocorrer ou não a ejaculação. Os demais casos foram caracterizados como outro tipo de ato libidinoso (20)(13). Em relação ao presente estudo observou-se resultados distintos, visto que nos anos anteriores à pandemia, 2018 e 2019, predominou a conjunção carnal, que foi constatada em uma média anual de 79,78% dos casos em que houve delito e durante os anos da pandemia, 2020 e 2021, essa média anual foi de 76,78%.

A respeito da existência de agressão física durante o ato de violência sexual, Carvalho et al. (2020) destacou que essa situação esteve presente em 19,6% dos casos analisados (9). Em comparação com a presente pesquisa, observa-se que, de acordo com os dados coletados, o percentual foi menor em todos os anos analisados. Assim, durante os anos de 2018 e 2019 foram relatados casos com agressão física associada em 10,06% e 12,66% respectivamente. Já nos anos de 2020 e 2021 esse crime esteve representado respectivamente em 13,16% e 12,21% dos casos.

De acordo com o Capítulo II do Título I do Código Penal, descrito no caput do artigo 129, o crime de lesão corporal é definido como: “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem” (21). Nesse sentido, as lesões podem ser classificadas de acordo com os incisos do referido artigo, avaliando se resultou para a vítima: incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função ou aceleração de parto, nesses casos elas são classificadas como lesões graves. Por outro lado, se resultou para a vítima: incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente ou aborto, elas são classificadas como lesões gravíssimas. No entanto, devido à falta dessas informações na maioria dos laudos de sexologia, o trabalho não especificou a gravidade dessas lesões, sendo os resultados encontrados referentes aos casos em que houve lesão corporal e as respostas ao segundo

e terceiro quesitos dos laudos foram afirmativas, as quais corresponderam neste trabalho a 1,14% dos casos em 2018; 0,53% em 2019; 0,94% em 2020, e 0,75% em 2021, não havendo variações significativas entre o período pré-pandemia e o período pandêmico.

5. CONCLUSÃO

Diante dos resultados supracitados neste trabalho, da discussão desenvolvida e do confronto com a literatura existente, é notório que houve mudanças em alguns aspectos no que tange à violência sexual no período pandêmico, e que em outros tópicos não foram identificadas alterações significativas. A faixa etária entre 11-20 anos continuou sendo a mais predominante, associado a uma alta prevalência de vítimas do sexo feminino. A cidade de residência predominante das vítimas foi a capital Maceió/AL em todos os anos analisados, no entanto houve uma redução desse percentual no período pandêmico, quando comparado a outros municípios. Os acusados de cometerem a violência sexual no primeiro ano da pandemia (2020) passaram a ser, predominantemente, os familiares e nos outros anos analisados, as pessoas conhecidas representavam um maior percentual. Tal fato tem provável relação com o maior isolamento social, principalmente nesse ano de 2020, no qual grande parte da população manteve contato presencial apenas com familiares.

Além disso, durante a pandemia, ocorreu um aumento de casos em que o delito sexual não foi constatado na perícia. Em todos os anos analisados a conjunção carnal foi o tipo de delito mais frequente, no entanto no período pandêmico foi identificado uma leve queda no seu percentual em relação a outros atos libidinosos. Foi constatada uma baixa taxa de violência física associada à violência sexual, o que não se alterou significativamente com a pandemia da covid-19. Dentre estes casos em que houve agressão associada, a energia de ordem mecânica foi a mais predominante como causadora da lesão corporal e o instrumento mais frequente foi de ação contundente, não havendo alterações significativas nesse sentido. Os casos em que houve consequências relacionadas ao artigo 129 do Código Penal (identificados nos laudos pelas respostas afirmativas ao segundo e terceiro quesitos)

representaram uma porcentagem muito baixa, tanto no período pré-pandemia, quanto no período pandêmico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da covid-19 foi um desafio de dimensão mundial que alterou significativamente o cotidiano da população, sendo que tais mudanças refletiram de modo notório em vários âmbitos sociais. No que tange à violência sexual, essas modificações estão presentes ao analisar o perfil desse tipo de crime fortemente arraigado na sociedade.

Nesta pesquisa realizada por amostragem nos quatro anos, evidenciou que os agressores mais frequentes durante o primeiro ano pandêmico, passaram a ser os familiares das vítimas, por consequência provável das medidas de restrições impostas na época para combater o avanço da contaminação do vírus da covid-19.

Publicações similares são de fundamental importância para serem comparadas com os resultados e as conclusões obtidas no presente trabalho.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Labronici LM, Fegadoli D, Correa MEC. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [Online]; 2010; 44(2): p. 401-406. [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em [https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NkQBBmVmkJhsBJg3jF3ssvQ/?lang=pt#:~:text=Entre%20as%20diversas%20formas%20de,%C3%A0%20rela%C3%A7%C3%A3o%20sexual\(2\).](https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NkQBBmVmkJhsBJg3jF3ssvQ/?lang=pt#:~:text=Entre%20as%20diversas%20formas%20de,%C3%A0%20rela%C3%A7%C3%A3o%20sexual(2).)
2. Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Silva JM, Araújo MV. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e ou adolescência. *Psicologia e Sociedade*. [Online]; 2013; 25(1): p. 90-102. [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em <https://www.scielo.br/j/psoc/a/KFZQzdpY5Y48BrRfjNj3BCP/?lang=pt#:~:text=A%20literatura%20aponta%20que%20a,%2C%20cognitiva%20e%20emocional.>
3. BRASIL. Decreto-lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 1940. [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/del2848compilado.htm
4. Leme C. *Medicina Legal Prática compreensível*. 2.ed. Barra do Garças-MT: Editora Espaço Acadêmico; 2020.

5. Queiroz KL, Vasconcelos AKCC, Ramos AML, Freire PF, Rodrigues VSS, Oliveira LQ. A perícia médico-legal e os achados sugestivos de violência sexual contra a mulher. *Anais da Faculdade de Medicina de Olinda*. [Online]; 2020; 5(2): p. 31-35. [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em <https://afmo.emnuvens.com.br/afmo/article/view/128>
6. França GV. *Medicina legal*. 11. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan 2017.
7. Alagoas. Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas. Atenção as vítimas de violência sexual. [Online]; 2022. [acesso em 7 fev 2022]. Disponível em <https://www.saude.al.gov.br/violencia-sexual/>
8. Pereira MD, Oliveira LC, Costa CFT, Bezerra CMO, Pereira MD, Santos CKA, Dantas EHM. A pandemia de covid-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. [Online]; 2023; 9(7): p.1-35. [acesso em 9 fev 2023]. Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/493/version/752>
9. Pantoja JC, Gomes KC, Canale LMM, Leite MGHSJ, Lima AC, Bellorio CMSH. Agravamento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: Uma revisão sistemática de literatura. *Research, Society and Development*. [Online]; 2022; 11(14): p. 1-9. [acesso em 5 fev 2023]. Disponível em <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36316>
10. Melo BD. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID19: violência doméstica e familiar na COVID-19. *Fiocruz*. [Online]; 2020. [acesso em 12 fev 2023]. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41121>
11. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Online]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 1990. [acesso em 27 jan. 2020]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
12. Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil* [Online]. Brasília: Senado Federal. 1988. [acesso em 18 fev. 2020]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
13. United Nations. *Disability and development report*. 2018. [acesso em 04 fev 2023]. Disponível em <https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>
14. Granatta APOR. Abuso sexual infantil no ambiente intrafamiliar: vítimas ocultas durante a pandemia de Covid-19. *Faculdade de direito da Universidade São Judas Tadeu*. [Online]; 2022. [acesso em 1 fev 2023]. Disponível em <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/29265>
15. Kataguirí LG, Scatena LM, Rodrigues LR, Castro SS. Caracterização da violência sexual em um estado da região sudeste do Brasil. *Texto Contexto Enfermagem*. [Online]; 2019; 3(20180183): p.1-17. [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100373&script=sci_arttext&lng=pt
16. Smith A. A violência sexual como ferramenta de genocídio. *Revista Espaço Ameríndio*. [Online] Porto Alegre; 2014; 8(1): p. 195-230. [acesso em 29 jan 2023]. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/index.php/EspacoAmerindio/article/view/47357>
17. Batista VC et al. Perfil das notificações sobre violência sexual. *Revista de enfermagem da UFPE*. [Online]; 2018; 12(5): p.1372-80. [acesso em 28 jan 2023]. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234546/29057>
18. Carvalho AA, Carneiro APC, Duarte ML. Análise das perícias de sexologia criminal em crianças e adolescentes no IML Estácio de Lima. *Revista oficial da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica*. [Online]; 2020; 5(2) p.1-17. [acesso em 03 fev 2023]. Disponível em <https://www.perspectivas.med.br/en/2020/09/analysis-of-criminal-sexology-reports-in-children-and-adolescents-at-estacio-de-lima-legal-medical-institute-of-maceio-brazil-in-2016/>
19. Fukumoto AECG, Corvino JM, Neto JO. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Revista Ciência em Extensão*. [Online]; 2011; 7(2) p.71-83. [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/475/611
20. Francioli AVS, Neves LVF, Santos JVC, Souza LG, Miguel ERA. Violência sexual na criança e no adolescente: perfil epidemiológico de região metropolitana de Maringá-PR. *Revista Científica Ágape*. [Online]; 2018; 1(1) p.1-9. [acesso em 03 fev 2023]. Disponível em [https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/healtheduc/article/download/64440/751375154560/#:~:text=A%20v%C3%ADtimas%20tiveram%20proced%C3%Aancia%20de,7%20\(6%2C4%25\)%20casos](https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/healtheduc/article/download/64440/751375154560/#:~:text=A%20v%C3%ADtimas%20tiveram%20proced%C3%Aancia%20de,7%20(6%2C4%25)%20casos)
21. Zerbini T, Zerbini T, Cintra RB. O exame de corpo de delito ad cautelam. *Saúde, Ética & Justiça*. [Online] 2016; 21(1):38-42. [Acesso em 11 set 2022]. Disponível em <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v21i1p38-42>

INCAPACIDADE PARA O TRABALHO POR TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO NO INSS: UMA ANÁLISE TEMPORAL

INCAPACITY FOR WORK DUE TO MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN BRAZILIAN SOCIAL SECURITY:
A TEMPORAL ANALYSIS

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO DE REVISÃO recebido em 14/04/2023, aceito em 27/06/2023

Como citar: Sá BVS, Gomes RS, Dantas RAA. Incapacidade para o trabalho por transtornos mentais e do comportamento no INSS: uma análise temporal. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230623
<https://dx.doi.org/10.47005/230623>

Brunna Victória dos Santos Sá ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 5785728663429219 - ID Orcid: 0000-0001-8046-9797

Rebeca Soares Gomes ⁽²⁾

Currículo Lattes: 9376821486348645 - ID Orcid: 0000-0001-7294-7349

Rosa Amélia Andrade Dantas ⁽³⁾

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

⁽¹⁾ Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Medicina, Aracaju-SE, Brasil. (autora principal)

⁽²⁾ Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Medicina, Aracaju-SE, Brasil. (coautora)

⁽³⁾ Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Medicina, Aracaju-SE, Brasil. (orientadora)

e-mail: brunnavssa@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais prejudicam a cognição, regulação emocional e comportamento do indivíduo e geralmente estão associados a sofrimento e prejuízo em áreas importantes como a vida social, familiar e trabalhista, além de afetar a autocrítica, a capacidade de tolerar problemas e o prazer pela vida. De acordo com o Global Burden of Disease, eles são a segunda causa de anos vividos com incapacidade no mundo. No Brasil são a terceira maior causa de afastamentos laborais. **Material e método:** Estudo transversal com dados secundários provenientes do Anuário da Previdência Social, no período de 2006 a 2021. Foram coletados e analisados dados de auxílios previdenciários concedidos por incapacidade temporária segundo os códigos do CID-10 F00-F99, Z73 e X60-84. **Resultados:** Entre 2006 e 2021, o total de afastamentos por esses transtornos no Brasil foi de 3.286.107. Dentre as causas relacionadas ao trabalho, em primeiro lugar, em todos os anos, estiveram os episódios depressivos. Durante a pandemia de COVID-19

as reações ao stress grave e transtorno de adaptação retornaram à quinta posição, o que não acontecia desde 2007. Houve aumento de 34,44% no número de afastamentos de 2019 a 2020 e queda de 38,21% de 2020 a 2021. Discussão: O objetivo deste estudo foi analisar a evolução temporal da concessão de benefícios auxílio-doença classificados como decorrentes de transtornos mentais e do comportamento. Conclusão: É necessário estudar a distribuição desses afastamentos para verificar as razões que levam ao adoecimento e afastamento do trabalho.

Palavras-chave: estatísticas de sequelas e incapacidade, licença médica, transtornos mentais, previdência social, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders impair the individual's cognition, emotional regulation and behavior and are generally associated with suffering and impairment in important areas such as social, family and work life, in addition to affecting self-criticism, the ability to tolerate problems and pleasure in life. According to the Global Burden of Disease, they are the second leading cause of living with disability in the world. In Brazil, they are the third leading cause of absence from work. **Material and methods:** Cross-sectional study with secondary data from the Social Security Yearbook, from 2006 to 2021. Data on social security benefits granted due to temporary disability were collected and analyzed according to the ICD codes 10 F00-F99, Z73 and X60-84. **Result:** Between 2006 and 2021, the total number of absences due to these disorders in Brazil was 3 286 107. Among the causes related to work, in first place, in all years, were depressive episodes. During the COVID-19 pandemic, reactions to severe stress and adjustment disorder returned to fifth position, which had not happened since 2007. There was an increase of 34,44% in the number of leaves from 2019 to 2020 and a decrease of 38,21% from 2020 to 2021. **Discussion:** The objective of this study was to analyze the temporal evolution of granting sickness benefits classified as resulting from disorders mental and behavioral. **Conclusion:** It is necessary to study the distribution of these absences to verify the reasons that lead to illness and absence from work.

Keywords: statistics on sequelae and disability, sick leave, mental disorders, social security, occupational health.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho exerce papel central na vida do homem desde os primórdios da humanidade e essa relação varia conforme o período e tipo de sociedade vivenciada (1). A conexão entre homem e trabalho se intensificou com a chegada da Revolução Industrial, momento em que a força de trabalho se tornou mercadoria (2) e a saúde do trabalhador e suas doenças se tornaram relevantes (1).

O surgimento de uma nova estrutura no mundo do trabalho associada à globalização e ao capitalismo trouxe competitividade, individualismo, mecanicismo, pressão por resultados, sobrecarga por excesso de trabalho, a desvalorização do humano, da sua criatividade, instabilidade nas garantias trabalhistas, além de precarização e perda salarial, fazendo com que os trabalhadores se

tornem cada vez mais frustrados (2,3). Assim, como é no trabalho que o indivíduo passa maior parte do seu tempo e onde estabelece seus vínculos sociais, essa conformação tem influenciado no surgimento de diversos transtornos mentais nos trabalhadores (2).

Os transtornos mentais são definidos como alterações do funcionamento mental que prejudicam a cognição, regulação emocional e comportamento do indivíduo. Geralmente estão associados a sofrimento e prejuízo de desempenho em áreas importantes como a vida social, familiar e trabalhista, além de afetar na autocrítica, na compreensão sobre si e os outros, na capacidade de tolerar problemas e no prazer pela vida (4,5). Dentro desse quadro existem os transtornos depressivos, de ansiedade, bipolar, de estresse

pós-traumático, a esquizofrenia e outras psicoses (5). Atualmente, a depressão é o transtorno mais comum no Brasil e no mundo (6).

De acordo com o Global Burden of Disease (GBD), onde constam dados de até 2019, os transtornos mentais configuram a segunda causa de anos vividos com incapacidade (YLDs) no mundo (7). No Brasil, segundo relatório que analisa a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais de 2012 a 2016 (8), estes são a terceira maior causa de afastamentos laborais. Sendo assim, os afastamentos por tais afecções têm uma grande importância social e econômica, pois além da redução da capacidade laboral e comprometimento econômico, social e psicológico do trabalhador e das pessoas ao seu redor, significam mais gastos com benefícios sociais e maior demanda por reabilitação para o governo (3). O auxílio-doença é o benefício concedido pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) ao segurado brasileiro em que for comprovado, por perícia médica, a incapacidade para o trabalho por doença ou acidente (9). São classificados como transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, de acordo com a portaria nº 2.309/2020 (10), a demência (F02), delirium (F05), outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física (F06), transtorno orgânico de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral (F07), transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10), devidos ao uso de opiáceos (F11), devidos ao uso de canabinóides (F12), devidos ao uso de sedativos ou hipnóticos (F13), devidos ao uso de cocaína (F14), devidos ao uso de outros estimulantes (F15), devidos ao uso de alucinógenos (F16), devidos ao uso de fumo (F17), devidos ao uso de solventes voláteis (F18), devidos ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas (F19), transtornos delirantes persistentes (F22), transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23), episódios depressivos (F32), transtorno depressivo recorrente (F33), transtornos ansiosos (F41), reações ao stress grave e transtornos de adaptação (F43), transtornos somatoformes (F45), neurastenia (F48.0), outros transtornos neuróticos especificados (F48.8),

transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2), lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-84) e a síndrome de burnout ou esgotamento profissional (Z73).

Diante disso, o objetivo deste trabalho é analisar a evolução, em série temporal de 2006 a 2021, da concessão de benefícios auxílio-doença classificados como decorrentes de transtornos mentais e do comportamento, ordem composta por CID-10 F00-F99 (transtornos mentais e comportamentais), CID-10 Z73 (problemas relacionados com a organização de seu modo de vida) e CID-10 X60-84 (lesões autoprovocadas intencionalmente).

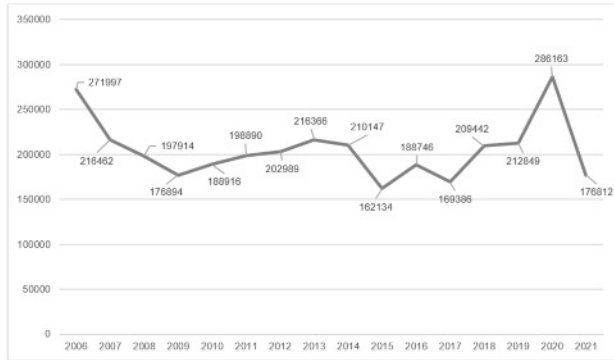
2. MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal com dados secundários provenientes do Anuário da Previdência Social, no período de 2006 a 2021. Foram coletados dados de auxílios previdenciários concedidos por incapacidade temporária segundo os códigos da 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (11), ainda vigente pela ausência de tradução oficial do CID-11 para a língua portuguesa. Todos os dados utilizados são de livre consulta em bases de dados disponibilizadas pelo Ministério do Trabalho e Previdência (12). Os dados foram tabulados em planilha Excel, distribuindo o número de benefícios por CID F00-F99, CID Z73 e CID X60-84 e suas diversas patologias, no período estudado, ano a ano. Foram analisados o número de benefícios concedidos, por CID F00-F99, CID Z73 e CID X60-84, no período de 2006 a 2021. Inicialmente considerando o total de afastamentos pelo grupo CID F00-F99, CID Z73 e CID X60-84 e, na sequência, observando individualmente os códigos que fazem parte dessas categorias. A análise foi feita com números absolutos, cálculos de frequência simples e elaboração de gráficos e tabelas.

3. RESULTADOS

Entre os anos de 2006 e 2021, o total de afastamentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais, aprovados pelo processo pericial, no Brasil foi de 3.286.107 e ocorreu grande oscilação neste período (Gráfico 1). De 2006 a 2009 houve uma queda de 34,96% no número de registros desse grupo, de 2009 a 2013 um aumento de 22,31%, de 2013 a 2015 um novo decréscimo de

25,06%, de 2015 a 2020 subiu 76,49% e de 2020 para 2021 um declínio de 38,21%.



Graf. 1: Evolução do total de afastamentos por transtornos mentais e do comportamento no Brasil de 2006 a 2021.

Em relação à evolução dos afastamentos por transtornos mentais e do comportamento mais frequentes, segundo os CID F00-F99, CID Z73 e CID X60-84 (Tabela 1), verificamos que a patologia que apresentou o primeiro lugar no número de registros, em todos os anos, foram os episódios depressivos (CID F32). Esse transtorno já é considerado como possivelmente relacionada ao trabalho e se caracteriza pela perda de interesse e prazer em atividades, sensação de fadiga, dificuldade de concentração e insônia. Sua relação com o trabalho pode ser tênue e se manifestar após perda de posição na empresa, exigências de desempenho em excesso, competição, ameaça permanente de perda do lugar ocupado, demissão, entre outras, e pode estar ligado também à exposição ocupacional a algumas substâncias químicas (13).

Em segundo lugar, foi observado o transtorno depressivo recorrente (CID F33) no período de 2006 a 2008, porém, em todos os outros anos, estiveram nesta posição os transtornos ansiosos (CID F41). O terceiro lugar variou entre transtorno depressivo recorrente (CID F33), transtornos ansiosos (CID F41) e transtornos devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (CID F19). Todos esses grupos também são reconhecidos como relacionados ao trabalho de acordo com a nova Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho

(LDRT) publicada pela portaria no 2.390 (10), de 28 de agosto de 2020.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1º lugar	F32 (37,23%)	F32 (34,39%)	F32 (31,97%)	F32 (36,21%)	F32 (29,97%)	F32 (27,62%)	F32 (28,69%)	F32 (28,94%)	F32 (28,62%)	F32 (28,99%)	F32 (28,34%)	F32 (29,99%)	F32 (29,99%)	F32 (27,96%)	F32 (24,99%)	F32 (24,83%)
2º lugar	F33 (17,79%)	F33 (17,24%)	F33 (17,49%)	F41 (11,39%)	F41 (11,62%)	F41 (17,69%)	F41 (17,69%)	F41 (15,47%)	F41 (14,19%)	F41 (14,49%)	F41 (16,39%)	F41 (17,69%)	F41 (18,19%)	F41 (20,99%)	F41 (20,69%)	F41 (18,23%)
3º lugar	F41 (11,23%)	F41 (11,38%)	F41 (11,34%)	F33 (11,29%)	F33 (11,29%)	F33 (11,29%)	F19 (11,29%)	F19 (11,29%)	F19 (11,29%)	F33 (11,29%)	F33 (11,29%)	F33 (11,29%)	F33 (11,29%)	F33 (11,29%)	F33 (11,29%)	F33 (11,29%)
4º lugar	F19 (5,89%)	F19 (5,89%)	F19 (7,94%)	F31 (7,84%)	F31 (8,19%)	F31 (8,39%)	F31 (8,48%)	F31 (8,41%)	F31 (8,52%)	F31 (8,79%)	F31 (8,87%)	F31 (8,79%)	F31 (8,59%)	F31 (8,57%)	F31 (11,17%)	F31 (10,55%)
5º lugar	F31 (5,89%)	F19 (5,89%)	F19 (7,94%)	F31 (7,84%)	F31 (8,19%)	F31 (8,39%)	F31 (8,48%)	F31 (8,41%)	F31 (8,52%)	F31 (8,79%)	F31 (8,87%)	F31 (8,79%)	F31 (8,59%)	F31 (8,57%)	F31 (11,17%)	F31 (10,55%)

Tab. 1: Evolução dos afastamentos por transtornos mentais e do comportamento, de 2006 a 2021, no Brasil. Fonte: Ministério do Trabalho e Previdência, 2022.

A análise dos afastamentos que ocorreram de 2006 a 2021 por transtornos mentais e do comportamento que estão reconhecidas como relacionadas ao trabalho no Brasil (Tabela 2), segundo a portaria nº 2.309/2020 (10), ainda em vigor, mostrou que a disfunção que ocupou o primeiro lugar em todos os anos foram os episódios depressivos (CID F32). Em segundo lugar, de 2006 a 2008 estiveram os transtornos depressivos recorrentes (CID F33) e, de 2009 a 2021, os transtornos ansiosos (CID F41). Em terceiro lugar, houve predomínio dos transtornos depressivos recorrentes (CID F33), porém este lugar também foi ocupado pelos transtornos ansiosos (CID F41), de 2006 a 2008, e pelo transtorno devido ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas (CID F19), de 2012 a 2014. O quarto lugar foi compartilhado pelos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (CID F10), devido ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas (CID F19) e transtornos depressivos recorrentes (CID F33). Em quinto lugar, de 2008 a 2019 estavam os transtornos devidos ao uso de álcool (CID F10), em 2007 o transtorno devido ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas (CID F19) e, em 2006, 2020 e 2021, reações ao stress grave e transtornos de adaptação (CID F43).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1º lugar	F32 (37,22%)	F32 (34,38%)	F32 (31,97%)	F32 (30,21%)	F32 (29,57%)	F32 (27,82%)	F32 (26,88%)	F32 (26,54%)	F32 (26,82%)	F32 (26,58%)	F32 (26,38%)	F32 (25,58%)	F32 (25,89%)	F32 (27,58%)	F32 (24,93%)	F32 (24,83%)
2º lugar	F33 (22,75%)	F33 (22,24%)	F33 (21,88%)	F41 (11,39%)	F41 (11,87%)	F41 (12,08%)	F41 (12,86%)	F41 (13,47%)	F41 (14,19%)	F41 (14,49%)	F41 (16,20%)	F41 (17,09%)	F41 (18,19%)	F41 (20,81%)	F41 (21,84%)	F41 (24,52%)
3º lugar	F41 (31,37%)	F41 (31,36%)	F41 (31,54%)	F33 (31,28%)	F33 (31,28%)	F33 (31,38%)	F36 (31,34%)	F36 (31,77%)	F36 (31,71%)	F33 (31,57%)	F33 (31,58%)	F33 (30,25%)	F33 (30,42%)	F33 (32,70%)	F33 (34,89%)	F33 (33,42%)
4º lugar	F18 (8,88%)	F40 (8,56%)	F19 (7,94%)	F19 (8,39%)	F19 (8,34%)	F19 (9,27%)	F33 (10,20%)	F33 (10,38%)	F33 (10,22%)	F40 (10,69%)	F19 (10,39%)	F19 (10,75%)	F19 (10,25%)	F19 (10,79%)	F19 (14,84%)	F19 (16,28%)
5º lugar	F42 (3,54%)	F42 (4,37%)	F42 (4,40%)	F42 (4,82%)	F42 (4,47%)	F42 (4,86%)	F42 (4,93%)	F42 (4,95%)	F42 (4,87%)	F42 (4,80%)	F42 (4,44%)	F42 (4,49%)	F42 (4,75%)	F42 (4,41%)	F42 (4,41%)	F42 (3,73%)

Tab. 2: Evolução dos afastamentos por transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho no Brasil, de 2006 a 2021, segundo a portaria nº 2.309/2020. Fonte: Ministério do Trabalho e Previdência, 2022.

Foi notado que nos anos 2020 e 2021, período de pandemia do Covid-19 no Brasil, os afastamentos por reações ao stress grave e transtornos de adaptação (CID F43) voltaram ao quinto lugar entre os transtornos mais frequentes, lugar que ocupava em 2006. Além disso, houve aumento de 34,44% no número de afastamentos por transtornos mentais entre 2019 e 2020 e queda de 38,21% entre os anos de 2020 e 2021.

4. DISCUSSÃO

Tem sido observado, em todo o mundo, o aumento dos episódios de transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho e o reconhecimento destes como comprometedores das atividades laborais e grandes ocasionadores de faltas ao trabalho (14). Uma revisão holandesa notou que esses distúrbios estão relacionados com maior número de dias de trabalho perdidos do que outros tipos de transtornos (15), além disso têm alta taxa de recorrência (15,16,17).

Um estudo realizado na África do Sul também mostrou que os transtornos mentais e do comportamento têm uma média maior de dias de afastamento (18) e que estão relacionados a maiores custos que os distúrbios físicos (15). Em investigação realizada em trabalhadores estadunidenses, estimou-se que aqueles com transtornos depressivos custem cerca de 30,94 bilhões a mais que os sem essa afecção, sendo a maioria destes custos (81,1%) invisíveis e reflexo da redução do desempenho e capacidade laboral (19). No Reino Unido, os transtornos mentais e do comportamento representaram o primeiro lugar

entre as notificações de doenças laborais e a maioria das faltas por doenças relacionadas ao trabalho (20). Em outro estudo realizado na Escócia, de 2002 a 2003, esse grupo representou 41% dos problemas de saúde relacionados ao trabalho (21). De acordo com relatório brasileiro (8), esse grupo representa a terceira maior causa de afastamentos laborais. Verificamos assim, que diferentemente do encontrado em outros países os transtornos mentais e do comportamento não correspondem à primeira causa de afastamento do trabalho no território brasileiro.

Em análise epidemiológica de servidores públicos da cidade de Aracaju incapacitados pela categoria do CID F (17), os transtornos ansiosos (CID F40-F49) foram o principal motivo de incapacidade laboral ao atingir 63,52% dos periciados, seguido pelos transtornos de humor (CID F30-F39) que agruparam 30,58% da amostra. Já em estudo realizado com trabalhadores do estado do Piauí em 2014 (14) e em análise de dados brasileiros fornecidos pelo INSS (22), os transtornos de humor configuraram o primeiro lugar dos afastamentos por CID F com 47,7% e 42,9%, respectivamente. Em nossos dados, os transtornos de humor corresponderam ao primeiro lugar com 49,97% dos afastamentos de 2006 a 2021 e em sequência apareceram os transtornos ansiosos, correspondentes a 21,37%. Nossos achados se assemelham aos encontrados no Piauí (14) e na análise brasileira do INSS (22), mas diferem dos encontrados em Aracaju (17). Porém, independentemente da ordem de classificação, os transtornos de humor e ansiosos representam elevada morbidade e interferência na capacidade laborativa (17).

No presente estudo foi observado que nos anos 2020 e 2021, período da pandemia Covid-19 no Brasil, os afastamentos por reações ao stress grave e transtornos de adaptação (CID F43) ascenderam no ranking ao quinto lugar. Em estudo que analisou essa afecção em professores brasileiros do ensino superior (23), observou-se que 75% deles passaram por esse transtorno e que tal desajuste era maior no Brasil do que em outros países que realizaram essa investigação. Além disso, 50% deles tinham nível de ansiedade alto associado.

Em nossos achados também foi possível observar o aumento de 34,44% em afastamentos por transtornos mentais e do comportamento entre

2019 e 2020 no Brasil. Na literatura, diversos estudos relatam elevados níveis de estresse, ansiedade e depressão em vários países durante esse período (24). Segundo relatório divulgado pela OMS (25), no primeiro ano de pandemia de COVID-19 houve aumento de 27% na prevalência de depressão e 25% na de ansiedade no mundo, o que se deve a múltiplos fatores de estresse que surgiram durante esse período, como o isolamento social e restrições à capacidade de trabalhar.

No entanto, entre 2020 e 2021 houve queda de 38,21% no número de registros. Isso pode ser devido à interrupção dos atendimentos presenciais do INSS e início das atividades online, o que dificultou o acesso aos que não tinham familiaridade com a tecnologia ou não tinham recursos necessários para este tipo de atendimento (26).

Além desta questão, outro fator que pode contribuir para a queda de afastamentos é que as manifestações dos transtornos podem passar despercebidas visto, que muitas vezes aparecem como dores, fraqueza ou fadiga e comprometimento sensorial ou nervoso (19). Essa situação torna o diagnóstico dos transtornos mentais e comportamentais associados ao trabalho mais difícil, pois os sintomas podem se confundir com diversos outros quadros de alteração fisiológica (27). Isso pode elevar as chances desses transtornos não serem percebidos em sua fase inicial pelo trabalhador, sua família e colegas de trabalho, resultando em agravamento do quadro e tornando inevitável o afastamento do trabalho.

De acordo com a International Stress Management Association (ISMA-BR), o Brasil é o segundo país com maior número de trabalhadores afetados pelo Burnout (28). Essa síndrome é definida como um distúrbio emocional caracterizado por esgotamento físico e mental extremo como resposta ao trabalho desgastante, ao seu excesso e competitividade (29) e está aumentando em todo o mundo. Em nosso estudo, essa síndrome teve o maior número de registro de casos durante a pandemia de COVID-19, momento em que alguns profissionais, como os da saúde e da educação, sofreram com alto nível de estresse, trabalhos mais exaustivos emocionalmente e aumento da carga de trabalho (30, 31, 32).

5. CONCLUSÃO

Neste estudo, verificou-se que os principais motivos de afastamento pelo INSS, de 2006 a 2021, entre os transtornos mentais e do comportamento, foram os episódios depressivos (CID F32). No período da pandemia de COVID-19 ocorreu aumento do número de afastamentos por reações ao stress grave e transtornos de adaptação (CID F43), retornando à quinta posição, o que não acontecia desde 2007.

Considerando todo o período estudado, as três patologias mais frequentes que motivaram afastamentos pelo INSS, dentre os transtornos mentais e do comportamento, foram: os episódios depressivos, os transtornos ansiosos e os transtornos depressivos recorrentes. Estas mesmas patologias são as mais frequentes entre os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho no Brasil.

Algumas questões precisam ser melhor estudadas como a distribuição desses afastamentos por gênero, sexo, idade, período de afastamento, profissão/ocupação, organização do trabalho, riscos ocupacionais, dentre outros pontos, para verificar as razões e variáveis que levam ao adoecimento e consequente afastamento do trabalho por transtornos mentais e do comportamento.

É importante também aprofundar o tema do burnout/esgotamento profissional que, na 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, está categorizado fora da seção de Doenças do Grupo F (transtornos mentais e do comportamento), mas que está relacionado à exposição de riscos ocupacionais, estando, nesta versão, classificada no grupo Problemas Relacionados Com a Organização de Seu Modo de Vida, com o código – CID-10 Z73. Também é imprescindível o estudo dos agravos à saúde do grupo CID-10 X60-84, das lesões autoprovocadas intencionalmente, como resultante de condições inadequadas de trabalho ou exposição a riscos que tenham como agravo patologias mentais e comportamentais.

Ampliar o conhecimento epidemiológico da distribuição e ocorrência destes agravos, contribuem decididamente para a elaboração de medidas de promoção de qualidade de vida, ações de prevenção direcionadas a estes agravos, bem como ações de reabilitação para retorno ao

trabalho. Tais medidas irão resultar na redução de adoecimento dos trabalhadores e, como consequência, diminuição dos afastamentos do trabalho por transtornos mentais e do comportamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cavaleiro G, Tolfo SR. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Psico-USF*. 2011; 16(2):241-249. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/vCXsfpGWPZCRk5yZGnQbmmk/?lang=pt>
2. Moreira V, Maciel RH, Araujo TQ. Depressão: os sentidos do trabalho. *Rev. NUFEN*. 2013; 5(1):45-56. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912013000100006&lng=pt&nrm=iso
3. Corrêa CR, Rodrigues, CML. Depressão e trabalho: revisão da literatura nacional de 2010 e 2014. *Negócios em projeção*. 2017; 8(1):65-74. Disponível em: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao1/article/view/773>
4. Amaral OL. Transtornos Mentais. Instituto de Estudos e Orientação da Família (INEF). 2011. Disponível em: <http://www.inef.com.br/Transtornos.html>
5. World Health Organization (WHO). Mental Disorders. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
6. Barbosa-Branco A, Souza WR, Steenstra IA. Incidence of work and non-work related benefit claims in Brazil. *Am J Ind Med*. 2011; 54(11):858-871. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21630300/>
7. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Compare. 2019. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
8. Ministério da Fazenda; Secretaria de Previdência. 1º boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade. Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília; 2017. 32p. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BA-boletim-quadrimestral.pdf>
9. Ministério do Trabalho e da Previdência. Auxílio-doença. Brasília; 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/auxilios/auxilio-doenca>
10. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria no 2.309/2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Brasília; 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.309-de-28-de-agosto-de-2020-275240601>
11. Organização Mundial da Saúde. 10ª Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
12. Ministério do Trabalho e Previdência. Auxílios por incapacidade temporária acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID-10. Brasília; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/saude-e-segurancado-trabalhador/dados-de-acidentes-do-trabalho/tabelas-cid-10>
13. Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
14. Fernandes MA, Sales JVS, Feitosa CDA, Costa RS, Vieira CPB, Silva JS. Benefícios previdenciários por transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores do Piauí em 2014. *Rev Bras Med Trab*. 2019; 17(1):99-105. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1000359>
15. Dewa CS, Loong D, Bonato S. Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ Open*. 2014; 4(7):1-15. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/7/e005533>
16. Koopmans PC, Bultmann U, Roelen CAM, Hoedeman R, Klink JJJ, Groothoff JW. Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011; 84(2):193-201. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20449605/>
17. Cardoso TS, Lima-Júnior AS, Santana KCA. 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. *Persp Med Legal Perícias Med.* 2020; 5(3):114-125. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.47005/050304>
18. Mall S, Lund C, Vilagut G, Alonso J, Williams DR, Stein DJ. Days out of role due to mental and physical illness in the South African stress and health study. *Soc psychiatry and psychiatr epidemiol.* 2015; 50(3):461–468. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25096982>
19. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA.* 2003; 289(23):3135-3144. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12813119/>
20. Hussey L, Turner S, Thorley K, McNamee R, Agius R. Work-related ill health in general practice, as reported to a UK-wide surveillance scheme. *Br J Gen Pract.* 2008; 58(554):637-640. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18801281/>
21. Chen Y, Turner S, McNamee R, Ramsay CN, Agius RM. The reported incidence of work-related ill-health in Scotland (2002-2003). *Occup Med (Lond).* 2005; 55(4):252-261. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15982973/>
22. Barbosa-Branco A, Bultmann U, Steenstra I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(10):1854-1866. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c5SDL77Y57ZV9NGgTY9N4Yb/abstract/?lang=en>
23. Nascimento EM, Cornaccione Jr EB, Carvalho MG. A dor nos tempos da Covid-19: transtorno de adaptação nos professores do ensino superior brasileiro. *Scielo Preprints.* 2021. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2734/4796>
24. Lobo LAC, Rieth CE. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate.* 2021; 45(130):885-901. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fgXPhXKhrfM9Tyj55Z8djRt/>
25. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact. 2022. 13p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
26. Akatsuka MLFH, Leal MMS. Os impactos da pandemia no direito previdenciário. Mato Grosso do Sul: Ordem dos Advogados do Brasil; 2021. 6p. Disponível em: https://oabms.org.br/biblioteca_virtual/os-impactos-da-pandemia-no-direito-previdenciario-maria-luiza-f-harfouche-akatsuka-marcel-marques-santos-leal/
27. Campos ICM. Diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho dos servidores públicos estaduais [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. 185p. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88813>
28. Media Lab Estadão. Segundo pesquisa, Brasil ocupa 2o lugar no ranking de trabalhadores com Burnout. São Paulo; 2021. Disponível em: <https://patrocinados.estadao.com.br/medialab/rel easeonline/releasegeral-releasegeral/segundo-pesquisa-brasil-ocupa-2o-lugar-no-ranking-de-trabalhadores-com-burnout/>
29. Ministério da Saúde. Síndrome de Burnout. Brasília; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>
30. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses’ burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2021; 77(8):3286-3302. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33764561/>
31. Faria ARQP, Coelho HFC, Silva AB, Damascena LCL, Carneiro RR, Lopes MT, Araújo KDT, Lima CMBL. Impact of the COVID-19 pandemic on the development of burnout syndrome in frontline physicians: prevalence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras.* 2021; 67(7):942-949. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34817504/>
32. Teles CC, Tella L, Bianchini LGB. A síndrome de Burnout em professores do ensino superior no período de pandemia do Covid-19. *Humanidades & Tecnologia.* 2022; 33(1):172-182. Disponível em: http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/2173

IMPERÍCIA EM NECRÓPSIAS PÓS ESTRANGULAMENTO E ENFORCAMENTO EM IML DE ALAGOAS, BRASIL, EM 2018 E 2019

PROCEDURAL ERROR IN AUTOPSIES POST HANGING AND STRANGLING IN A MEDICO-LEGAL INSTITUTE IN ALAGOAS, BRAZIL, IN 2018 AND 2019

A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes, protocolo no. 53557421.0.0000.5641, autorizada pela Direção do IML Estácio de Lima e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL). Os autores informam não haver conflito de interesse.

ARTIGO ORIGINAL

Como citar: Maia GLS, Silva PHN, Gusmão HSBLB, Filho AMO, Reis TLA, Bezerra DG, Pereira GO. Imperícia em necrópsias pós estrangulamento e enforcamento em IML de Alagoas, Brasil, em 2018 e 2019. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230622 <https://dx.doi.org/10.47005/230622>

Gabriel Lessa de Souza Maia ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 2345568330681749 - ID ORCID: 0000-0003-2054-5908

Pedro Henrique do Nascimento Silva ⁽²⁾

Currículo Lattes: 7457149491473153 - ID ORCID: 0000-0003-3368-8086

Hermann Silva Brito Lima Buarque de Gusmão ⁽³⁾

Currículo Lattes: 3035160667881286 - ID ORCID: 0000-0002-6567-6314

Alberto Marques de Oliveira Filho ⁽³⁾

Currículo Lattes: 1139903019321969 - ID ORCID: 0000-0003-1750-665X

Thierry de Lima Almeida Reis ⁽³⁾

Currículo Lattes: 3467285798498259 - ID ORCID: 0009-0004-7443-3308

Daniele Gonçalves Bezerra ⁽⁴⁾

Currículo Lattes: 2015987707013099 - ID ORCID: 0000-0001-5712-5320

Gerson Odilon Pereira ⁽⁴⁾

Currículo Lattes: 5466172131307406 - ID ORCID: 0000-0002-1544-8508

⁽¹⁾ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas-MG, Brasil. (planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, escrita, revisão e edição do manuscrito conforme as normas da revista)

⁽²⁾ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil (coleta e análise dos dados)

⁽³⁾ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil (coleta e análise dos dados)

⁽⁴⁾ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil (orientador)

E-mail: gabrielessa12@gmail.com

RESUMO

Introdução: Uma das mais prevalentes causas de morte a serem investigados pelo Médico Legista é o enforcamento, maior causa mortis por autoexterminio no Brasil. **Material e métodos:** Nesse sentido, analisamos 86 laudos de enforcados e estrangulados presentes no Instituto Médico Legal (IML) Estácio de Lima, em Maceió, Alagoas, no período de 2018 e 2019. Comparamos as técnicas de necrópsia empregadas no IML com o que recomenda literatura, revisando também os manuais técnicos-operacionais para legistas em três estados. **Resultados:** Constatamos que dos 86 casos analisados, 84 não seguiram a técnica indicada pela literatura científica, o que aumentou a incidência de artefatos hemorrágicos no pescoço, situação prejudicial à análise pericial. **Discussão:** Além disso, alguns dos manuais analisados não contemplam em sua totalidade ou parcialidade a instrução da correta técnica. **Conclusão:** Por fim, destacamos a importância da criação (no caso do Estado de Alagoas) e da atualização de tais manuais técnico-operacionais, em acerto com o progresso científico exigido para o bom desempenho da profissão e para a acurácia na descrição dos achados periciais.

Palavras-chave: Autópsia; Asfixia; Lesões do Pescoço; Medicina Legal.

ABSTRACT

Introduction: One of the most prevalent causes of death to be investigated by the medical examiner is hanging, the greatest cause of death by self-extermination in Brazil. **Material and methods:** In this sense, we analyzed 86 autopsy reports of hanged and strangled individuals performed at the Medico Legal Institute (IML) Estácio de Lima, in Maceió, Alagoas, Brazil, between 2018 and 2019. We compared the necropsy techniques used in the IML with what the literature recommends, also reviewing the technical manuals for medical examiners in three states. **Results:** We found that of the 86 cases analyzed, 84 did not follow the technique indicated by the scientific literature, which increased the incidence of hemorrhagic artifacts in the neck, a situation that is harmful to expert analysis. **Discussion:** In addition, some of the manuals analyzed do not fully or partially cover the instruction of the correct technique. **Conclusion:** Finally, we highlight the importance of creating (in the case of the State of Alagoas) and updating such technical manuals, in line with the scientific progress required for the good performance of the profession and for the accuracy in the description of the forensic findings.

Keywords: Autopsy; Asphyxia; Neck Injuries; Forensic Medicine.

1. INTRODUÇÃO

O termo autópsia deriva do grego *αὐτοψία* e significa literalmente “o ato ver com os próprios olhos” (1) e tem semelhante significado médico-legal aos termos necropsia, necroscopia e tanatoscopia. Sua relevância médico-legal registrou-se pela primeira vez quando Antistio examinou o corpo do Imperador Júlio César após seu assassinato, determinando qual das 23 facadas rompeu a artéria aorta torácica, provocando sua morte. O apogeu do exame ocorreu em meados do século 20, quando era considerado um método científico central para estudar doenças no ser humano. (2)

Existem três tipos básicos de autópsias em termos da extensão do exame. A autópsia completa é

anatomicamente irrestrita, havendo a inclusão de todas as cavidades do corpo e do cérebro. Por outro lado, a autópsia limitada geralmente exclui o cérebro e a autópsia restrita é aquela que está confinada a uma cavidade corporal específica (somente abdômen ou apenas cérebro, como exemplos) (3).

Nesse sentido, alguns tipos de crime exigem o exame das diversas cavidades corporais, como no caso do enforcamento. Os enforcamentos são classificados pela traumatologia forense como uma das três modalidades de constrição cervical, junto do estrangulamento e da esganadura, registrados pelo CID-10 como X70 (lesões autoprovocadas intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e esganadura). Durante o período

analisado, 2018 e 2019, registros do DATASUS informam que foram notificados 18.676 óbitos por essa causa mortis no Brasil e 192 casos em Alagoas⁴. Um dos maiores desafios para os médicos-legistas na atualidade é a correta interpretação dos achados encontrados durante o exame externo e interno do pescoço em casos de constrições cervicais. As lesões cervicais proporcionam dificuldades consideráveis devido às variações anatômicas do pescoço e dificuldade em diferenciar artefatos de achados patológicos reais. (5)

O manuseio de órgãos e a incisão de vasos durante as necropsias de rotina resulta no extravasamento de sangue para os espaços teciduais. Esses extravasamentos são descritos como artefatos de dissecação, e sua ocorrência é de grande importância médico-legal. O reconhecimento desses artefatos de dissecação postmortem em tecidos cervicais é de especial importância, pois podem simular as contusões antemortem que resultam da aplicação de força no pescoço, mais comuns em casos de estrangulamento e esganadura. (6)

Às vezes, é difícil estabelecer o diagnóstico de lesões no pescoço como a causa primária ou contribuinte da morte. E muitas vezes, a extensão da hemorragia associada à compressão do pescoço e os artefatos causados pela sobreposição do sangue de outros órgãos dificulta o diagnóstico etiologia da lesão no pescoço. (7)

Portanto, é essencial realizar um exame sistemático das estruturas do pescoço e integrar os achados com cautela ao fornecer o diagnóstico final. É essencial para o exercício da profissão que a necropsia das constrições cervicais siga diretrizes internacionais validadas por estudos científicos, evitando assim que artefatos prejudiquem a confiabilidade do laudo pericial e que surjam potenciais injustiças cometidas no decurso do processo criminal.

Nesse sentido, objetivou-se analisar a descrição do método das autópsias em casos de enforcamento e estrangulamento realizadas no Instituto Médico Legal Estácio de Lima, em Maceió, Alagoas. Além disso, fez-se uma revisão dos métodos de autópsia forense nesses casos, correlacionando diretrizes nacionais e internacionais.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo retrospectivo, descritivo e quantitativo. Foi analisado o conteúdo

de 128 laudos de necropsia do Instituto Médico Legal (IML) Estácio de Lima em Maceió, Brasil. Os laudos selecionados foram dos anos de 2018 e 2019. Os critérios de exclusão para análise foram vítimas com idade inferior a 10 anos ou superior a 80 anos, descrição insuficiente, óbito por esganadura e laudo não localizado após busca nos arquivos. Os critérios de inclusão foram casos de morte por enforcamento ou estrangulamento em que houve abertura das cavidades. Dessa forma, 86 laudos de exame necroscópico foram selecionados para o presente estudo. As variáveis foram analisadas foram: ordem de abertura das cavidades corporais, achados hemorrágicos, equimóticos e fraturas ósseas. Foi feita uma revisão de literatura no PubMed e Google Scholar, além de terem sido utilizados livros acadêmicos e diretrizes para discutir os métodos de necropsia com os de outros estudos. A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes, protocolo no. 53557421.0.0000.5641, autorizada pela Direção do IML Estácio de Lima e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL).

3. RESULTADOS

Dos 86 laudos de necropsia analisados, foram 11 casos de estrangulamento e 75 casos de enforcamento. Quanto à abertura das cavidades corporais, esperávamos encontrar a seguinte sequência, à luz do indicado pela literatura: cavidade toráco-abdominal, cavidade craniana e pescoço. As técnicas de necropsia mais utilizadas no IML Estácio de Lima foram as de Rokitansky e o de Virchow (Imagem 1), pois levam em conta o menor tempo gasto por exame e a objetividade na análise das lesões. Quando houve abertura das cavidades, em todos os casos optou-se pela incisão mento-xifopubiana ou “em I”.

Contabilizou-se no total 11 corpos com lesões contusas na região da cabeça (4 enforcamentos e 7 estrangulamentos). 7 casos com lesões contusas na cabeça não tiveram a cavidade craniana aberta (4 enforcamentos e 3 estrangulamentos) como justificativa de que as lesões eram superficiais, como escoriações. Nos casos em que houve abertura da cavidade craniana (4 estrangulamentos), a abertura foi justificada por lesões profundas nos ossos do crânio, resultando em hematomas subgaleais,

edema cerebral generalizado e hemorragia intracraniana, e em 2 destes 4 casos a abertura da cavidade craniana deu-se antes da abertura da cavidade tóraco-abdominal. Dessa forma, apenas 2,33% dos laudos analisados (2 de 86) procederam com a evisceração da cavidade tóraco-abdominal seguida da craniana, antes da dissecação do pescoço. Ademais, com relação à inspeção interna do pescoço e aos potenciais achados artefatuais decorrentes da técnica de necropsia utilizada, foram relatadas a presença da equimose retrofaríngea de Brouardel em 40 dos 86 laudos e de sufusão hemorrágica na musculatura do pescoço em 26 dos 86 laudos.

4. DISCUSSÃO

As técnicas clássicas de autópsia (8) foram diferenciadas na Imagem 1.



Imagem 1 (referência: autoral). Técnicas de Autópsia

A literatura científica contemporânea⁹ classifica a necrópsia das constrições cervicais dentro na categoria das “dissecações especiais”, dado o cuidado para evitar artefatos no pescoço. Vincent DiMaio (10), renomado legista americano, é categórico:

“A melhor maneira de examinar o interior do pescoço nas mortes por constrição cervical, seja manual ou por enforcamento ou estrangulamento, é retirar as vísceras das cavidades torácica e abdominal e, em seguida, retirar o cérebro. Após a drenagem através das cavidades craniana e torácica, o pescoço pode ser dissecado em um campo relativamente livre de sangue.” (Di Maio, 2001)

Com relação à incisão inicial, por versatilidade, sugere-se que se faça uma incisão em forma de Y (Imagem 2) que começa atrás de cada orelha,

estendendo-se até o terço lateral das clavículas, indo de encontro ao esterno para, na linha média, finalizar-se no púbis. As vantagens desta incisão são que ela pode ser continuada sobre o queixo e através do sulco bucal, permitindo o exame da boca ou, se necessário, todo o rosto, pois os tecidos podem ser destacados do crânio por reflexão contínua de incisões laterais. Com essa incisão também se evitam artefatos que se assemelham a traumas e hemorragias antemortem. (9)

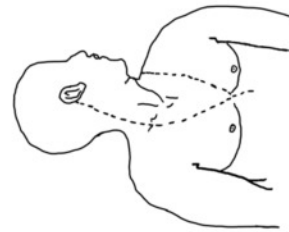


Imagem 2 (referência: autoral). Incisão em Y

No livro “Asphyxiation, Suffocation, and Neck Pressure Deaths”, Herath e Pollanen (11) também recomendam a abertura das cavidades torácica, abdominal e craniana, com a advertência de que se espere 10 minutos após a abertura dessas cavidades para começar a exploração do pescoço. Os autores também recomendam que se faça a incisão em Y pela possibilidade de estender a incisão inicial até o topo dos ombros, para refletir o retalho triangular do pescoço sobre a face, sendo possível uma extensão maior, até as áreas mastóides, fazendo um retalho em forma de losango.

A camada mais profunda, composta pelos músculos esternotireóideo e tireo-hióideo deve ser examinada in situ. O músculo esternotireóideo deve ser cortado no esterno e refletido para cima, visualizando-se então a glândula tireóide subjacente e os músculos cricotireóideos. O músculo tireo-hióideo geralmente é deixado in situ. Depois, deve-se proceder à remoção em bloco dos órgãos do pescoço, língua, osso hióide, laringe e traqueia para exame detalhado (11).

De acordo com Pollanen (12), os principais artefatos resultantes do sangue coagulado nos vasos cervicais são as hemorragias de Prinsloo-Gordon, as sufusões hemorrágicas e as hemorragias hipostáticas

postmortem. As Hemorragias de Prinsloo-Gordon ocorrem pelo manuseio postmortem das estruturas do pescoço, pela dissecação romba e incisões feitas durante a dissecação do pescoço. O sangue coagulado nesta área infiltra-se nos trígono cervicais e pode levar à interpretação errônea de hematomas devido a trauma. Este artefato pode ser evitado com a dissecação do pescoço após a descompressão vascular, quando ocorre a abertura e retirada dos órgãos da cavidade tóraco-abdominal e com a dissecação sistêmica em camadas secas do pescoço (12).

As hemorragias hipostáticas post mortem ocorrem devido ao extravasamento de sangue para o tecido intersticial. Isso ocorre pela congestão e distensão do plexo venoso devido à hipóstase gravitacional. Como resultado de alterações post mortem, a integridade vascular pode ser comprometida e o sangue pode ser extravasado dos vasos para os tecidos moles, sobretudo musculares, causando as sufusões hemorrágicas (12).

Em um estudo experimental em que foram avaliados cadáveres doados (13), também foi provado que o tempo e a posição em que os corpos são deixados, aliado à incorreta técnica de dissecação do pescoço, também influencia no aparecimento das hemorragias hipostáticas post mortem. Os cadáveres foram postos em decúbito ventral e aguardou-se 48h para a dissecação camada por camada do pescoço. As hemorragias hipostáticas na região anterior do pescoço foram descritas como “surpreendentemente” similares às causadas pela compressão por estrangulamento.

Para Di Maio (9), a hemorragia na parte posterior da laringe, faringe (equimose retrofaringea de Brouardel) e nos tecidos moles que recobrem a coluna cervical deve ser interpretada como de etiologia traumática apenas com muito cuidado e ressalvas. Na maioria dos casos, não é devido a trauma no pescoço, mas é um artefato produzido por hiperdistensão e ruptura dos seios venosos que formam o plexo faringolaríngeo¹⁴. Tal hemorragia pode ocorrer e ocorre em mortes por causas naturais e pode ser de origem peri- ou post-mortem precoce.

Prinsloo e Gordon compararam as técnicas de dissecação do pescoço visando a minimização de artefatos. Foram 51 casos analisados, dos quais 18 casos seguiram a dissecação especial e 33 casos

procederam diretamente à abertura do pescoço e posterior retirada em bloco. Desses 33 casos, 20 possuíam artefatos que simulavam equimoses após a retirada em bloco (6).

Pela análise das orientações contidas nos Manuais Técnico-operacionais para os Médicos-legistas brasileiros (MTM) disponíveis online, considerando que a Polícia Científica do Estado de Alagoas não dispõe de documento similar, verificou-se que no MTM produzido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, recomenda-se primeiro a abertura da cavidade tóraco-abdominal com a incisão mento-xifo-pubiana, coletando-se de sangue cardíaco e conteúdo estomacal para análises toxicológicas. Em seguida, recomenda o manual que se volte ao tórax e que se retire o coração e o pulmão em bloco, “não sendo tocado o pescoço nem retirados neste momento a traquéia proximal, a língua e o assoalho bucal.” Em um terceiro momento, o manual orienta quanto à abertura da cavidade craniana e, após isso, finalmente, o exame do pescoço (15).

No Manual de Procedimento Operacional Padrão (POP) da Polícia Científica do Estado de Goiás, orienta-se apenas ao “Estudo detalhado dos planos profundos do pescoço, após o esvaziamento das cavidades craniana e tóraco-abdominal”. Não se fala na ordem da abertura das cavidades ou técnica que deve ser empregada (16).

No Manual de Rotinas do Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro, elaborado pela Polícia Civil do Distrito Federal, há apenas uma seção intitulada de “Técnica de Exame Necroscópico”, sem detalhamento para o exame nos crimes de asfixia: não há indicativo que o exame deva ser feito com técnica de necrópsia especial. Na região do pescoço, o Manual orienta: “Nos casos de enforcamento, é aconselhável procurar as equimoses retroesofagianas, descritas por BROUARDEL, como sinal de grande valia, que servem para diferenciar entre os enforcamentos e a suspensão do cadáver depois da morte.” (17)

Salienta-se neste último caso que em nossa pesquisa não foram encontradas evidências de que as equimoses retrofaringeas (termo usado pela literatura) de Brouardel tem grande serventia ou valia para diferenciar entre os enforcamentos e a suspensão do cadáver após a morte. Brouardel (18) descreve, em 1897, a ocorrência dessa equimose

retrofaringea em casos de enforcamento judicial (19).

5. CONCLUSÃO

O laudo Pericial serve como instrumento de importância ímpar para justiça, como reconhecia Álvares Machado (20):

“Uma Justiça é tanto mais pronta e precisa, quanto mais os magistrados se servem das provas objetivas reunidas pelos seus peritos assessores.”

Ao passo que foram notadas discrepâncias no que demanda a literatura com relação ao que é reportado nos laudos médico-legais, viu-se a necessidade de se fosse feito um “relato pedagógico” sobre o tema, dada a importância social que tem a perícia forense bem executada, especialmente por se tratar da perícia no crime de autoextermínio com a maior prevalência do país, e por acreditarmos que a situação se repete em larga escala por todo Brasil. Mais estudos nesse aspecto são necessários.

Precisará o Perito Médico Legista atentar-se com minúcia, em todos os casos de constrições cervicais, primariamente ao histórico do corpo. Em seguida, a observação do estado das vestes, o laço e seu material, formato, quantidade de voltas no pescoço e posição do nó. À necropsia, buscar estigmas de lesões contusas de qualquer tipo em todas as regiões corporais.

À necropsia, proceder com a sequência correta de abertura das cavidades corporais, esperando o devido tempo para drenagem do sangue e fazendo o registro dessa espera no laudo médico-legal. Assim diminuirão as chances de ocorrência dos artefatos hemorrágicos no pescoço, e conseqüente errôneo diagnóstico jurídico da morte.

Os próprios livros tradicionais de Medicina Legal nacionais, usados amplamente desde a Graduação em Medicina, não enfatizam a importância da correta técnica de necropsia nas constrições cervicais com a devida relevância e carregam em si parte da culpa. Os Manuais Operacionais, quando existem (o que não condiz com a realidade do Estado de Alagoas) por vezes pecam em não conter as informações necessárias, como no caso do manual do Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro.

Logo, é mister que o médico-legista use o melhor do progresso científico em benefício da sociedade, atualizando seus conhecimentos quanto a correta

técnica de necropsia nos casos de mortes por constrição cervical, a fim de que os artefatos gerados pela técnica incorreta não prejudiquem o ato do visum et repertum.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Direção do Instituto Médico Legal Estácio de Lima, na pessoa do Prof. Diogo Nilo Miranda Borba por autorizar a pesquisa, aos técnicos forenses Eduardo Bittencourt e Thays de Sá e ao colega da Universidade de Brasília Richard Ribeiro de Almeida pela confecção das imagens.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Editors of Britannia. Autopsy | History, Procedure, Purposes, & Facts [Internet]. Encyclopedia Britannica. 2020 [Acesso em 4 de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/autopsy>
2. Dehner LP. The medical autopsy: past, present, and dubious future. *Mo Med*. 2010 Mar-Apr;107(2):94-100 [Acesso em 4 de maio de 2022]. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20446515/>
3. Costache M, Lazaroiu AM, Contolenco A, Costache D, George S, Sajin M, Patrascu OM. Clinical or postmortem? The importance of the autopsy; a retrospective study. *Maedica (Bucur)*. 2014; 9(3):261-5. [Acesso em 5 de maio de 2022] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25705288/>
4. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS [Acesso em 18 de abril de 2022]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>
5. Saukko P, Knight B. *Knight's Forensic Pathology*. 4th ed. Boca Raton: Chapman and Hall/CRC.
6. Prinsloo I, Gordon I. Post-mortem dissection artifacts of the neck; their differentiation from ante-mortem bruises. *South African medical journal*. 1951; 25(21):358-361
7. Vanezis P. Interpreting bruises at necropsy. *Journal of Clinical Pathology*. 2001; 54:348-355. doi: 10.1136/jcp.54.5.348
8. Biswas G. *Review of Forensic Medicine and Toxicology*. 3 ed. New Delhi, India: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2015.
9. Andrew JC, et. al. Chapter 6 - Special Dissection Procedures. In: Andrew JC, Walter EF, Philip CU,

Richard LD, editors. *Autopsy Pathology: A Manual and Atlas*. 3 ed. Amsterdã: Elsevier; 2016. p.66-79.

10. Di Maio V, Di Maio D. *Forensic pathology*. Boca Raton: CRC Press; 2001.

11. Madea B. *Asphyxiation, Suffocation, and Neck Pressure Deaths*. 1 ed. Boca Raton: CRC Press. 2020.

12. Pollanen MS. Pitfalls and Artifacts in the Neck at Autopsy. *Acad Forensic Pathol*. 2016; 6(1):45-62. doi: 10.23907/2016.005

13. Pollanen MS, Perera SD, Clutterbuck DJ. Hemorrhagic lividity of the neck: controlled induction of postmortem hypostatic hemorrhages. *Am J Forensic Med Pathol*. 2009. Dec; 30(4): 322–6. PMID: 19901802.

14. Kunz SN, Jónasson JG, Rúnarsdóttir R. Peri- and post mortem hemorrhages in the anterior neck after chin-collar application. *J Forensic Leg Med*. 2019; 66:95-99. doi: 10.1016/j.jflm.2019.06.014

15. Coelho CA, Júnior JJ. *Manual Técnico-Operacional para os médicos-legistas do estado de São Paulo*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. [Acesso em 20 de maio de 2022]. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/?SiteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=42.

16. Goiás. Portaria nº 0244/2011/SSPJ. Institui o Manual de Procedimento Operacional Padrão (POP) do Instituto Médico-Legal. 17 de maio de 2011. *Diário Oficial de Goiás, Goiânia-(GO)*. Ano 174; nº 21.104.

17. Polícia Civil do Distrito Federal. *Manual de Rotinas Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro*. Brasília, 2014. 245p. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/administracao-superior/corregedoria/MANUALDEROTINASIML.pdf>.

18. Brouardel P. *La pendaison, la strangulation, la suffocation, la submersion*. Paris: J.B Bailliere et fils. 1897.

19. Clément R, Redpath M, Sauvageau A. Mechanism of Death in Hanging: A Historical Review of the Evolution of Pathophysiological Hypotheses. *Journal of Forensic Sciences*. 2010; 55(5):1268–1271. doi:10.1111/j.1556-4029.2010.01435.x

20. Morize RD. *O JUIZADO ESPECIAL CÍVEL COMO INSTRUMENTO EFETIVO DE ACESSO À JUSTIÇA [Dissertação de conclusão do Curso de Mestrado]*. Araçatuba: Centro Universitário Toledo; 2007. 204s.

ESGORJAMENTO HOMICIDA ATÍPICO NO BRASIL AN ATYPICAL HOMICIDE CAUSED BY CUT-THROATS IN BRAZIL

Trabalho aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Médico Legal de Porto Velho – RO, na reunião 003/2022, ocorrida em 08/07/2022. Os autores informam não haver conflito de interesse.

RELATO DE CASO recebido 16/05/2023, aceito em 13/06/2023

Como citar: Pessoa CF, Loubet NSV, Falcão ACGP, Aguiar MSV. Esgorjamento homicida atípico no Brasil. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230621
<https://dx.doi.org/10.47005/230621>

Conrado Falcon Pessoa ⁽¹⁾
ID ORCID: 0000-0003-4854-5141

Nathália dos Santos Vieira Loubet ⁽²⁾
ID ORCID: 0000-0003-4854-5141

Ana Cecília Guedes Pereira Falcão ⁽³⁾
Currículo Lattes: 123456789123 - ID ORCID: 0000-0002-0876-2590

Murilo Sérgio Valente-Aguiar ⁽⁴⁾
ID ORCID: 0000-0003-4623-7022

⁽¹⁾ Centro Universitário São Lucas – UNISL, Porto Velho – RO, Brasil. (autor principal)

⁽²⁾ Centro Universitário São Lucas – UNISL, Porto Velho – RO, Brasil. (autor secundário)

⁽³⁾ Faculdades Integradas Aparício de Carvalho – FIMCA, Porto Velho – RO, Brasil.
(levantamento bibliográfico e coordenador)

⁽⁴⁾ Instituto Médico Legal Dr. José Adelino da Silva, Porto Velho – RO, Brasil. (coordenador e orientador)

Email: conradofalcon@hotmail.com

RESUMO

Quando a polícia é chamada para investigar um crime envolvendo ferimentos incisos no pescoço, é necessário determinar se as lesões foram resultados de um homicídio, suicídio ou um acidente. Essa tarefa pode se tornar desafiadora se o legista não puder estar presente na cena do crime ou se não houver testemunhas confiáveis para explicar as lesões no corpo.

Neste relato de caso, o cadáver apresentava quatro feridas incisivas na região anterior do pescoço, três das quais mostravam marcas características de hesitação, sugerindo que se tratava dum caso de suicídio. No entanto, duas marcas de constrição cervical também foram encontradas, que insinuavam um

estrangulamento. Durante a investigação policial, descobriu-se que as marcas de constrição cervical eram compatíveis com a trama da corda usada pelos assassinos para arrastar o corpo para uma área distante da cena do crime. As marcas de hesitação, por outro lado, foram relacionadas à embriaguez dos autores do crime.

Essas informações foram essenciais para que o legista descartasse o estrangulamento como causa da morte e determinasse que a asfixia mecânica, resultante da aspiração de sangue dos cortes na garganta, foi a causa responsável pelo desfecho fatal do caso. Esse resultado permitiu a elucidação do crime como um homicídio atípico. É importante ressaltar que a divulgação de descobertas não comprovadas em autópsias forenses de homicídios é crucial para o desenvolvimento e aprimoramento da medicina legal.

Palavras chave: Homicídio, Suicídio, Autópsia, Asfixia, Estrangulamento, Lesões no pescoço.

ABSTRACT

When the police are called in to investigate a crime involving neck incisions, determining the nature of the wounds – whether they were inflicted by homicidal, suicidal, or accidental means – can be challenging. This is especially true if the medical examiner cannot be present at the crime scene or if there are no reliable witnesses to provide insight into the nature of the wounds.

In this case report, the victim's body displayed four incisive wounds to the anterior part of the neck. Three of these wounds had hesitation marks, indicating that the cause of death was likely suicidal. However, two cervical constriction marks suggested the possibility of strangulation. As the police investigation progressed, it was discovered that these marks were consistent with the pattern left by the rope used by the killers to drag the body to a remote location away from the crime scene. The hesitation marks, on the other hand, were attributed to the killer's alcohol intoxication.

All this information was crucial in enabling the medical examiner to rule out strangulation as the cause of death, and instead determine that the victim had died due to mechanical asphyxiation resulting from blood aspiration from the neck incisions. This conclusion enabled the crime to be classified as an atypical homicide. It is important to emphasize that sharing the findings from forensic autopsies of homicides is essential for the advancement and improvement of forensic medicine.

Keywords: Homicide, Suicide, Autopsy, Asphyxia, Strangulation, Neck injuries.

1. INTRODUÇÃO

Na literatura forense brasileira, as lesões cervicais recebem diferentes nomes de acordo com sua localização. Lesões localizadas na região anterior ou lateral do pescoço são conhecidas como “esgorjamento”, enquanto aquelas na parte posterior são chamadas de “degolação”, em referência à gola da camisa [1-3]. Essas lesões podem ser únicas ou múltiplas, com profundidades variáveis que podem atingir a coluna cervical. Já em outras literaturas forenses internacionais, esses tipos de ferimentos são geralmente referidos como “garganta cortada” [4].

O ato de cortar a garganta é um método frequentemente utilizado por pessoas que cometem

homicídios, mas é raro em casos de suicídio ou acidente [3-9]. Quando o médico-legista se depara com um corpo que apresenta esse tipo de ferimento, a tarefa se torna bastante desafiadora, especialmente quando não há testemunhas confiáveis ou informações prévias sobre o caso [3, 5, 7].

A distinção entre lesões na garganta homicidas e suicidas é feita através da análise de características como as marcas de hesitação, a profundidade e as bordas da ferida, além das lesões de defesa [3, 7, 10]. Essas peculiaridades, juntamente com as evidências coletadas no processamento da cena do crime e na investigação criminal, são essenciais para a elucidação do tipo de crime e sua autoria [6].

As lesões na garganta podem ser fatais devido à anemia aguda causada pelo sangramento externo, à asfixia por aspiração de sangue ou à embolia gasosa, que ocorre quando o ar entra na corrente sanguínea pela seção das veias jugulares, enquanto o corpo está em posição vertical ou sentada com o nível do pescoço mais alto que o tórax [1, 3, 8, 11, 12].

É de responsabilidade do médico legista examinar minuciosamente as lesões encontradas e, em conjunto com as provas circunstanciais, auxiliar as autoridades competentes a esclarecer a natureza da lesão em relação a todos os aspectos do caso [5].

2. RELATO DO CASO

Um homem branco, de 24 anos, foi encontrado morto em uma floresta na zona rural com ferimentos incisos na garganta e marcas de corda ao redor do pescoço, indicando a possibilidade de ter sofrido um esgorjamento seguido de estrangulamento ou vice-versa.

A autópsia foi realizada 15 horas após a morte. Durante a autópsia, a face apresentava sinais de congestão e cianose, semelhantes aos casos de asfixia mecânica. Foram identificadas duas marcas de corda no pescoço do indivíduo, uma na região hioide e outra abaixo da cartilagem tireoide (Figura 1). Essas marcas eram superficiais, horizontais e incompletas, sugerindo um estrangulamento. Além disso, o corpo apresentava escoriações de arrasto nas regiões frontal e malar direita e na pirâmide nasal, todas elas causadas em vida. Também foram identificadas quatro feridas incisas medindo 1, 4, 5 e 8 cm na garganta, causadas por instrumento cortante ou similar. Essas feridas apresentavam posições paralelas, profundidades variadas, bordas com infiltrados sanguíneos e ângulo agudo com cauda de escoriação à direita (Figura 2). A ferida mais extensa causou cortes na traqueia e na veia jugular direita, apresentando margens irregulares, semelhantes às causadas por lâmina serrilhada (Figura 3). Não foram identificados ferimentos defensivos ou danos de contenção (sulco de ligadura) no corpo.



Figura 1 – Setas brancas: Marcas de laços paralelas no pescoço, sugestivas de estrangulamento.



Figura 2 – Quatro feridas incisas, paralelas e tamanhos diferentes, e a maior com bordas serrilhadas.



Figura 3 – Seta branca: Secção parcial da traqueia e sangue dentro do lume traqueal; Círculo branco: Secção da veia jugular direita.

A análise interna do corpo não revelou embolia gasosa, como sangue espumoso ou embolia aérea no ventrículo direito. Não foram encontradas fraturas no osso hioide, cartilagem tireoide ou traqueia. Não foram realizados exames anatomopatológicos ou histológicos devido à falta desse serviço no Instituto. Testes de álcool e toxicológicos não são realizados rotineiramente no Instituto. No Brasil, apenas em casos de morte violenta por acidentes de trânsito, é exigido que o médico legista realize tais exames.

3. DINÂMICA DO CRIME

O legista não participou do processo da cena do crime. As informações sobre a dinâmica do crime constam no documento oficial do Ministério Público, que apresentou a denúncia criminal dos envolvidos para julgamento no Tribunal de Justiça Criminal. A investigação policial, juntamente com as provas encontradas na autópsia, concluiu que se tratava de um homicídio cometido por duas pessoas, sendo uma mulher, com quem a vítima tinha um relacionamento próximo, e um homem. De acordo com as provas testemunhais, a vítima e os três agressores (dois homens e uma mulher) estavam consumindo bebida alcoólica em uma propriedade rural de um conhecido. Em determinado momento, houve uma discussão decorrente da suspeita de infidelidade conjugal. A vítima, embriagada, foi até a varanda da casa e deitou-se em um banco de madeira. A mulher foi até a cozinha, pegou uma faca serrilhada e desferiu um golpe na região anterior do pescoço da vítima, que não ofereceu resistência. O segundo agressor, vendo que a vítima ainda estava viva e, instigado pela mulher, pegou outra faca em sua posse e tentou cortar a garganta da vítima. Entretanto, devido ao seu alto grau de intoxicação alcoólica, não apresentou coordenação motora adequada, causando três ferimentos superficiais na garganta da vítima. Ao presenciar o ocorrido, a testemunha (o segundo homem) fugiu do local sem ferir a vítima. Em seguida, os envolvidos utilizaram uma corda para passar no pescoço da vítima e a arrastaram ainda viva para longe do local do crime, cobrindo o corpo com vegetação e um lençol para escondê-lo. Posteriormente, retornaram à residência e lavaram o sangue do local das agressões.

4. DISCUSSÃO

Este caso apresenta particularidades intrigantes que precisam ser avaliadas, pois envolvem dois mecanismos distintos que podem causar a morte, mesmo atuando separadamente: asfixia mecânica por constrição cervical e aspiração de sangue dos cortes na garganta. Além disso, as feridas atípicas no pescoço e as lesões compatíveis com estrangulamento, que geralmente são indicativos de homicídio [11, 12], aumentaram as incertezas quanto à natureza do caso – se foi um homicídio ou um suicídio.

Os homicídios são frequentemente associados a conflitos familiares por questões de propriedade, ciúmes, conflitos políticos, ódio intenso e crimes sexuais [7, 13]. Achados de marcas de contenção ou feridas defensivas no corpo da vítima são indícios de homicídio [4]. A ausência de tais evidências neste caso também sustenta a possibilidade de suicídio. Os sulcos constritivos no pescoço da vítima sugerem estrangulamento, um método comum em homicídios e raro em acidentes e suicídios. No estrangulamento, a corda é ativamente pressionada por uma força externa, ao contrário do enforcamento, em que a pressão é causada pelo peso do corpo suspenso [11, 14]. Embora raro, o estrangulamento suicida é possível com o uso de um torniquete, um laço amarrado ao redor do pescoço e utilizar uma tração veicular ou outros objetos auxiliares [15, 16]. No Brasil, um caso atípico de estrangulamento acidental ocorreu com uma criança de 2 anos que teve seu pescoço preso quando a janela do carro foi fechada [17].

Os ferimentos agudos em suicídios com faca ou arma afiada são frequentemente encontrados no pescoço, tórax e pulsos, podendo estar presentes em outras partes acessíveis do corpo [4, 5]. No caso de cortes na garganta, os suicídios geralmente apresentam cortes menos profundos, e as lesões nas vias aéreas são menos graves do que em homicídios [11]. A falta de extensão do pescoço pode proteger as artérias carótidas, pois os músculos esternocleidomastóideos atuam como uma barreira protetora [5].

Neste relato de caso, as feridas na garganta podem indicar tanto um homicídio quanto um suicídio. As pequenas marcas de corte pareciam hesitações, como tentativas fracassadas de testar a sensibilidade à dor, o que é característico de

suicídios [1, 6, 18]. Casos de suicídio sem marcas de hesitação, embora raros, tendem a indicar uma maior determinação da pessoa em cometer o ato [19]. Já a ferida mais extensa, que cortou a traqueia e a veia jugular direita, sugere um homicídio [11]. Existem duas maneiras distintas de cortar a garganta em um homicídio, com o agressor se posicionando à frente ou atrás da vítima, o que diferencia as características dos ferimentos. Cortar a garganta com o agressor atrás da vítima é o mais comum [3, 5, 7].

Quando o agressor está atrás da vítima, ele puxa a cabeça para trás e o instrumento cortante age no pescoço, da esquerda para a direita para o agressor destro e da direita para a esquerda para o agressor canhoto. A lesão começa abaixo da orelha, segue de forma oblíqua e medial para baixo, segue horizontalmente na linha média do pescoço e termina no lado oposto do pescoço, abaixo do ponto de origem. A profundidade da lesão é maior no início e depois se torna mais superficial no lado oposto, onde pode haver a cauda de escoriação da ferida. Por outro lado, quando o agressor está na frente da vítima, ele ataca com vários golpes ou cortes curtos e angulados em vez de um único golpe longo e contínuo no pescoço [3, 7].

A perda de sangue e a aspiração do sangue após o corte da garganta são os mecanismos que levaram à morte. A investigação foi fundamental para esclarecer que os sulcos de constrição cervical não estavam relacionados à agressão. Ao final do inquérito policial, ficou claro que a corda foi usada apenas para transpor o corpo. As lesões cervicais com características de marcas de hesitação, que não são comuns em homicídios, foram atribuídas ao agressor do sexo masculino, que estava embriagado e sem coordenação motora, e continuou a desferir golpes sem sucesso, causando apenas incisões superficiais que sugeriam marcas de hesitação.

5. CONCLUSÃO

É crucial destacar a importância da precisão e da uniformidade na terminologia utilizada pela comunidade científica na área forense, a fim de padronizar a documentação e possibilitar a troca de informações entre os profissionais.

Nos casos de lesões na garganta, é fundamental avaliar minuciosamente as características das feridas para determinar a causa da morte, e a

colaboração entre médicos legistas, policiais e peritos é crucial para a resolução do caso.

A divulgação de achados atípicos em autópsias é de grande importância para a evolução e aprimoramento da medicina legal como ferramenta de resolução de crimes. No entanto, é essencial que esses achados sejam interpretados no contexto correto para que as conclusões sejam precisas e contribuam para a elucidação dos fatos. Nesse sentido, a integração entre a investigação da cena do crime e a medicina forense é fundamental para se chegar a conclusões mais acuradas. No caso em questão, a presença de lesões de hesitação na vítima levou inicialmente à hipótese de um suicídio complexo não planejado, mas a análise integrada das evidências apontou para um quadro de homicídio atípico.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Perito Oficial Médico-Legista do Instituto Médico Legal de Porto Velho – RO, Brasil, Dr. Marco Aurélio Martins da Costa por viabilizar as imagens da autópsia que ilustram este artigo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Hercules HC. Medicina Legal – Atlas e Texto, Editora Atheneu, São Paulo, Brasil, 2008.
- [2] Croce DCJr. Manual de Medicina Legal, 8ª ed., Saraiva, São Paulo, Brasil, 2012.
- [3] Aguiar MSV. Manual Prático de Fotografia Forense – com casos comentados, 1ª ed., Fontenele Publicações, São Paulo, 2020.
- [4] Gök E, Fedakar R. Suicide of a butcher by cut-throat: a case report. *Adli Bilimler Dergisi / Turkish Journal of Forensic Sciences* 18(4) (2019) 21 – 25.
- [5] Yadav A, Raheel MS, Kumar RL, Sharma SK, Kanwar H. Cut-throat wounds: Suicidal and homicidal-two case reports and review of literature. *Medicine, science, and the law* 56(1) (2016) 53-7.
- [6] Ozdemir B, Celbis O, Kaya A. Cut throat injuries and honor killings: review of 15 cases in eastern Turkey. *J Forensic Leg Med* 20(4) (2013) 198-203.
- [7] Vidanapathirana M, Samaraweera JC. Homicidal Cut Throat: The Forensic Perspective. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR* 10(3) (2016) GD01-2.
- [8] Demirci S, Dogan KH, Gunaydin G. Throat-cutting of accidental origin, *Journal of forensic sciences*

53(4) (2008) 965-7.

[9] Nwawolo CC, Asoegwu CN. Experience with Managing Penetrating Anterior Neck Injuries in Lagos, Nigeria. *Journal of the West African College of Surgeons* 7(3) (2017) 1-23.

[10] S.A. Kumar, V. Kumar Ms, Y.R. Babu, M. Prasad, A case of “atypical homicidal” cut-throat injury, *The Medico-legal journal* 84(3) (2016) 156-8.

[11] G.V.d. França, *Medicina Legal*, 11ª ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro – RJ, Brasil, 2017.

[12] M.S. Valente-Aguiar, A.C. Falcão, T. Magalhães, R.J. Dinis-Oliveira, A Cruel Homicide via Blades of a Young Boy under Custody in a Juvenile Correctional Unit, *Forensic Sciences* 1(1) (2021) 4-7.

[13] N. Bhattacharjee, S.M. Arefin, S.M. Mazumder, M.K. Khan, Cut throat injury: a retrospective study of 26 cases, *Bangladesh Medical Research Council bulletin* 23(3) (1997) 87-90.

[14] S. Mugoma, G.N. Phokedi, Suicidal ligature strangulation utilizing doubled cable ties – A case report, *Forensic Science International: Reports* 2 (2020) 100098.

[15] S.-D. Mercè, E. Prunés-Galera, M. Galdo-Ouro, An uncommon suicide method: Self-strangulation by vehicle-assisted ligature, *Egyptian Journal of Forensic Sciences* 4(1) (2014) 21-24.

[16] S. Cordner, F.J. Clay, R. Bassed, A.H. Thomsen, Suicidal ligature strangulation: a systematic review of the published literature, *Forensic science, medicine, and pathology* (2019).

[17] K. Serena, J.P. Piva, C. Andreolio, P.R.A. Carvalho, T.S.D. Rocha, Accidental strangulation in children by the automatic closing of a car window, *Rev Bras Ter Intensiva* 30(1) (2018) 112-115.

[18] S. Acharya, R.K. Dash, A. Das, M. Hota, C. Mohapatra, S. Dash, An Epidemiological Study of Cut Throat Injury During COVID-19 Pandemic in a Tertiary Care Centre, *Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India* (2020) 1-6.

[19] M. Raleng, A.P. Pore, T. Alinger, Exceptionally Unusual Case of a Self-Inflicted Suicidal Cut Throat Injury, *Journal of Trauma and Injury* 33(2) (2020) 134-137.

Ferla BW, Paula CBCO, Barros FC, Caselli VM, Polubriaginof C.

A PERÍCIA MÉDICA COMO AUXILIAR DA JUSTIÇA EM PROCEDIMENTOS CÍVEIS, PENAIS E TRABALHISTAS

THE MEDICAL EXPERTISE AS JUSTICE ASSISTANT IN CIVIL, CRIMINAL AND LABOR PROCEEDINGS

A perícia médica como auxiliar da justiça em procedimentos cíveis, penais e trabalhistas

Resumo em duas frases: O dano corporal depende do meio ou agente que o causou, evolui dependendo de comorbidades, dos procedimentos terapêuticos e da possibilidade de recuperação. A avaliação pericial do dano corporal demanda a formação em medicina pelo fato de exigir o conhecimento da etiopatogenia e das terapias para as morbidades.

O autor informa não haver conflito de interesse

ARTIGO ORIGINAL recebido 05/09/2023, aceito em 05/12/2023

Como citar: JCD Elia. A perícia médica como auxiliar da justiça em procedimentos cíveis, penais e trabalhistas. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230929

João Carlos D' Elia ⁽¹⁾

Currículo Lattes: 8906370284629350 - ID ORCID: 0009-0006-9565-8308

⁽¹⁾ Membro da ABMLPM, sócio administrador da D' Elia Consultoria e Serviços de Saúde Ltda. - Penápolis-SP

e-mail: deliaconsultorias@gmail.com

RESUMO

Introdução: Alguns Juízes e Tribunais têm a compreensão de que a perícia para avaliação do dano corporal pode ser feita por profissionais da área da saúde, não necessariamente médicos. O objeto do presente estudo é demonstrar que é condição necessária o conhecimento da Medicina para a correta avaliação do dano corporal e suas sequelas. **Material e método:** a base metodológica foi a pesquisa da legislação federal e das Leis estaduais que regulamentam a perícia e o conhecimento necessário para a avaliação do dano corporal. **Resultados:** A avaliação do dano corporal só é possível com o domínio do conhecimento das doenças e suas manifestações, desde patologias pré-existentes, natureza da lesão com tipificação do instrumento ou meio que a produziu, terapias aplicadas, definição e quantificação de sequelas, possibilidade de recuperação com procedimentos complementares, portanto, da semiologia médica completa. Os ritos processuais, penal e previdenciário, já estabelecem que a Perícia para avaliação de lesão, donexo causal e da incapacidade é de competência exclusiva do médico servidor público concursado (vistor oficial). O Código do Processo Civil e a legislação trabalhista não definem especificamente a perícia para avaliação do dano corporal. **Discussão e Conclusão:** A avaliação de dano corporal no âmbito da Justiça Civil e Trabalhista demanda o mesmo nível de conhecimento técnico e científico que as perícias realizadas no âmbito da Justiça Penal e Previdenciária, portanto, exige formação em Medicina, preferencialmente com especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas.

Palavras-chave: dano corporal, perito médico, perícia médica, perícia trabalhista.

ABSTRACT

Introduction: Some judges and courts understand that the expert evaluation for assessing bodily injury can be carried out by health professionals, not necessarily doctors. The object of the present study is to demonstrate that knowledge of medicine is a necessary condition for the correct assessment of bodily injury and its sequelae. **Material and method:** the methodological basis was the research of federal legislation and state laws that regulate the expertise and knowledge necessary for the assessment of bodily injury. **Results:** The assessment of bodily damage is only possible with mastery of knowledge of diseases and their manifestations, from pre-existing pathologies, nature of the injury with typification of the instrument or means that produced it, applied therapies, definition and quantification of sequelae, possibility of recovery with complementary procedures, therefore, of complete medical semiology. The procedural, criminal and social security rites already establish that the expert evaluation 3 to assess injury, causal link and disability is the exclusive responsibility of the public servant doctor (official inspector). The Civil Procedure Code and labor legislation do not specifically define the expertise for assessing bodily injury. **Discussion and conclusion:** The assessment of bodily harm within the scope of Civil and Labor Justice demands the same level of technical and scientific knowledge as the expertise carried out within the scope of Criminal and Social Security Justice, therefore, it requires training in Medicine, preferably with a specialization in Legal Medicine and Medical Expertise.

Keywords: bodily injury, medical expert, medical expertise, labor expertise.

1. INTRODUÇÃO

Existe na legislação uma aparente lacuna na definição e abrangência da atividade pericial quando envolve a avaliação do dano corporal em processos cíveis que visam a reparação indenizatória com ou sem cobertura securitária e quando tramitam pela Justiça do Trabalho.

Juízes e Tribunais têm entendido que a avaliação do dano corporal e do nexo causal pode ser estabelecida por meio da análise anatômica e funcional do sistema musculoesquelético (movimentos e deformidades) e complementarmente pela avaliação sobre as condições em que o trabalho é exercido (em perícias da Justiça do Trabalho).

Por sua vez, os ritos processuais, penal e previdenciário são regulamentados pela legislação federal e por Leis estaduais com definição clara da competência exclusiva do médico servidor público concursado (vistor oficial) para estabelecer o dano corporal e graduar a incapacidade decorrente das lesões.

O presente estudo se propõe a estabelecer porque a perícia para a avaliação de DANO CORPORAL só pode ser realizada por profissional com formação em Medicina, independentemente do tipo de ação. Para tal, se propõe a definir conceitualmente a PERÍCIA MÉDICA e sua aplicabilidade em todo e qualquer rito processual.

2. MATERIAL E MÉTODO

Tendo como referência a metodologia do trabalho científico (1) foi realizada uma pesquisa exploratória com leitura seletiva da legislação pátria sobre perícias em geral, sobre a estrutura e funcionamento dos institutos médico-legais e da perícia médica no âmbito da Previdência Social.

Por meio de pesquisa crítica foi analisada a legislação que define as competências do profissional em medicina na determinação qualitativa e quantitativa de deficiências apresentadas pelas pessoas, e/ou na avaliação de agentes que possam estar na sua origem e desenvolvimento. Foi realizada especificamente a análise da legislação sobre o Atestado Médico e suas implicações, pois possui repercussões correlatas às periciais em casos de doenças e danos corporais.

Pelo estudo dirigido da literatura científica sobre a avaliação do dano corporal decorrente de alguma causa objeto de ação judicial, são estabelecidos elementos essenciais para que todos os fatores que atuam na linha do tempo, desde condições pré-existentes até possibilidades de intervenções futuras visando a consolidação das lesões, sejam considerados na perícia.

O material bibliográfico foi coletado junto à legislação federal, Leis estaduais, normas do Ministério do Trabalho e Emprego, artigos e teses sobre a perícia médica.

3. RESULTADOS:

3.1. ASPECTOS HISTÓRICOS:

No Brasil, a primeira referência à perícia oficial se dá no campo do Direito em 1832 através do “Código de Processo Criminal” que estabelece a necessidade de realização de exames de corpo de delito para a formação da culpa, conforme os artigos 134-140 (2). A regulamentação da atividade pericial como competência do profissional de medicina foi feita pela primeira vez ainda no Império, em 16 de abril de 1856 através do Decreto nº 1746 (3) que cria a Secretaria de Polícia da Corte com dois médicos efetivos e dois médicos consultantes.

“Art. 1º A Secretaria da Polícia da Côrte será composta:

*§ 3º De dous Medicos Effectivos
De dous Medicos Consultantes.*

“Art. 8º A' Secção Médica incumbê:

Os corpos de delicto, e quaesquer exames medicos, necessarios para averiguação dos crimes e factos como taes suspeitos.”

Em 07 de abril de 1886 foi criada a primeira estrutura médica da polícia estadual pela Lei nº 18 (4) promulgada pelo presidente da província de São Paulo, que viria a se tornar no futuro, o Instituto Médico Legal (IML).

“LEI N. 18

Artigo 1.º - Fica o governo da provincia autorisado a despender, desde já, a quantia de trez contos e seis centos mil réis, (Réis 3:600\$000) com o serviço medico policial da capital, sendo a mesma quantia repartida igualmente como gratificação mensal aos dois medicos encarregados desse serviço.”

Em 1933 é criado o Conselho Médico-Legal no Estado de São Paulo pelo Decreto 6.118 (5):

Art. 1.º - O Serviço Medico-legal do Estado, direta mente subordinado á chefia de Policia, compreende:

*a) O Gabinete Medico-legal da Capital;
b) os postos Medico-legais Regionais*

Artigo 2.º - Mediante requisição das autoridades judiciais ou policiais do Estado, o Serviço Medico-legal procederá:

a) a exames de corpo de delito no vivo:

b) a exames no morto. precedidos ou não de exumação:

e) a exames de sanidade fisica.

§ unico - Os exames de sanidade mental serão feitos no Manicomio Judiciario:

Art. 4.º - O pessoal do Gabinete Medico-legal é composto de:

a) onze medicos legistas;

b) um medico legista anatomo-patologista;

c) um medico radiologista;

d) um medico legista toxicologista;

Art. 6.º - Os Posto Medicos-legais Regionais são tantos quantos as Delegacias Regionais de Policia, e junto a estas funcionam.

§ unico - Cada Posto terá como funcionario apenas um medico legista, exceto o de Santos, onde haverá dois.

*Art. 7.º - O provimento de **cargo de medico legista** do Gabinete e dos Postos será feito mediante concurso.*

Art. 11 - Na capital, a função de perito medico, perante a Policia, somente poderá ser exercida:

a) por medicos legistas do Gabinete Medico-legal:

b) pelo professor e pelos assistentes da Cadeira de medicina Legal da Faculdade de medicina e cirurgia de São Paulo:

c) pelo professor e pelos docentes livres de medicina Publica da Faculdade do Direito de São Paulo:

d) pelos psiquiatras de estabelecimentos oficiais.

Art. 12 - Na comarca da Capital, e naquelas em cuja séde houver Posto Medico - legal Regional, as pericias relativas a acidentes no trabalho serão, mediante requisição do juiz do feito, realizadas pelos medicos legistas, sem direito destes a remuneração.”

3.2. LEGISLAÇÃO FEDERAL

3.2.1. Constituição Federal (6)

- Artigo 5º ...

- o XIII: é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;
- Artigo 21. Compete à União
 - o XXIV: organizar, manter e executar a inspeção do trabalho;
- Artigo 22. Compete privativamente à União legislar sobre:
 - o XVI: organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões;
 - o XXIII - seguridade social;
- Artigo 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:
 - o XI - procedimentos em matéria processual;
 - o XVI - organização, garantias, direitos e deveres das polícias civis.
- Artigo 40...
 - o § 1º O servidor abrangido por regime próprio de previdência social será aposentado:
 - I - por incapacidade permanente para o trabalho, no cargo em que estiver investido, quando insuscetível de readaptação, hipótese em que será obrigatória a realização de avaliações periódicas para verificação da continuidade das condições que ensejaram a concessão da aposentadoria, na forma de lei do respectivo ente federativo;
- Artigo 201...
 - o I - cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada;

3.2.2. Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (7)

- Art. 168 - Será obrigatório o exame médico do empregado, por conta do empregador. (redação pela Lei 6.514/1977)
 - § 1º - Por ocasião da admissão, o exame médico obrigatório compreenderá investigação clínica

e, nas localidades em que houver, abreugrafia.

§ 2º - Em decorrência da investigação clínica ou da abreugrafia, outros exames complementares poderão ser exigidos, a critério médico, para apuração da capacidade ou aptidão física e mental do empregado para a função que deva exercer.

§ 3º - O exame médico será renovado, de seis em seis meses, nas atividades e operações insalubres e, anualmente, nos demais casos. A abreugrafia será repetida a cada dois anos.

§ 4º - O mesmo exame médico de que trata o § 1º será obrigatório por ocasião da cessação do contrato de trabalho, nas atividades, a serem discriminadas pelo Ministério do Trabalho, desde que o último exame tenha sido realizado há mais de 90 (noventa) dias.

- Art.195 - A caracterização e a classificação da insalubridade e da periculosidade, segundo as normas do Ministério do Trabalho, far-se-ão através de perícia a cargo de Médico do Trabalho ou Engenheiro do Trabalho, registrados no Ministério do Trabalho.
 - o § 2º - Arguida em juízo insalubridade ou periculosidade, seja por empregado, seja por Sindicato em favor de grupo de associado, o juiz designará perito habilitado na forma deste artigo, e, onde não houver, requisitará perícia ao órgão competente do Ministério do Trabalho.

3.2.3. Código do Processo Civil (8)

- Art. 156. § 3º. Os tribunais realizarão avaliações e reavaliações periódicas para a

manutenção do cadastro, considerando a formação profissional, atualização do conhecimento e a experiência dos peritos interessados.

- Art. 464. A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação.
- Art. 465. O juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo.
- Art. 468. O perito pode ser substituído quando:
 - I - faltar-lhe conhecimento técnico ou científico;
 - II - sem motivo legítimo, deixar de cumprir o encargo no prazo que lhe foi assinado.
- Art. 473. O laudo pericial deverá conter:
 - I - a exposição do objeto da perícia;
 - II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;
 - III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;
 - IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.
 - o § 1º No laudo, o perito deve apresentar sua fundamentação em linguagem simples e com coerência lógica, indicando como alcançou suas conclusões.
 - o § 2º É vedado ao perito ultrapassar os limites de sua designação, bem como emitir opiniões pessoais que excedam o exame técnico ou científico do objeto da perícia.
 - o § 3º Para o desempenho de sua função, o perito e os assistentes técnicos podem valer-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando

documentos que estejam em poder da parte, de terceiros ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com planilhas, mapas, plantas, desenhos, fotografias ou outros elementos necessários ao esclarecimento do objeto da perícia.

- Art. 475. Tratando-se de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, o juiz poderá nomear mais de um perito, e a parte, indicar mais de um assistente técnico.
- Art. 478. Quando o exame tiver por objeto a autenticidade ou a falsidade de documento ou for de natureza médico-legal, o perito será escolhido, de preferência, entre os técnicos dos estabelecimentos oficiais especializados, a cujos diretores o juiz autorizará a remessa dos autos, bem como do material sujeito a exame.

3.2.4. Código do Processo Penal (9)

- Art. 6º. Logo que tiver conhecimento da prática da infração penal, a autoridade policial deverá:
 - o VII - determinar, se for caso, que se proceda a exame de corpo de delito e a quaisquer outras perícias;
- Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.
- Art. 158. Quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado.
- Art. 159. O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior.
- Art. 162. A autópsia será feita pelo menos seis horas depois do óbito, salvo se os

peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto.

- Art. 163. Em caso de exumação para exame cadavérico, a autoridade providenciará para que, em dia e hora previamente marcados, se realize a diligência, da qual se lavrará auto circunstanciado.
- Art. 168. Em caso de lesões corporais, se o primeiro exame pericial tiver sido incompleto, proceder-se-á a exame complementar por determinação da autoridade policial ou judiciária, de ofício, ou a requerimento do Ministério Público, do ofendido ou do acusado, ou de seu defensor.
- Art. 682. O sentenciado a que sobrevier doença mental, verificada por perícia médica, será internado em manicômio judiciário, ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, onde lhe seja assegurada a custódia.

3.2.5. Lei 605/1949 – dispõe sobre o repouso semanal remunerado (10)

- Art. 6º Não será devida a remuneração quando, sem motivo justificado, o empregado não tiver trabalhado durante toda a semana anterior, cumprindo integralmente o seu horário de trabalho.
 - o § 1º São motivos justificados:
 - a) os previstos no [artigo 473 e seu parágrafo único da Consolidação das Leis do Trabalho](#);
 - ...
 - e) a falta ao serviço com fundamento na lei sobre acidente do trabalho;
 - f) a doença do empregado, devidamente comprovada.
 - o § 2º A doença será comprovada mediante atestado de médico da

instituição da previdência social a que estiver filiado o empregado, e, na falta deste e sucessivamente, de médico do Serviço Social do Comércio ou da Indústria; de médico da empresa ou por ela designado; de médico a serviço de representação federal, estadual ou municipal incumbido de assuntos de higiene ou de saúde pública; ou não existindo estes, na localidade em que trabalhar, de médico de sua escolha.(Redação dada pela Lei nº 2.761, de 26.4.56)

3.2.6. Regime Geral da Previdência Social - Lei 8.213/91 (11)

- Art. 42...
 - o § 1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança.
- Art. 43...
 - o § 1º Concluindo a perícia médica inicial pela existência de incapacidade total e definitiva para o trabalho, a aposentadoria por invalidez será devida:
- Art. 58...
 - o § 1º A comprovação da efetiva exposição do segurado aos agentes nocivos será feita mediante formulário, na forma estabelecida pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, emitido pela empresa ou seu preposto, com base em laudo técnico de condições ambientais do trabalho

expedido por médico do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho nos termos da legislação trabalhista.

- Art. 60. O auxílio-doença será devido ao segurado empregado a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade, e, no caso dos demais segurados, a contar da data do início da incapacidade e enquanto ele permanecer incapaz.
 - § 4º A empresa que dispuser de serviço médico, próprio ou em convênio, terá a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes ao período referido no § 3º, somente devendo encaminhar o segurado à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar 15 (quinze) dias.
 - § 11. O segurado que não concordar com o resultado da avaliação da qual dispõe o § 10 deste artigo poderá apresentar, no prazo máximo de trinta dias, recurso da decisão da administração perante o Conselho de Recursos do Seguro Social, cuja análise médica pericial, se necessária, será feita pelo assistente técnico médico da junta de recursos do seguro social, perito diverso daquele que indeferiu o benefício.

3.2.7. Lei nº 13846/2019 (12):

- Art. 30. Fica estruturada a carreira de Perito Médico Federal, no âmbito do quadro de pessoal do Ministério da Economia, composta dos cargos de nível superior de Perito Médico Federal, de provimento efetivo.
 - § 3º São atribuições essenciais e exclusivas dos cargos de Perito Médico Federal, de Perito Médico da Previdência Social e,

supletivamente, de Supervisor Médico-Pericial da carreira de que trata a Lei nº 9.620, de 2 de abril de 1998, as atividades médico-periciais relacionadas com:

I - o regime geral de previdência social e assistência social:

- a) a emissão de parecer conclusivo quanto à incapacidade laboral;
- b) a verificação, quando necessária à análise da procedência de benefícios previdenciários;
- c) a caracterização da invalidez;
- d) a auditoria médica.

V - o exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência de que trata o § 1º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), no âmbito federal, para fins previdenciários, assistenciais e tributários, observada a vigência estabelecida no parágrafo único do art. 39 da Lei resultante da Medida Provisória nº 871, de 18 de janeiro de 2019;

3.2.8. Lei nº 10876/2004: cria a carreira de Perícia Médica da Previdência Social (13)

- Art. 2º Compete privativamente aos ocupantes do cargo de Perito Médico da Previdência Social...
 - I - emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários;
 - II - inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários;
 - III - caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais; e
 - IV - execução das demais atividades definidas em regulamento.

- Parágrafo único. Os Peritos Médicos da Previdência Social poderão requisitar exames complementares e pareceres especializados a serem realizados por terceiros contratados ou conveniados pelo INSS, quando necessários ao desempenho de suas atividades.

3.2.9. Lei do ato médico - Lei 12.842/2013 (14)

- Art. 4º São atividades privativas do médico:
 - o XII – realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
 - o XIII – atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;

3.2.10. Portaria 3.214 – 1978 – Ministério do Trabalho (15)

“Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho”

NR 7 - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO

- 7.4.1 Compete ao empregador:
 - ...
 - c) indicar médico do trabalho responsável pelo PCMSO.
- 7.5.2 Inexistindo médico do trabalho na localidade, a organização pode contratar médico de outra especialidade como responsável pelo PCMSO.
- 7.5.6 O PCMSO deve incluir a realização obrigatória dos exames médicos:
 - a) admissional;
 - b) periódico;
 - c) de retorno ao trabalho;
 - d) de mudança de riscos ocupacionais;
 - e) demissional.
- 7.5.19 Para cada exame clínico ocupacional realizado, o médico emitirá Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, que deve ser comprovadamente disponibilizado ao empregado, devendo ser fornecido em

meio físico quando solicitado.

- 7.5.19.1 O ASO deve conter no mínimo:
 - ...
 - e) definição de apto ou inapto para a função do empregado;
 - f) o nome e número de registro profissional do médico responsável pelo PCMSO, se houver;
 - g) data, número de registro profissional e assinatura do médico que realizou o exame clínico.
- 7.5.19.2 A aptidão para trabalho em atividades específicas, quando assim definido em Normas Regulamentadoras e seus Anexos, deve ser consignada no ASO.
- 7.5.19.5 Constatada ocorrência ou agravamento de doença relacionada ao trabalho ou alteração que revele disfunção orgânica por meio dos exames complementares do Quadro 2 do Anexo I, dos demais Anexos desta NR ou dos exames complementares incluídos com base no subitem 7.5.18 da presente NR, caberá à organização, após informada pelo médico responsável pelo PCMSO:

3.2.11. Portaria 397 – 2002 – Ministério do Trabalho e Emprego – CBO (16)

Definição das profissões:

- 2251: médicos clínicos
Descrição Sumária:
Realizam consultas e atendimentos médicos; tratam pacientes e clientes; implementam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde tanto individuais quanto coletivas; coordenam programas e serviços em saúde, efetuam perícias, auditorias e sindicâncias médicas; elaboram documentos e difundem conhecimentos da área médica.
 - o 2251-06: médico legista

3.3. LEGISLAÇÕES ESTADUAIS

As polícias científicas são órgãos da administração pública presentes em grande parte dos estados brasileiros. A função da polícia científica é, de modo geral, coordenar as atividades dos institutos de criminalística, dos institutos médico-legais e, na maioria das vezes, do instituto de identificação da

unidade da federação da qual faz parte.

As polícias científicas estão subordinadas diretamente às secretarias de segurança pública ou órgãos equivalentes — salvo em alguns estados onde permanecem como integrantes da estrutura da Polícia Civil —, trabalhando em estreita cooperação com as polícias civil e militar. São dirigidas por chefes de polícia científica, cargo privativo de peritos oficiais com autoridade científica em determinada área, denominados peritos criminais, peritos papiloscopistas, peritos odonto-legistas ou peritos médico-legais.

A polícia científica é especializada em produzir a prova técnica (ou prova pericial), por meio da análise científica de vestígios produzidos e deixados durante a prática de delitos. Ela também edita normas, ações conjuntas e implementa políticas de atendimento à população.

Compete às polícias científicas, essencialmente:

- A realização das perícias médico-legais e criminalísticas;
- Os serviços de identificação;
- O desenvolvimento de estudos e pesquisas em sua área de atuação.

Antes da criação das polícias científicas (com data variando em cada estado), as perícias criminais ficavam a cargo das polícias civis, razão pela qual determinados estados da federação ainda possuem seus departamentos técnico-científicos vinculados às suas respectivas polícias judiciárias.

O instituto médico-legal (IML) é responsável pelas perícias em seres humanos, vivos ou mortos. Realiza perícias médico-legais e odontológicas requisitadas pelas autoridades policiais, judiciárias, administrativas ou Órgãos do Ministério Público. Desenvolve pesquisas científicas relacionadas com a medicina legal e realiza cursos/palestras para a sociedade civil, acadêmica e instituições governamentais. Possui as áreas de perícias no vivo, no morto e de laboratório.

Os institutos médico-legais (IMLs) estão presentes em todos os estados brasileiros e somam mais de 381 unidades: 35 em capitais, 29 em regiões metropolitanas e 317 no interior.

“O IML é o órgão oficial que realiza necropsias em casos de morte por causas externas, ou seja, que decorrem de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita) e também de

envolvidos em ocorrências da Polícia Civil. Seus serviços são fundamentais para a proteção dos direitos humanos e para o fortalecimento do arcabouço probatório e a consequente redução da impunidade”.

Lista por unidade da Federação:

- Acre: departamento de polícia técnica e científica
- Alagoas: perícia oficial do Estado de Alagoas
- Amazonas: departamento de polícia técnico científica
- Bahia: departamento de polícia técnica
- Distrito Federal: departamento de polícia técnica
- Espírito Santo: superintendência de polícia técnico-científica
- Goiás: superintendência de polícia técnico-científica
- Maranhão: superintendência de polícia técnico-científica
- Mato Grosso: diretoria geral de perícia oficial e identificação técnica
- Mato Grosso do Sul: coordenadoria geral de perícias
- Minas Gerais: superintendência de polícia técnico-científica
- Pará: centro de perícias científicas Renato Chaves
- Paraíba: Instituto de polícia científica
- Paraná: polícia científica
- Pernambuco: gerência geral da polícia científica
- Piauí: departamento de polícia técnico-científica
- Rio de Janeiro: departamento geral de polícia técnico-científica
- Rio Grande do Norte: instituto técnico-científico de perícia
- Rio Grande do Sul: instituto geral de perícias
- Rondônia: polícia técnico-científica
- Roraima: polícia científica
- Santa Catarina: polícia científica
- São Paulo: superintendência da polícia técnico-científica
- Sergipe: coordenadoria geral de perícias
- Tocantins: superintendência da polícia técnico-científica

3.4. LEGISLAÇÃO EM PORTUGAL E OUTROS PAÍSES EUROPEUS:

A medicina legal é uma especialidade concomitantemente médica e jurídica que utiliza conhecimentos técnico-científicos da medicina para o esclarecimento de fatos de interesse da justiça. O especialista médico praticante é denominado médico legista.

A busca da harmonização de várias legislações na Comunidade Europeia permitiu no âmbito da avaliação do dano corporal o conhecimento das peculiaridades de cada país no trato das lesões e na sua valoração para fins penais e indenizatórios.

Desta forma, em novembro de 1988 (17) foi realizado em Paris um colóquio para a avaliação do dano corporal nos países da comunidade europeia, onde foram constatadas as seguintes características:

- Na França e Bélgica a avaliação do dano corporal no âmbito da reparação civil é feita por médicos com formação especializada em medicina legal;
- Na Inglaterra e Irlanda, a função é exercida por médicos “lato senso”, sendo empiricamente selecionados pelos juizes os que melhor atendem às necessidades da Justiça;
- Na Alemanha, Holanda e Dinamarca, qualquer médico pode ser requisitado para cumprir o papel de avaliar o dano corporal;
- Na Itália, Espanha, Portugal, Grécia e Luxemburgo, mesmo não existindo a especialidade médica em medicina legal, a metodologia para tal prática é doutrinariamente estabelecida e os médicos são escolhidos para o mister tendo em vista sua notória especialização.

“As perícias de avaliação do dano corporal são realizadas por médicos peritos em gabinetes médicos, seguindo as normas em vigor no INMLCF e tendo em consideração as tabelas de avaliação do dano corporal publicadas em Diário da República.

Estas perícias são feitas nos Serviços de Clínica e Patologia Forense das Delegações de Lisboa, Porto e Coimbra ou nos 27 Gabinetes Médico-Legais e Forenses do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF).” (18)

Tais informações colhidas do colóquio de Paris permitem constatar que na comunidade europeia não existe divergência quanto à obrigatoriedade de formação em medicina para avaliar dano corporal, buscando-se o consenso para definir a capacitação dos médicos em perícias judiciais para melhor atenderem às demandas da Justiça.

“Portanto, ser médico clínico ou ser médico perito são posturas, são posicionamentos totalmente diferentes, sendo necessário a quem faz atividade médica pericial que saiba efetivamente desenvolvê-la.

Portanto, não podemos continuar a ter médicos que servem para tudo, que são especialmente clínicos, mas que também oferecem atividade pericial. Porque, seguramente, se ninguém há de se pôr nas mãos deste clínico que vem, num dia positivo, portanto, não podemos nos pôr nas mãos de qualquer médico quando queremos ser periciados; devemos querer alguém que verdadeiramente tenha essa formação.

Impõe-se, de fato, uma formação adequada e é isso que a União Europeia está tentando promover: médicos que tenham competência, que não é o mesmo que improvisação; que sejam rigorosos, que não é o mesmo que severidade; e que sejam objetivos, que, obviamente, não é o mesmo que inflexibilidade. É por isso que este documento, que foi aprovado e que tenta harmonizar essas questões para o futuro, estabelece que, futuramente, no âmbito dos países da União Europeia, só os médicos – de qualquer especialidade – que sejam titulares de um diploma universitário, que os capacite e os reconheçam como médicos capazes para trabalhar na perícia, é que poderão continuar a avaliar danos corporais – pelo menos, para os tribunais.

Privativamente, cada um vai aonde quer, mas os tribunais só aceitarão avaliações de danos dos médicos que

tenham diploma universitário que os reconheçam como tendo sido treinados, com uma formação específica na atividade pericial, independentemente da especialidade que tenham. Notem que isso não é novo no âmbito da União Europeia. Na França, há mais de 35 anos que nenhum tribunal aceita uma avaliação de danos corporais que não seja feita por um médico que tenha um diploma universitário, que o capacite e o reconheça como perito com preparação especializada. Em Portugal, há muito tempo fazemos isso. Começamos com os cursos de avaliação do dano corporal no final dos anos 1980, com o professor Oliveira Sá, que foi o meu mestre. (18)”

4. DISCUSSÃO

A prova pericial é compreendida na sua forma mais simples como o recurso usado pelo julgador para a análise dos fatos atinentes à lide através do auxílio de um expert de sua confiança que reproduza de forma objetiva e imparcial a verdade objetiva de uma condição que exija conhecimento técnico.

Neste sentido, equivaleria a um testemunho sobre um determinado elemento que deva ser objeto de análise pelo juiz no exercício da magistratura para o julgamento de uma lide. Seria uma reprodução fotográfica de uma prova, passível de reanálise, sem nenhuma informação complementar que possa contribuir para a compreensão dos fatores que poderiam ter atuado desde a origem do elemento analisado até as possíveis consequências futuras.

Conforme o tipo de prova pericial buscada pelo juízo, a análise básica do elemento probatório, com dados objetivos e descritivos, já contempla a informação necessária para o julgamento da lide.

Por outro lado, determinadas provas periciais demandam ao expert informações complementares, sem as quais, o julgamento da lide fica prejudicado pela ausência de referência às múltiplas possibilidades que atuam na origem, consolidação e repercussões do elemento de análise.

Nestes casos, a função pericial transcende à reprodução fotográfica da prova e adentra a

profundidade de todo o conhecimento científico e técnico para informar e descrever ao juízo todos os elementos que de alguma forma interferiram na condição constatada e documentada quando da análise objetiva.

“A partir do momento em que o perito emite juízo de valor sobre os fatos, externando sua impressão sobre a possibilidade de terem sido originados por outros acontecimentos ou autores, e, eventualmente de virem a produzir outros efeitos, ele acaba por considerar não só a realidade dos fatos, estática e imutável, mas passa a trabalhar com probabilidades, baseadas nos princípios do expert, adquiridos por meio de sua experiência.” (19)

É o caso do exame de corpo de delito para constatar as lesões corporais, conforme se constata em todas as legislações europeias, latino-americanas e na legislação pátria federal e dos Estados.

Conforme levantamento feito, em todos os Estados da Federação cabe ao médico legista (contratado por concurso público) a realização das perícias decorrentes de inquéritos policiais e de ritos processuais penais em que exista a ocorrência de algum dano corporal ou psíquico à vítima.

Da mesma forma, com relação à Previdência Social as perícias são de competência dos médicos peritos admitidos por concurso público que atuam na avaliação dos segurados para estabelecer os diagnósticos e graduar a incapacidade com o objetivo de deferir a concessão de benefícios previdenciários.

Para justificar a ausência em atividades laborais públicas ou privadas são legalmente reconhecidos atestados fornecidos por médicos e odontólogos (estes, na especificidade dos procedimentos da atividade profissional).

Na CLT consta que a avaliação dos riscos ambientais que podem determinar insalubridade e periculosidade é feita por médicos do trabalho e engenheiros do trabalho.

As Normas Regulamentadoras sobre segurança e medicina do trabalho estabelecem a competência exclusiva do Médico para atestar a saúde, a doença, a aptidão e inaptidão para o trabalho.

Pela CBO (classificação brasileira de ocupações) existe na descrição da profissão do médico, entre

outras atribuições, a de realizar perícias.

A Lei 12.842/2013, conhecida como Lei do Ato Médico, define que “é atividade privativa do médico a realização de perícia médica e exames médico-legais”, com exceção de exames de caráter complementar (laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular (inciso XII, Artigo 4º). Já o exercício profissional da odontologia é regulado pela Lei 5.081/1966, que determina que “compete ao cirurgião-dentista proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa” (inciso IV, Artigo 6º). Estas duas profissões são as únicas da área da saúde que possuem legislação própria definindo o exercício profissional na atividade pericial administrativa e judicial.

Por sua vez, o Código do Processo Civil define genericamente a atividade pericial como sendo auxiliar da Justiça e a prerrogativa do Juiz em nomear o perito de sua confiança, que tenha expertise na área técnica ou científica a ser elucidada, como previsto no Artigo 465.

Através da história foram sendo apresentadas várias definições sobre Medicina Legal (20), sempre no sentido da necessidade do mais amplo conhecimento médico a serviço da Justiça:

- *“É a contribuição da medicina e da tecnologia e ciências afins às questões do Direito, na elaboração das leis, na administração judiciária e na consolidação da doutrina” (Genival Veloso de França)*
- *“É o ramo da medicina que reúne todos os conhecimentos médico que podem ajudar a administração da Justiça” (Vargas Alvarado)*
- *“É uma disciplina que utiliza a totalidade das ciências médicas para dar respostas a questões judiciais” (Bonnet)*
- *“É a aplicação dos conhecimentos médicos aos problemas judiciais” (Ambroise Paré);*
- *“Arte de pôr os conceitos médicos a serviço da administração da Justiça” (Lacassagne)*

A perícia para a avaliação do dano corporal é requisitada em processos cujas alegações das partes são documentadas por relatórios, atestados, prontuários de internações, de ambulatórios e consultórios médicos.

A discussão pericial exige a análise de todas as comorbidades pré-existentes, o detalhamento da etiopatogenia e dos procedimentos terapêuticos

aplicáveis às doenças e danos decorrentes de lesões, o que demanda o conhecimento médico, pois não pode ser limitada à descrição fotográfica de uma condição física e mental do periciando.

O dano corporal deve ser compreendido na linha do tempo como todo o sofrimento sentido pela vítima, desde a lesão inicial até sua consolidação, o que passa necessariamente pela compreensão do “quantum doloris”, dos períodos temporários de incapacidade total e parcial, assim como as sequelas definitivas e suas repercussões na capacidade de trabalho, para os atos da vida civil, para suas relações afetivas e sociais.

Da mesma forma, há necessidade de estabelecer o NEXO CAUSAL considerando a condição da vítima antes de ter sido objeto da lesão (comorbidades), o elemento que causou a lesão, a forma e condições ambientais em que se produziu, a terapia utilizada (compatível ou não com condutas protocolares), fatores que interferiram nos procedimentos médicos adotados e seus efeitos no resultado, assim como sobre possibilidades de terapias complementares.

“A existência do nexo causal entre traumatismo e dano é um pressuposto óbvio do ressarcimento do dano e, portanto, da sua valoração médico-legal”.

“A teoria da causalidade adequada é aquela predominantemente aceita na doutrina jurídica portuguesa. Visa excluir o nexo de causalidade quando os danos resultam de desvios fortuitos, quando ocorreu uma evolução extraordinária, imprevisível, improvável e anormal.” (17)

São sete as condições clássicas para se estabelecer o nexo de causalidade entre o trauma e o dano, conforme Muller e Cordonnier (1925) posteriormente consolidados por Simonin (21) que se utilizam até a atualidade (22), com pequenas adaptações feitas por outros autores (Franchini, Pentead):

- (1) Natureza adequada do traumatismo para produzir as lesões evidenciadas
- (2) Natureza adequada das lesões a uma etiologia traumática
- (3) Adequação entre a sede do traumatismo e a sede da lesão

- (4) Encadeamento anátomo-clínico
- (5) Adequação temporal
- (6) Exclusão da pré-existência do dano relativamente ao traumatismo
- (7) Exclusão de uma causa estranha ao traumatismo

Para exemplificar, cita-se o seguinte caso fictício de dano corporal com finalidade indenizatória envolvendo ações no âmbito trabalhista, criminal, previdenciário e securitário:

“A.B., sexo masculino, 45 anos de idade, trabalha em empresa metalúrgica há 10 anos como soldador. Possui seguro de acidentes pessoais por parte da empresa, está devidamente registrado com contribuições regulares à Previdência Social.

Em 20 de dezembro de 2019, durante o trabalho, teve uma discussão com seu chefe imediato, que o empurrou, vindo a cair de altura de dois metros, com ferimento superficial em dorso do pé direito.

Levado ao pronto socorro local, foi atendido, realizados exames de raios X, feita sutura e liberado para residência, com atestado para afastamento do trabalho por 15 dias. Evoluiu com infecção, foi internado após cinco dias e depois de vários procedimentos cirúrgicos foi submetido à amputação de membro inferior direito acima do joelho.

Continuou afastado até junho de 2021, quando após colocação de prótese e processo de reabilitação, foi remanejado para uma função administrativa na mesma empresa no controle e análise da qualidade da soldagem na fabricação dos produtos. Entrou com ações contra a Previdência requerendo Auxílio-acidente e/ou aposentadoria; contra a seguradora requerendo o seguro devido pela incapacidade parcial e permanente decorrente de acidente pessoal; contra o seu chefe agressor criminalmente pela lesão; contra a empresa

requerendo indenização por danos materiais, morais e estéticos.

Foi solicitada a perícia em todos os processos.”

Em termos descritivos objetivos, a perícia constata AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO ACIMA DO JOELHO e todas as consequências decorrentes do prejuízo funcional para os atos da vida civil, para o trabalho e repercussões sociais em geral.

Tal informação oferecida ao julgador é objetiva e corresponde à realidade da condição do periciando, porém, para estabelecer a responsabilidade pelo dano, ficam lacunas que só podem ser preenchidas pelo profissional de medicina considerando a integralidade de sua formação o que o torna capacitado para analisar todos os elementos que participam da etiopatogenia da doença e as particularidades dos procedimentos terapêuticos e possíveis complicações.

Apenas o profissional de medicina possui a formação integral que o torna apto para realizar a análise pericial que contemple considerar:

- Condições clínicas pré-existentes: o periciando pode ser portador de diabetes, doença arterial obstrutiva crônica, deficiência imunológica adquirida ou congênita, neuropatia de diferentes etiologias, condições estas que foram determinantes para a evolução de um ferimento até a amputação;
- Condições ambientais em que ocorreu a lesão: o ferimento pode ter ocorrido em ambiente contaminado por material biológico ou químico, que causaram agravamento da lesão; agentes físicos podem ter influenciado no comprometimento tecidual lesionado (calor, umidade, frio);
- Análise de todos os exames de saúde ocupacional a que o periciando foi submetido, dos documentos médicos juntados aos autos, dos exames e prontuários com os respectivos procedimentos descritos;
- Condições e forma do tratamento instituído: atendimento inicial pode ter sido retardado com sutura após 8hs do ferimento; limpeza da ferida inadequada

quando da sutura; material e local de atendimento com relação à assepsia;

- Cuidados com a ferida até a cicatrização: curativos, avaliações médicas;
- Atendimento quando identificada a complicação por infecção ou necrose: desbridamento, antibioticoterapia, cuidados com manutenção da vascularização dos tecidos;
- Procedimentos cirúrgicos subsequentes após internação e os motivos que levaram à amputação: presença de alguma inadequação ou ineficácia da terapia; complicações relacionadas a outras comorbidades;
- Procedimento cirúrgico de amputação: nível adequado para protetização; cicatrização do coto; neuromas; apoio adequado para a prótese;
- Indicação de prótese: tipos e funcionalidades;
- Reabilitação profissional: avaliação da condição sequelar e capacidade funcional;
- Possibilidade de novos procedimentos para ampliar a capacidade laborativa e para a vida civil.

O conhecimento médico da fisiopatologia e das comorbidades, assim como a análise de todos os documentos relacionados aos procedimentos médicos realizados para o tratamento da lesão inicial e de suas complicações, são ESSENCIAIS para esclarecer o NEXO CAUSAL e SUBSIDIAR o juízo na valoração do dano e indenização pecuniária.

Em sendo comprovada pela perícia médica a participação de outros fatores além do trauma inicial que causaram a evolução para a amputação, fica descaracterizado onexo causal para finalidade securitária, assim como minimizada a penalidade criminal ao autor e a penalidade cível ao empregador.

Com relação à Previdência Social, tais elementos que atuaram na evolução além do trauma, não têm nenhuma influência na determinação da origem acidentária e nem nos benefícios decorrentes da incapacidade.

Todos os elementos citados e que podem ter alguma participação no estabelecimento do NEXO CAUSAL, assim como na evolução para o resultado consolidado das lesões, dependem

necessariamente do conhecimento das doenças, sua fisiopatologia, das terapias, dos protocolos clínicos e de atendimento de urgência, assim como das possibilidades de recuperação da funcionalidade através de procedimentos complementares. Neste sentido, a perícia para avaliação do DANO CORPORAL em processos criminais, cíveis, securitários, previdenciários ou trabalhistas, só pode ser realizada por profissional de medicina, preferencialmente com especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas.

As perícias em ambiente de trabalho: insalubridade, periculosidade, análise ergonômica, investigação de acidente, podem ser realizadas por profissionais NÃO MÉDICOS e suas conclusões podem subsidiar a perícia médica conforme a avaliação global de responsabilidade do vistor médico.

5. CONCLUSÃO

A avaliação do dano corporal quando necessária para definir responsabilidades e respectivas indenizações administrativas ou judiciais, demanda, além da descrição da condição consolidada pelas sequelas, a análise de todos os documentos médicos e hospitalares juntados, a etiopatogenia da lesão e do processo de cura, que considere lesões ou comorbidades pré-existentes, terapias médicas realizadas, evolução, complicações e possibilidade de reparação através de novos procedimentos.

Tais características inerentes à avaliação do dano corporal com a finalidade de estabelecer direitos, torna obrigatória a realização de perícia por profissional de medicina, preferencialmente com especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 5 ed. São Paulo: Atlas 2003.
2. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/li m-29-11-1832.htm
3. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1746-16-abril-1856-571195-publicacaooriginal-94291-pe.html>
4. <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1886/lei-18-07.04.1886.html>
5. <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1933/decreto-6118-17.10.1933.html>

6. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
7. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm
8. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm
9. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm
10. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l0605.htm
11. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm
12. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13846.htm
13. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/L10.876compilado.htm
14. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm
15. <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora>
16. <https://portalfat.mte.gov.br/programas-e-acoas-2/classificacao-brasileira-de-ocupacoes/>
17. Sá FO. Clínica médico-legal na reparação do dano corporal em Direito Civil – APADAC- Coimbra -Pt -julho de 1992
18. Pereira, Daniel de Menezes – Aspectos históricos e atuais da perícia médico legal e suas possibilidades de evolução – tese de mestrado junto à faculdade de Direito da USP - 2013
19. <https://justica.gov.pt/Servicos/Pedir-avaliacao-do-dano-corporal>
20. França, Genival Veloso – Medicina Legal – 6ª. Edição 2001- ed. Guanabara Koogan S/A. págs. 2,3
21. Simonin, C; Medicine Legale Judiciaire – 2ed. Paris: 1947 - Librairie Maloine
22. Bouchardet, Fernanda c. Horta e Santos, Weliton Barbosa – Avaliação do dano corporal no âmbito civil e do trabalho – B. H., Coopmed- 2015

DEVER ÉTICO E LEGAL DO MÉDICO FRENTE AO PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ

DOCTORS' ETHICAL AND LEGAL DUTY TO THE JEHOVAH'S PATIENT WITNESS

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO DE REVISÃO Recebido 25/05/2023, aceito em 17/06/2023

Como citar: Salvaro MM, Frassetto MD, Melo IS, Santos LBM, Liberato LS, Barros AVV, Frassetto MEG, Jesuíno ML, Grings LR, Nuernberg PV, Zappellini LVA, Vecki VC, Frassetto ED. Dever ético e legal do médico frente ao paciente testemunha de Jeová. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230620
<https://dx.doi.org/10.47005/230620>

Maurício Moretto Salvaro ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7647601680900167> / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2300-5763>

Mariana Dornelles Frassetto ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3107158247340410> / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4766-5563>

Iury Serra de Melo ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5981622598995004> / ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-7205-3374>

Luan Bernardino Montes Santos ⁽⁴⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0996935423476386> / ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8632-1503>

Lucas Souza Liberato ⁽⁵⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9725604480230701> / ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4520-6164>

Arthur Victor Vilela Barros ⁽⁴⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9805338024538101> / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9266-5549>

Maria Eduarda Ghedin Frassetto ⁽⁶⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2940047331191086> / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1194-5873>

Mariani Laurentino Jesuíno ⁽⁶⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4777916194168866> / ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7510-0125>

Luísa Rosler Grings ⁽⁶⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/477916194168866> / ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4104-8948>

Paula Vitória Nuernberg ⁽⁶⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9725684480230701> / ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0925-0753>

Luiz Vicente Antunes Zappellini ⁽⁶⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5981622598958704> / ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3571-1669>

Vitória Calegari Vecki ⁽⁷⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9725604480230701> / ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3569-4244>

Elisiane de Dornelles Frassetto ⁽⁸⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7018208616790980> / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1737-4562>

⁽¹⁾ Universidade de Santa Cruz do Sul, departamento de Medicina, Santa Cruz do Sul-RS, Brasil (autor principal)

⁽²⁾ Universidade do Extremo Sul Catarinense, departamento de Medicina, Criciúma-SC, Brasil (autor principal)

⁽³⁾ Universidade de Santa Cruz do Sul, departamento de Medicina, Santa Cruz do Sul-RS, Brasil (autor secundário)

⁽⁴⁾ Universidade Federal de Jataí, departamento de Medicina, Jataí-GO, Brasil (autor secundário)

⁽⁵⁾ Universidade Atenas, departamento de Medicina, Paracatu-MG, Brasil (autor secundário)

⁽⁶⁾ Universidade do Extremo Sul Catarinense, departamento de Medicina, Criciúma-SC, Brasil (autor secundário)

⁽⁷⁾ Universidade do Sul de Santa Catarina, departamento de Medicina, Tubarão-SC, Brasil (autor secundário)

⁽⁸⁾ Advogada, Criciúma-SC (orientador)

E-mail para correspondência: maridfrassetto@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Os pacientes Testemunhas de Jeová, em razão de suas crenças religiosas, recusam transfusão sanguínea. Assim, o tratamento desses pacientes é um desafio médico devido ao dilema ético-legal. Este trabalho objetiva explorar o conflito entre dever do médico e o respeito à autonomia do paciente, relacionando com o aspecto ético e legal. **Metodologia:** foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados PubMed, Scielo, Capes Periódicos e Lilacs. Ademais, foram analisadas a Constituição Federal, o Código Penal e as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) a respeito do tema. **Revisão:** O artigo 5º, inciso VI, da Constituição da República Federativa do Brasil garante aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a liberdade de consciência e de crença, enquanto a Resolução CFM nº 1.021/80 impõe que o médico deve transfundir sangue no paciente adulto Testemunha de Jeová, mesmo que sem consentimento, nos casos de risco de morte. Tal resolução está em concordância com o artigo 135 do Código Penal, o qual afirma: “a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de morte”. **Conclusão:** o limite entre a autonomia do paciente e o dever médico é a ameaça de morte, logo, o médico tem a obrigatoriedade de transfundir sangue nesses casos, sem necessidade de consentimento, seja ele do paciente ou de seu responsável.

Palavras-chave: testemunha de Jeová, transfusão sanguínea, ética.

ABSTRACT

Introduction: Jehovah's Witness patients, because of their religious beliefs, refuse blood transfusions. Thereby, these patients' treatment is a medical challenge due to the ethical-legal dilemma. This article aims to explore the conflict between the physician's duty and respect for the patient's autonomy, relating to the ethical and legal aspect. **Methodology:** an integrative review was made on the PubMed, Scielo, Capes Periódicos and Lilacs databases. Furthermore, the Federal Constitution, the Penal Code and the resolutions of the Federal Council of Medicine (CFM) on the subject were analyzed. **Review:** Article 5, item VI, of the Constitution of the Federative Republic of Brazil guarantees Brazilians and foreigners residing in the country freedom of conscience and belief, while CFM Resolution N. 1,021 / 80 imposes that the doctor must transfuse blood into the adult Witness of Jehovah patient in cases of risk of death, even without consent. This resolution is in accordance with article 135 of the Penal Code, which states: "medical or surgical intervention, without the consent of the patient or his legal representative, if justified by an imminent danger of death". **Conclusion:** the limit between the patient's autonomy and the physician's duty is the threat of death, therefore, the doctor has the obligation to transfuse blood in these cases, without the need for consent, whether from the patient or its guardian.

Keywords: Jehovah's witnesses, blood transfusion, ethics.

1. INTRODUÇÃO

Mais de 8 milhões de pessoas no mundo e 800.000 no Brasil seguem a fé das Testemunhas de Jeová (1). Em todas as áreas médicas há contato com pacientes Testemunhas de Jeová, os quais recusam condutas terapêuticas que envolvem transfusão sanguínea, mesmo que seja a única opção resolutiva (2). Tal refuta é justificada em razão da interpretação literal da Bíblia de que a alma está no sangue e por isso não deve ser passada para outra pessoa (3). Estando proibido, assim, para essas a transfusão sanguínea, vacinas e transplantes de órgãos ou tecidos (4). Assim, quando esse paciente encontra-se com a vida em risco e recusa a

hemotransfusão, seu tratamento é um desafio médico devido ao dilema ético-legal (3). Dessa forma, devido ao grande número de seguidores dessa fé e do desafio clínico, ético e legal envolvido no manejo desses pacientes, é de notável importância o estudo a respeito dos deveres médicos e alternativas no tratamento do paciente Testemunha de Jeová.

2. MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com pesquisa de material nas bases de dados PubMed, Medline, Scielo, Capes Periódicos e Lilacs. Os descritores “Jehovah's Witness”, “ethical” e

“blood transfusion” foram utilizados na estratégia de busca. Foram incluídos artigos publicados em português e inglês publicados entre 2003 e 2020. Artigos que não se adequaram ao tema proposto foram excluídos. Por fim, 13 artigos foram selecionados para análise. Ademais, analisou-se a Constituição Federal, o Código Penal e resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) a respeito do tema.

3. REVISÃO

3.1 DA RECUSA À TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

A religião foi fundada em 1872 por Charles Taze Russel e são chamados de Testemunhas de Jeová por testemunharem a respeito de Deus, o Jeová. Os adeptos dessa religião, ao contrário do que é difundido por muitos, valorizam a saúde e procuram tratamento médico (5). Contudo, possuem objeções culturais e religiosas contra a transfusão de tecidos com base nas seguintes passagens bíblicas (6).

Gênesis 9:3-5: “Tudo quanto se move, que é vivente, será para vosso mantimento; tudo vos tenho dado como a erva verde. A carne, porém, com sua vida, isto é, com seu sangue, não comereis.”

Levítico 17:10-16: “Porque a vida da carne está no sangue; pelo que vo-lo tenho dado sobre o altar, para fazer expiação pelas vossas almas; porquanto é o sangue que fará expiação pela alma. Portanto tenho dito aos filhos de Israel: Nenhum dentre vós comerá sangue, nem o estrangeiro, que peregrine entre vós, comerá sangue.”

Atos 15:19-20: “Por isso julgo que não se deve perturbar aqueles, dentre os gentios, que se convertem a Deus. Mas escrever-lhes que se abstenham das contaminações dos ídolos, da fornicação, do que é sufocado e do sangue.”

Tais passagens bíblicas implicam que o sangue não pode ser consumido, se estendendo também para os tratamentos médicos, e por isso, as transfusões são proibidas para aqueles que seguem essa fé (7). Contudo, devido às novas técnicas envolvendo tratamentos sanguíneos, surgiram novas interpretações a respeito. Assim, o uso de sangue total e hemocomponentes heterólogos não são permitidos, enquanto hemoderivados e terapias autólogas costumam ser aceitas (8). Há medidas alternativas à transfusão, como recuperação de

célular, expansores de volume, antifibrinolíticos e eritropoietina (9).

3.2 AUTONOMIA DO PACIENTE

O artigo 5º, inciso VI, da Constituição da República Federativa do Brasil garante ao brasileiro e aos estrangeiros residentes no país a liberdade de consciência e de crença, que também pode ser entendida como liberdade religiosa, de aderir e praticar os dogmas de determinada religião (2, 10). A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 18, afirma que “todo indivíduo tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância isolada ou coletivamente, em público ou particular” (12).

Em uma primeira análise, é possível, então, que alguém se abstenha de determinado ato, em nome da sua religião. Assim, na relação médico-paciente, essa autonomia do paciente é expressa pelo Termo de Consentimento Informado (TCI) (13). De acordo com o Código de Ética Médica, no artigo 22, é vedado ao médico: “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte” (14).

Dessa forma, cabe ao paciente decidir se quer ou não realizar o tratamento proposto com base nas informações dadas a respeito dos riscos do procedimento (2). Para tal, o indivíduo deve assinar um TCI declarando que está ciente e assume os riscos livremente de recusar determinada intervenção médica. Para validar o TCI é necessário o cumprimento de determinados requisitos: (a) comprovar a capacidade do paciente, pela idade (18 anos completos) e pela noção de discernimento; (b) voluntariedade, pois deve ser prestado de forma espontânea, ou seja, isento de dolo ou coação; e (c) garantir a compreensão por parte do paciente (12).

3.3 ASPECTO JURÍDICO/LEGAL E ÉTICO

Não existe uma lei ou norma constitucional que regule diretamente a transfusão sanguínea no Brasil (2). O Estado deve-se posicionar neutro em relação a religião, garantindo a laicidade.

Portanto, não deve, por meio de leis ou decisões estabelecer conduta contrária às convicções religiosas e autonomia individuais (14).

No exercer da medicina, o médico deve considerar quatro princípios da bioética a autonomia (capacidade de decisão); não maleficência (evitar causar danos); beneficência (fornecer benefícios e equilibrar benefícios e riscos) e justiça (equidade) (15).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Resolução n. 1.021/80, do Conselho Federal de Medicina, que impõe ao médico o dever de transfundir sangue ao paciente adulto Testemunha de Jeová, se este correr risco de morte, mesmo que sem seu consentimento expresso ou de seus familiares (16, 17). Contudo, a resolução não é lei. A mesma é um regramento ético-administrativo, que é inferior à lei e à Constituição Federal (16).

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro emitiu a Resolução nº 136/99 objetivando regularizar o assunto. Conforme o art. 1º o médico ao saber formalmente da recusa do paciente para transfusão sanguínea deve buscar todos os tratamentos alternativos possíveis. Porém, de acordo com o art. 3º, na presença de risco de vida para o paciente, o médico deverá utilizar todos os meios para evitar a morte, inclusive a transfusão sanguínea se necessário (18). O descumprimento de uma resolução pode resultar em sanção administrativa, ou seja, caso o médico não transfundir sangue em situações com risco de morte, poderá sofrer sanção. Entretanto, nas únicas três vezes em que o Tribunal Superior de Ética Médica do CFM julgou a respeito do tema, entendeu-se que o médico que não transfundir sangue no paciente, ao respeitar seus valores previamente expressos, não comete infração ética (3, 12).

Outrossim, o médico também estaria sujeito ao processo penal, se interpretado como omissão de socorro (2). De acordo com o art. 135 do Código Penal a omissão de socorro configura-se como “deixar de prestar assistência” (19). Para tal, é necessário que o paciente não receba nenhum tipo de tratamento. Por conseguinte, para configurar o crime de omissão de socorro é necessário o dolo, ou seja, é preciso a intenção de abandonar o paciente, deixando de prestar o atendimento necessário. Dessa forma, não se enquadraria como

“deixar de prestar assistência” não realizar a transfusão sanguínea em paciente com TCI, enquanto realiza tratamento com outras técnicas (20).

Quanto ao tratamento de menores, conforme decidido pelo Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Habeas Corpus 268.459/SP, não se constitui crime o negar transfusão sanguínea para seus dependentes, baseado nos direitos constitucionais de liberdade religiosa e manifestação de vontade. Outrossim, de acordo com o artigo 17 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o menor também tem direito a manifestação de vontade (21).

4. CONCLUSÃO

Éticamente, se um adulto racional e plenamente informado das consequências de não receber o tratamento, opta por não fazê-lo, sua decisão deve ser respeitada. Salvo em situações com risco de vida, cabe à equipe médica o dever ético e profissional de ofertar terapêuticas alternativas à hemotransfusão. Caso não possuam conhecimento para tal, o paciente deve ser encaminhado para outros profissionais com maior experiência na área. Entretanto, o limite entre a autonomia do paciente e o dever médico é a ameaça de morte. Assim, conclui-se de que a manifestação da vontade do paciente, embora livre, não é suficiente para desobrigar o médico de seu dever de cuidado, ou seja, o médico tem obrigatoriedade de transfusão nesses casos, sem necessidade do consentimento do paciente ou responsáveis.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rashid M, Kromah F, Cooper C. Blood transfusion and alternatives in Jehovah's Witness patients. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2021;34(2):125-130. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000961>
2. Takaschima AK, Sakae TM, Takaschima AK, Takaschima RST, Lima, BJSB, Benedetti RH. Dever ético e legal do anesthesiologista frente ao paciente testemunha de Jeová: protocolo de atendimento. *Rev. Bras. Anesthesiol*. 2016; 66 (6): p637-641. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2015.03.012>.
3. Franca ISX, Baptista RS, Brito VRS. Dilemas éticos na hemotransfusão em Testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-biotética. *Acta paul. Enferm*. 2008; 21 (3), p498-503.

<https://doi.org/10.1590/S010321002008000300019>.

4. Lima FL, Byk J. Trauma e transfusão sanguínea precoce: o desafiante manejo de hemorragias em Testemunhas de Jeová. Ver. Col. Bras. Cir. 2018; 45(6): pe1974. <https://doi.org/10.1590/01006991e-20181974>.

5. Vieira TR. Aspectos éticos e jurídicos da recusa do paciente Testemunha de Jeová em receber transfusão de sangue. Rev. Ciên. Jur. e Soc. da Unipar. 2003; 6(2): p221-234. <https://doi.org/10.25110/rcjs.v6i2.2003.1311>.

6. McInroy A. Blood transfusion and Jehovah's Witnesses: the legal and ethical issues. Br. J. Nurs. 2005; 14(5): p270-274. Doi: 10.12968/bjon.2005.14.5.17663

7. Panico ML, Jenq GY, Brewster UC. When a patient refuses life-saving care: issues raised when treating a Jehovah's Witness. Am J Kidney Dis. 2011;58(4):647-653. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2011.05.030>

8. Azambuja LEO, Garrafa V. Testemunhas de Jeová ante o uso de hemocompetentes e hemoderivados. Rev. Associ. Med. Bras. 2010; 56(5): p705-710. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000600022>

9. Effa-Heap G. Blood transfusion: implications of treating a Jehovah's Witness patient. Br J Nurs. 2009; 48(3): p.174-177. doi: 10.12968/bjon.2009.18.3.39047. <https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.3.39047>

10. Brasil. Constituição. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 out 1988; 1988.

11. Ministério Público (Brasil). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/7/docs/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.p_df> [acesso em 30 de abril 2020].

12. Godinho AM, Lanzotti LH, Moraes BS. Termo de Consentimento Informado: a Visão dos Advogados e Tribunais. Rev. Bras. Anestesiol. 2010; 60(2): p207-2014. <https://doi.org/10.1590/S003470942010000200014>.

13. Brasil. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 24 set 2009;(183, seção I):90-2; 2009.

14. Soares Junior ALC. Leis versus crenças: a problemática da hemotransfusão em Testemunhas de Jeová. Rev. Inter. Dir. 2017; 10(2): p359-384.

15. Beauchamp TL. Methods and principles in bio-medical ethics. J Med Ethics. 2003;29(5):269-274. doi:10.1136/jme.29.5.269.

16. Willeman F. Recusa a tratamento da saúde com fundamento em crença religiosa e o dever do estado de proteger a vida humana. O caso da transfusão de sangue em testemunha de Jeová. Rev da Emerj. 2010;13: p155-90. <https://doi.org/10.12660/rda.v252.2009.7957>.

17. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.021/80. Diário oficial da União (Seção I - Parte II) de 22/10/80.

18. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro - Resolução CREMERJ nº 136/1999. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro de 19/02/1999.

19. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Vade mecum. São Paulo: Saraiva; 2013.

20. Nucci GS. Código Penal Comentado. 19ed. São Paulo, Brasil: Editora Forense; 2019.

21. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Habeas-corpus n. 268.459/SP, da 6ª turma do Superior Tribunal de Justiça. Diário Oficial da União, Brasília; 2014.

O PAPEL DOS QUESITOS OFICIAIS DA PERÍCIA MÉDICO LEGAL NA PREVENÇÃO DA TORTURA

THE ROLE OF LEGAL MEDICINE OFFICIAL CRITERIA IN THE PREVENTION OF TORTURE

Os autores informam não haver conflitos de interesse.

ARTIGO ORIGINAL recebido 04/11/2022, aceito em 27/06/2023

Como citar: Braga MS, Martins LYS, Moreira LFGG, Lasmar FP, Leite FAE. O papel dos quesitos oficiais da perícia médico legal na prevenção da tortura. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230619
<https://dx.doi.org/10.47005/230619>

Marcela Sena Braga ⁽¹⁾

<http://lattes.cnpq.br/6242916453597270> - <https://orcid.org/0000-0002-6707-0930>

Larissa Yano Souza Martins ⁽²⁾

<http://lattes.cnpq.br/6692817633595479> - <https://orcid.org/0000-0002-9591-5339>

Luiz Felipe Guimarães Gualberto Moreira ⁽³⁾

<http://lattes.cnpq.br/318906222242245> - <https://orcid.org/0000-0001-6932-5178>

Felipe Peixoto Lasmar ⁽²⁾

<http://lattes.cnpq.br/7115633700223464> - <https://orcid.org/0000-0003-3206-8192?lang=en>

Fernando Alves Esbérard Leite ⁽³⁾

<http://lattes.cnpq.br/0700806565007248>

- ⁽¹⁾ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Departamento de Psiquiatria, Belo Horizonte-MG, Brasil (autor principal)
⁽²⁾ Acadêmico(a) de graduação do curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil (autor secundário)
⁽³⁾ Polícia Civil de Minas Gerais, Instituto Médico Legal, Itajubá-MG, Brasil (autor secundário)

E-mail: marceladocumentos87@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Medicina Legal busca trazer reparação simbólica às vítimas de tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, além de contribuir com a sociedade, garantindo justiça e prevenção de novos episódios. **Material e método:** Revisão da literatura utilizando artigos científicos (2021-2022), Tratado de Antropologia Forense, Protocolo de Istambul, Diretrizes da resolução nº 414 do Conselho Nacional de Justiça e Caderno de Quesitos Oficiais da Polícia Judiciária Civil do Estado de Mato Grosso. **Resultados:** Almada e colaboradores (2022) trouxeram um estudo da morte sob custódia durante o terrorismo de Estado no Uruguai (1973-1985), sendo possível observar que o perfil das vítimas foi predominantemente masculino com média de idade de 37 anos. A maioria das vítimas teve morte violenta, cuja causa predominante foi a tortura. Petersen (2022) oferece sua experiência de 30 anos trabalhando com documentação e prevenção da tortura, trazendo os principais pontos relacionados às suas visitas a centros

de detenção em diferentes países. **Discussão:** Não é um trabalho fácil abolir a tortura e os maus tratos depois de um regime ditatorial, afinal uma cultura de repressão foi criada. Acredita-se que a negação por parte dos governantes nos primeiros anos de democracia é decisiva para a perpetuação da prática no país. A investigação e documentação esclarecem os fatos e facilitam o exercício da ação penal, além de trazer a necessidade de reparação e ressarcimento por parte do Estado às vítimas. **Conclusão:** Os quesitos oficiais devem ser reformulados de forma a contemplar a investigação dos eventos e possibilitar a criação de políticas públicas.

Palavras-chave: Direitos humanos, Tortura, Medicina Legal.

ABSTRACT

Introduction: Legal Medicine seeks to bring symbolic reparation to victims of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, in addition to contributing to society, ensuring justice and preventing further episodes. **Material and methods:** Literature review using scientific articles (2021-2022), Treaty of Forensic Anthropology, Istanbul Protocol, Guidelines of resolution nº 414 of the National Council of Justice and Notebook of Official Questions of the Civil Judicial Police of the State of Mato Grosso. **Results:** Almada et al. (2022) carried out a study of death in custody during state terrorism in Uruguay (1973-1985), and it was possible to observe that the profile of the victims was predominantly male with a mean age of 37 years. Most victims died violent deaths, the predominant cause of which was torture. Petersen (2022) offers his 30 years of experience working with documentation and prevention of torture, bringing the main points related to his visits to detention centers in different countries. **Discussion:** It is not an easy job to abolish torture and mistreatment after a dictatorial regime, after all a culture of repression was created. It is believed that the denial by the rulers in the first years of democracy is decisive for the perpetuation of the practice in the country. The investigation and documentation clarify the facts and facilitate the exercise of criminal action, in addition to bringing the need for reparation and reimbursement by the State to the victims. **Conclusion:** The official requirements must be reformulated in order to contemplate the investigation of events and enable the creation of public policies.

Keywords: Human rights, Torture, Forensic Medicine. Keywords: Human rights, Torture, Legal medicine.

1. INTRODUÇÃO

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) definiu o termo “Ação Forense Humanitária” como “a aplicação da ciência forense às atividades humanitárias”. (1)

Além de prevenir e aliviar o sofrimento humano e proteger a vida e a saúde e garantir respeito pelos seres humanos, no que se refere a assuntos como mortes violentas, crimes sexuais, violência de gênero e abuso infantil, a ação forense humanitária também trata do monitoramento de centros de detenção, diagnóstico e documentação da tortura e investigação de mortes sob custódia. (2)

No que diz respeito à tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, o papel da Medicina Legal se mostra essencial porque busca trazer a reparação simbólica de vítimas e familiares, além de contribuir com a sociedade, através da garantia de verdade, justiça, memória e a perspectiva de se atuar na prevenção de novos episódios. (3)

O médico legista emite um parecer especializado sobre até que ponto as conclusões médicas validam ou não as alegações de maus tratos, transmitindo informações seguras às autoridades competentes a respeito das sequelas físicas e psicológicas da tortura, quando se trata de vítimas vivas. (4)

A morte violenta sob custódia, consequência direta da tortura, mostra-se acentuada quando se trata de prisão política em regime ditatorial, sem controle judicial e, ainda, quando acontece em centros de detenção clandestinos ou irregulares. (3)

2. MATERIAL E MÉTODO

Revisão da literatura em artigos entre 2021 e 2022, usando as bases de dados Medline e SciELO. Foram usados, ainda, o Tratado de Antropologia Forense, o Protocolo de Istambul, as Diretrizes da resolução nº 414 do Conselho Nacional de Justiça, de 2 de setembro de 2021 que faz referência aos quesitos periciais para a realização dos exames de corpo de delito nos casos em que haja indícios de prática de

tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e o Caderno de Quesitos Oficiais da Polícia Judiciária Civil para a Perícia Oficial e Identificação Técnica do Estado de Mato Grosso.

3. RESULTADOS

Guerras étnicas civis e consequente genocídio, além de períodos de transição de governo são exemplos de situações em que um país pode cair em um padrão de violação grave dos direitos humanos, o que não exclui a ocorrência de transgressão desses direitos em qualquer região do globo. (1)

Almada e colaboradores (2022) trouxeram um estudo médico-legal da morte sob custódia durante o terrorismo de Estado no Uruguai, que ocorreu de 1973 a 1985. Nele, foi possível observar que o perfil das vítimas foi predominantemente masculino, com uma média de idade baixa de 37 anos, sendo a sua maioria trabalhadores assalariados, além de estudantes. A maioria das vítimas, 69%, teve uma morte violenta, cuja causa predominante foi a tortura. De todas as mortes violentas, 80% foram heteroinferidas, quase todas elas tendo sido perpetradas pela ação direta dos agentes do Estado. (3)

No estudo de Almada, considerou-se causa básica de morte por tortura os casos em que foi demonstrado que o falecimento se deu por agressões físicas, privação de água, alimentação ou repouso, acidentes ou agressões ocorridas no contexto dos interrogatórios nos centros de detenção clandestinos ou irregulares, além dos desaparecimentos. Em cinco dos casos, foi demonstrado que o indivíduo foi golpeado até a morte, em um caso a morte foi desencadeada pela privação de água, alimentação e descanso e, em três, a morte foi resultado da aplicação do método de tortura muito utilizado na América Latina denominado “submarino”, em que é realizada a asfixia por sufocação. Impede-se a respiração normal, por exemplo, através da vedação da cabeça com um saco plástico, obstruindo nariz e boca ou submetendo a vítima a aspirar determinadas substâncias. Nos demais casos, não foi possível determinar o mecanismo de tortura que resultou na morte. (3, 4)

A peculiaridade uruguaia reside no fato de que, embora o país não tenha enfrentado emergências humanitárias causadas por grandes desastres em

massa, teve que lidar com crises humanitárias persistentes, a exemplo do terrorismo de Estado e a violação de pessoas encarceradas no sistema prisional. (2)

No caso de vítimas vivas, com o objetivo de se esquivar das evidências dos espancamentos, a tortura pode ser praticada com objetos largos e contundentes, que não deixam vestígios. Outros métodos realizados com o mesmo propósito são asfixia, estiramento, pressão e o uso de toalhas molhadas nos choques elétricos, que são capazes de causar dor e sofrimento com o mínimo de provas. Além disso, a maioria das lesões resultantes de tortura cicatriza em um período de seis semanas após a prática. (4)

Petersen (2022) oferece sua experiência de 30 anos trabalhando com documentação e prevenção da tortura em um editorial no qual traz os principais pontos relacionados às visitas a centros de detenção em diferentes países com uma análise dos elementos que perpetuam a tortura. Um dos pontos abordados é o fato de que muitas autoridades foram capazes de se desvencilhar de acusações porque grande parte das torturas não deixa marcas físicas. (5)

No estudo de Almada, constatou-se ainda que, em relação às circunstâncias da morte, 33% ocorreram em um centro de detenção clandestino ou irregular, 31% em um centro de detenção regular, 19% são indivíduos que continuam desaparecidos e 18% foram mortos durante procedimentos de detenção ou repressão em via pública. (3)

4. DISCUSSÃO

As organizações internacionais com experiência na investigação da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes afirmam que a investigação e documentação eficazes têm por objetivos o esclarecimento dos fatos, a identificação de medidas necessárias para evitar que os fatos se repitam, o facilitamento do exercício da ação penal ou, quando necessário, a aplicação de sanções disciplinares, além de demonstrar a necessidade de reparação e ressarcimento por parte do Estado às vítimas, incluindo tratamento médico e reabilitação. (4) Embora a ação forense humanitária não seja destinada, primariamente, à acusação na esfera criminal, ela pode ser a força motriz para uma

dimensão legal. (2)

A importância da atuação das organizações internacionais fortes reside, ainda, no fato de que pequenas organizações não governamentais não têm meios de proteger os indivíduos, além de estarem sob risco em áreas de conflito, dinâmica diferente da que ocorre quando organizações maiores estão envolvidas. (5)

No que diz respeito às vítimas fatais, devem-se ressaltar as limitações de se investigar mortes ocorridas décadas atrás, uma vez que ocultamentos podem ter ocorrido, além de emissão de documentos falsos, facilitados pelo contexto vigente, como uma ditadura militar. (3)

Nesse sentido, a atuação dos peritos médicos legistas e odonto-legistas mostra-se fundamental e desafiadora, encarregando-se de identificar as vítimas, constatar a presença de tortura e garantir provas para a acusação dos responsáveis, o que contribui para a reparação histórica que esses episódios requerem. (1) Esse cumprimento dos padrões de direitos humanos aliviam o sofrimento e restauram a dignidade. (2)

Petersen traz o exemplo da Conferência de Copenhagen, quando o relatório da Anistia Internacional de 1980 não atraiu a atenção dos jornalistas, que focaram na falta de marcas físicas nas vítimas sobreviventes de tortura periciadas meses depois da detenção. (5)

Nem todas as modalidades de tortura deixam vestígios e ocorre a cicatrização das feridas decorrentes dessa prática em um período de seis semanas após o ato. (4)

Ainda, à época, a Síndrome de Estresse Pós-Traumático ainda não havia sido descrita e a avaliação psicológica dos sobreviventes não era tão sofisticada como hoje. (5) Evidências mostram que a criação de grupos de apoio onde os sobreviventes possam compartilhar suas experiências podem ajudá-los a se curar e a restabelecer conexões com os outros em suas novas comunidades. (6)

Um importante ponto na resolução de casos envolvendo transgressão de direitos humanos trata-se da análise de lesões ósseas traumáticas ante morte nas vítimas fatais. Fraturas múltiplas em locais pouco comuns em estágios diferentes de evolução podem remeter a tortura, além de complicações locais como processos infecciosos ou inflamatórios crônicos, sem indício de tratamento

médico. (1)

Quando os restos ósseos não estão presentes, pode-se usar o método conhecido como autópsia histórica, que inicialmente era usado apenas a título histórico ou humanitário a pedido de familiares, mas hoje tem sido requisitado como prova pericial. As conclusões são obtidas através do estudo e interpretação críticos e objetivos das informações fornecidas por documentos e testemunhas. (2)

Em uma visita a um país latino-americano, Petersen notou contradição entre os relatos do Instituto Médico Legal, que afirmou não existirem casos de tortura nos últimos anos, e os indivíduos nos locais de detenção, que relataram episódios e lesões provavelmente resultantes de tortura. Isso pode ser explicado, em parte, pela insuficiência dos quesitos utilizados durante o exame médico-legal, nos quais não constava questionamentos acerca de tortura, maus tratos e violência. Se o fato não foi devidamente relatado, não existiria oficialmente. (5)

Nos quesitos oficiais utilizados nas perícias realizadas no Brasil, também se percebe uma insuficiência em relação à investigação da tortura e outros tratamentos degradantes. Quando se trata de necropsia, questiona-se apenas “A morte foi produzida com o emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel?”. Paralelamente, quando se trata de perícia em vivo, no exame de lesão corporal, questiona-se somente “A ofensa foi produzida com o emprego de veneno, fogo, explosivo, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que podia resultar perigo comum?”. (7)

No caso das perícias em vítimas vivas, o Protocolo de Istambul destaca a necessidade de os peritos médicos envolvidos na investigação da tortura ou maus tratos pautarem sua conduta de acordo com princípios éticos rigorosos, obtendo o consentimento esclarecido da pessoa em causa antes da realização de qualquer exame. Ressalta-se, ainda, a importância de nunca realizar a perícia na presença de agentes de segurança ou outros funcionários governamentais. (4) Deve-se priorizar a não revitimização (ou vitimização secundária) durante as perícias, situação que ocorre quando o sujeito é vítima da insensibilidade dos operadores do sistema criminal estatal na busca por reparação. (2)

Griswold e colaboradores (2021) trouxeram um estudo realizado a partir de entrevistas com indivíduos requerentes de asilo e refugiados sobreviventes de tortura que compartilharam suas experiências de reassentamento nos Estados Unidos. Muitos participantes relataram problemas de memória, sendo impossível que se lembrassem de datas e eventos passados, exceto pela tortura que vivenciaram. (6)

Petersen traz a discussão a respeito de a alta demanda e, por vezes, a falta de treinamento impedirem os peritos médico-legistas de realizarem a avaliação dos episódios de tortura como recomendam os protocolos internacionais, notadamente o Protocolo de Istambul. Ele sugere que uma instituição independente especializada na temática deveria realizar o exame físico-psicológico-forense, de modo a prevenir a perpetuação da tortura. (5)

No contexto das torturas e maus tratos, as ameaças podem ser definidas como a expressão explícita ou implícita de intencionalmente ferir uma pessoa, com o objetivo de coagi-la sob o propósito de mudar opiniões, intenções ou comportamentos para punir, através do desenvolvimento de sofrimento mental, geralmente medo e ansiedade. O efeito da ameaça como um instrumento de coerção pode ser altamente maléfico para o indivíduo, gerando estados de medo e ansiedade que forcem o sujeito a agir contra sua vontade. (8)

Petersen traz o exemplo de um país em que, durante uma de suas visitas, em conversa com policiais, após descreverem o processo desde a captura do acusado até a prisão, questionou a respeito da parcela dos acusados que seria absolvida, por ter sido incriminada erroneamente, ao que o oficial respondeu “Você entendeu errado. Nesse país só prendemos as pessoas culpadas”. (5) Petersen sugere, de modo a evitar a corrupção e prevenir a perpetuação do crime e das práticas de tortura, um modelo que denomina “controlar os controladores”. Trata-se de um controle independente dos controladores, ou seja, além de ser fiscalizado por órgãos externos, os locais de detenção deveriam também ser fiscalizados por agentes internos que não se conhecem, em diversos departamentos. Dessa forma, a fiscalização subsequente seria capaz de fiscalizar a anterior e evitar que erros tenham sido cometidos por

corrupção. (5)

No estudo de Almada e colaboradores, foi possível observar que 80% das mortes violentas tiveram etiologia hetero inferida, notadamente perpetradas por agentes do Estado. No entanto, mesmo as mortes de etiologia médico-legal auto inferidas, notadamente os suicídios, não isentam o Estado de responsabilidade, isso porque acontece em uma pessoa que tem sua autonomia e liberdade limitadas, estando sob responsabilidade do governo e, especialmente, porque o suicídio é reconhecido como uma das possíveis consequências da tortura.

(3)

Petersen traz, em seu editorial, o caso espanhol. Em 1984, agentes da Guarda Civil foram condecorados pelo Ministro do Interior por sua atuação contra o grupo separatista Pátria Basca e Liberdade (ETA) ao mesmo tempo em que eram acusados pela tortura de dois indivíduos bascos. Ele afirma que não se trata de um trabalho fácil abolir a tortura e os maus tratos depois de um regime ditatorial, afinal uma cultura de repressão foi criada. Apesar disso, acredita que a negação por parte do Primeiro Ministro nos primeiros anos de democracia foi decisiva para a perpetuação da prática no país. (5)

5. CONCLUSÃO

O Direito Internacional reza que o Estado pode ser responsabilizado por assassinatos cometidos por atores não estatais, desde que não tenha sido capaz de proteger o indivíduo e evitar que tais episódios ocorressem. A importância da medicina legal frente aos episódios de tortura e maus tratos se mostra muito clara quando se compreende que a luta contra a impunidade está diretamente relacionada à prevenção de tais acontecimentos. Os Institutos Médico-Legais podem ser uma importante ferramenta para que os fatos relacionados à tortura não sejam ocultados. Os quesitos oficiais devem ser reformulados de forma a contemplar a investigação de episódios de tortura e maus tratos porque, somente dessa forma, tais práticas serão identificadas e poderão ser relatadas para que políticas públicas sejam criadas de modo a prevenir a perpetuação da tortura na sociedade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado CEP, Deitos AR, Velho JA, Cunha E. Tratado de Antropologia Forense. 1ed. Campinas,

- SP: Millenium Editora; 2022. p. 565-566, 751-770.
2. Almada HR, Duhalde FB, Salaverría VI. Human rights and humanitarian forensic action: the experience in Uruguay. *Forensic Sciences Research*. 2022; p1-5.
<https://doi.org/10.1080/20961790.2022.2052591>
 3. Almada HR, Hernández NB, Salaverría VI, Real EP. Estudio médico-forense de la muerte bajo custodia durante el terrorismo de Estado en Uruguay. *Rev Méd Urug*. 2022; 38(2): p1-14. doi: 10.29193/RMU.38.2.6
 4. Série de Formação Profissional. Protocolo de Istambul: manual para a investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. [Online]; 2001 [cited 2022 October 10]. Available from: http://www.dhnet.org.br/dados/manuais/a_pdf/manual_protocolo_istambul.pdf
 5. Petersen HD. Looking back at experiences from 30 years with documentation and prevention of torture. *Torture*. 2022; 32(1): p14-29.
<https://doi.org/10.7146/torture.v32i1-2.130847>
 6. Griswold KS, Vest BM, Lynch-Jiles A, Sawch D, Kolesnikova K, Byimana L, et al. “I just need to be with my family”: resettlement experiences of asylum seeker and refugee survivors of torture. *Globalization and Health*. 2021; 17(27): p.1-7.
<https://doi.org/10.1186/s12992-021-00681-9>
 7. Polícia Judiciária Civil. Caderno de Quesitos Oficiais. [Online]; 2011 [cited 2022 October 10]. Available from: https://www.tjmt.jus.br/INTRANET_ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/988/Caderno_de_quesitos_oficiais_da_POLITEC.pdf
 - 8.. Pérez-Sales P. Defining and documenting threats in the context of ill-treatment and torture. Medical and psychological perspectives. *Torture*. 2021; 31(1): p3-18. <https://doi.org/10.7146/torture.v31i1.125777>

VISTORIA DE POSTO DE TRABALHO NÃO FAZ PARTE DA PERÍCIA MÉDICA

EXPERTISE THE WORK ENVIRONMENT IS NOT PART OF THE MEDICAL EXPERTISE

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO ORIGINAL recebido 23/11/2023 aceito em 18/5/2023

Como citar: Alvarez MA, Alvarez R. Vistoria de posto de trabalho não faz parte da perícia médica.

Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230518

<https://dx.doi.org/10.47005/230518>

Marcos Antonio Alvarez ⁽¹⁾

<http://lattes.cnpq.br/5618325567840219>

Renata Alvarez ⁽²⁾

<http://lattes.cnpq.br/3969705813434244>

⁽¹⁾ Especialista em Medicina Legal e Perícia Médica pela ABMLPM, Matão, SP, Brasil (autor principal)

⁽²⁾ Advogada, pós-graduada em Direito Material e Processual do Trabalho pela Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

e-mail: pericia@consult.med.br
alvarezrenata.adv@gmail.com

RESUMO

Alguns operadores de direito prescrevem que o médico perito é obrigado a vistoriar o posto de trabalho em todas as análises denexo causal entre doença e trabalho realizadas no âmbito da Justiça do Trabalho (JT). Basta a alegação de doença ocupacional para estabelecer a obrigatoriedade. A não realização da vistoria implicaria, como vem ocorrendo, na anulação do laudo, independente das indicações técnicas. Argumenta-se que a Resolução CFM 2323/2022 (1) imporá essa obrigatoriedade. É notória a ausência dos médicos peritos nessa discussão.

O presente artigo apresenta uma revisão legal, ética e técnica do assunto, descortinando a ausência de fundamentação da imposição, os equívocos interpretativos da Resolução CFM 2323/22, as nefastas consequências que essa conduta traz à qualidade da prestação jurisdicional, aos trabalhadores, aos empregadores que cumprem as normas de saúde e segurança e aos médicos peritos.

Em seguida propõe uma sequência de etapas a serem seguidas com a finalidade de determinar as indicações de perícia em local de trabalho, bem como definir seus objetivos.

Palavras-chave: Legislação trabalhista, Perícia médica, Perícia ambiental, Visita Técnica, Nexo Causal, Vistoria Posto de Trabalho.

ABSTRACT

Some operators of law prescribe that the medical expert is obliged to inspect the workplace in all analyzes of the causal link between illness and work carried out in the scope of the Labor Court (JT). The allegation of occupational disease is enough to establish the obligation. Failure to carry out the inspection would imply, as has been happening, in the annulment of the report, regardless of the technical indications. It is argued that Resolution CFM 2323/2022 would impose this obligation. The absence of medical experts in this discussion is notorious.

This article presents a legal, ethical and technical review of the subject, revealing the lack of grounds for the imposition, the misinterpretations of Resolution CFM 2323/22, the harmful consequences that this conduct brings to the quality of the judicial provision, to workers, to employers that comply with health and safety standards and expert doctors.

It then proposes a sequence of steps to be followed in order to determine the indications of expertise in the workplace, as well as define its objectives.

Keywords: Labor legislation, Medical expertise, Environmental expertise, Technical Visit, Causal Link, Workplace Inspection.

1. INTRODUÇÃO

A obrigatoriedade de se realizar vistoria do local de trabalho em todos os casos, independente de indicação técnica, vem sendo usada como condição para que o laudo médico pericial seja aceito. Mesmo com conclusões adequadamente fundamentadas, laudos têm sido invalidados, inclusive em grau recursal, sob o único pretexto do médico perito não ter “visitado” o local de trabalho. A ideia de o médico perito visitar o local de trabalho tem fortíssimo apelo emocional. Tendemos a acreditar que o que é visto pessoalmente é adequadamente avaliado, particularmente quando visto pela pessoa que concluirá a questão. A ideia passa uma falsa sensação de segurança ao julgador. Experientes peritos, particularmente preocupados em combater a chamada “indústria da concausa”, foram igualmente seduzidos, acreditando que a vistoria arrefeceria a prática. A “indústria da concausa” passou a usar a vistoria para blindar suas conclusões.

A qualidade da avaliação pericial, em síntese, se baseia em informações: informações que fundamentam o diagnóstico, informações sobre etiopatogenia e informações sobre o posto de trabalho. Vistoria do posto de trabalho, por outro lado, é apenas uma ferramenta, uma das muitas fontes de informação a disposição do perito. Como ferramenta não substitui informação, não é possível basear a conclusão pericial simplesmente no fato

de se fazer ou não vistoria no posto de trabalho. Além disso, o simples uso de uma ferramenta não garante a qualidade da informação obtida.

A fim de preservar o interesse coletivo é necessário que os impedimentos legais, éticos e técnicos dessa prática [troca da informação pela ferramenta] sejam expostos, suas consequências negativas sejam relatadas e a perícia no local de trabalho seja localizada no contexto da avaliação donexo causal médico trabalhista.

2. ASPECTOS LEGAIS, ÉTICOS E TÉCNICOS

O argumento central da sedutora tese é que a Resolução CFM Nº 2323/2021, através do seu artigo 2º, II, imporia ao perito médico o dever de realizar perícia no local de trabalho a fim de avaliar nexo entre agravo à saúde e o trabalho. A resolução, entretanto, não faz essa imposição. Aliás, o assunto sequer é citado na resolução.

2.1. ASPECTOS NORMATIVOS

A ato médico é definido pela Lei nº 12.842/2013 (2). A vistoria do posto de trabalho não se enquadra na definição legal de ato médico, ou seja, não é tema da competência do CFM. O CFM, através da Resolução CFM 2.056/2013 (3), estabelece o roteiro da perícia médica. Nesse roteiro, não consta vistoria do posto de trabalho. É dizer que o CFM define que vistoria do posto de trabalho não faz parte da perícia médica.

O Código de Processo Civil (CPC) (4) define, no Art. 16, que a jurisdição civil é exercida pelos juízes e pelos tribunais, e, nesse contexto, “o juiz será assistido por perito quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico”. O art. 156, por sua vez, estabelece que, em casos de perícia complexa que “abranja mais de uma área de conhecimento especializado, o juiz poderá nomear mais de um perito”.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRM) foram instituídos pela Lei No 3.268/1957 (5), como “os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.”

Logo, a Resolução CFM 2323/2022 (1) não se aplica à vistoria do posto de trabalho uma vez que se trata de ato processual da competência exclusiva do juiz, a quem cabe decidir sobre sua realização, definir seu escopo e escolher o perito que a realizará. É ato técnico que envolve diversas áreas de conhecimento não pertencentes à medicina. Não faz parte da perícia médica, não é ato médico e não é questão a ser normatizada eticamente.

2.2. CFM: GUARDIÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL

Destaque-se que a autonomia profissional é princípio fundamental da profissão médica. Dada sua importância, tal princípio é irrenunciável, conforme disposto do princípio fundamental VIII do Código de Ética Médica (CEM) (6):

“VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir

quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.”

A autonomia profissional garante que o médico é o único a decidir se é ou não capaz de realizar determinado ato médico, base da responsabilidade profissional, e quais são as informações necessárias e suficientes para concluir o ato que está executando. É inconcebível que se imagine que o CFM, guardião impecável da ética médica, suprima, por qualquer meio, a autonomia profissional impondo ao médico a realização de um ato profissional, não médico, independente de indicação técnica.

2.3. HABILITAÇÃO PROFISSIONAL

A Lei nº 3.268/1957 (5) determina, em seu artigo 17, que o exercício da profissão médica somente pode ocorrer após o registro no Conselho Regional, tal habilitação certamente não se estende a outras profissões que são necessárias para a adequada avaliação do posto de trabalho, tais como engenharia, física, química, física médica, e outras. Desta forma não é possível conceber que o CFM tenha emitido uma resolução que habilita o médico a realizar atos técnicos em outras áreas que não a medicina.

2.4. A RESOLUÇÃO 2323/2022

O estudo da causalidade é assunto complexo e universal quer seja em seus aspectos gerais quer seja nos aspectos específicos da causalidade das doenças ocupacionais. Josefran Freire (7) assim se pronuncia:

“A causalidade no ambiente da Medicina Legal e Perícias Médicas é mais complexa, pois, o fenômeno biológico é intrinsecamente múltiplo, primário, modulado pelo tempo, o que pode ensejar variáveis não contidas no axioma que define a causalidade e suas regras.”

Como, por óbvio, não se pode avaliar nexos causal sem que se tenha informações sobre o efeito (agravo à saúde) e nem sem informações sobre a pretensa causa (trabalho), preocupou-se o CFM em indicar os principais meios que fornecem informações sobre as duas pontas da equação:

“Art. 2º Para o estabelecimento donexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além da anamnese, do exame clínico (físico e mental), de relatórios e dos exames complementares, é dever do médico considerar: (g. n.)”

O *caput* do artigo cita formas de se identificar o efeito (agravo à saúde), destaca a necessidade de se estabelecer com precisão o agravo e não se preocupa em esgotar as formas de se obter essa informação e nem afirma que todas essas fontes estão sempre à disposição do médico perito.

Os incisos indicam exemplos de possíveis fontes de informações sobre posto de trabalho. Como enfatiza Rodrido de Puy (8): “Ora, o texto é muito claro que o médico deverá “CONSIDERAR” todas as circunstâncias descritas em seus incisos, em um rol exemplificativo e não taxativo (*numerus clausus*)”.

A língua portuguesa impede que o verbo considerar seja substituído por realizar, tal como já foi abordado por diversos autores como Rodrigo de Puy (8), Zawitoski (9) e Daniel Martins de Barros (10).

A malfadada tese subentende “estudo do local de trabalho” como sinônimo de perícia do local de trabalho. Trata-se de uma impossibilidade conceitual.

O estudo do local de trabalho é realizado pelo empregador no cumprimento das diversas normas regulamentadoras, tais como: Programa de Gestão de Risco (PGR); emissão de ordem de serviço informando o trabalhador de todos os riscos presente no ambiente de trabalho e a forma de evita-los; Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP); Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA); Programa de Controle Médico Ocupacional (PCMSO); Análise Ergonômica do Trabalho (AET) - tão esquecida nas ações trabalhistas - dentre outros. Com isso, o Estudo do local de trabalho visa avaliar a presença de risco e possuem caráter preventivo. Tais estudos são acessíveis aos médicos que assistem os trabalhadores.

Vistoria do posto de trabalho, por definição, é ato processual que visa identificar causa e não o simples risco. Certamente não tem finalidade preventiva.

As definições de perícia têm um núcleo comum: O esclarecimento de um fato, tal como esclarece Genival Veloso de França (11), p. 45: “Define-se

perícia médico-legal como um conjunto de procedimentos médicos e técnicos que tem como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da Justiça” (g. n.)

Desta forma, é impossível que haja perícia de posto de trabalho sem que antes tenha sido definido seu objetivo específico. Esse objetivo é definido pelo médico perito com base na etiopatogenia do transtorno à saúde que porventura tenha sido diagnosticado. Ou seja, somente depois da perícia médica é possível definir se será necessário a realizar vistoria do posto de trabalho e, nesse caso, o ponto a ver avaliado.

2.5. CRITÉRIOS DE NEXO CAUSAL E FONTES DE INFORMAÇÕES

A análise donexo é feita através da aplicação dos critérios de nexocausal, definidos tecnicamente e discutidos internacionalmente. No caso específico, pode-se considerar que esse estudo se iniciou com a lei de acidente de trabalho francesa no fim do século XIX. Gustavo de Almeida (12) , destaca os postulados de Bradford-Hill, condição INUS, relação NESS, propositura de Rothman, critérios de Simonin, de Franchini, recomendações da NIOSH e Resolução INSS/DC Nº 10/1999.

A Resolução 2323/2022 (1), como não poderia deixar de ser, não aborda nenhum desses critérios. Ela se limita a elencar algumas fontes de informação onde um médico, especialmente os não peritos, podem buscar informações para avaliar nexo.

Naturalmente, fonte de informação não pode ser confundida com critério de nexoe, menos ainda, implica que é dever do perito produzir qualquer uma delas.

3. PAPEL DOS ATORES PROCESSUAIS EM RELAÇÃO A PROVA

Toda perícia é realizada dentro de um contexto legal. No caso, o trabalhador tem direito a ser indenizado por um dano corporal advindo de ato ilícito do empregador que, por sua vez, tem o dever legal de garantir um ambiente de trabalho seguro e saudável.

Cabe às partes apresentarem as provas que entendem ser necessárias e suficientes para sustentar suas teses, cabendo ao juiz analisar essas provas a fim de formar sua convicção.

Quando a análise da prova apresentada ao juiz pela

parte necessitar de conhecimento técnico, determina-se a realização de perícia (Art. 156 do CPC). É vedado ao juiz produzir prova para a parte e, conseqüentemente, o perito, mero auxiliar da justiça, sujeito às mesmas regras de imparcialidade e equidistância, também está sujeito à tal vedação. A função do perito é auxiliar o juiz na análise das provas apresentadas pelas partes e não as produzir. Cabe ao médico perito elaborar diagnóstico, analisar a etiopatogenia, definir claramente a(s) possível(is) causa(s) relacionadas ao trabalho e aplicar os critérios denexo causal.

Por força do art. 818 da CLT (13), inciso I, cabe ao reclamante produzir a prova constitutiva do seu direito. Essa prova consiste em identificar a patologia que entende estar relacionada ao trabalho e, dentro do possível, apontar a(s) causa(s) ocupacional(is) que entende estar(em) presente no ambiente de trabalho.

Na prática, essa segunda ação somente é possível quando o empregador fornece a chamada “ordem de serviço” descrevendo todos os riscos existentes nos postos de trabalho (NR 01) (14), identificados por estudos realizados com a participação dos trabalhadores, (NR 01, NR 09) (14), o que é raramente visto nos processos trabalhistas. As ordens de serviço entregues não costumam conter os riscos inerentes a função, em especial os riscos ergonômicos.

Desta forma, na prática, é quase impossível que o trabalhador produza prova da existência de risco em seu ambiente de trabalho que se relacione com a patologia que alega possuir. O PPP, único documento que é normalmente entregue ao trabalhador, não aborda os riscos ergonômicos.

Não é comum que a JT determine que cabe ao empregador demonstrar que oferece ambiente de trabalho seguro e saudável ao trabalhador, ainda que o descumprimento de norma de saúde e segurança do trabalho seja a maior geradora do dever de indenizar.

Mesmo o empregador, que tem o dever legal de cumprir normas de saúde e segurança, tenta transferir ao médico perito o ônus de demonstrar que oferece a seus trabalhadores ambiente de trabalho seguro e saudável.

A presunção legal de direito ou a inversão do ônus da dificuldade são aplicadas, mesmo após a reforma trabalhista ter instituído profundas e

benéficas alterações para o trabalhador, no artigo 818 da CLT (13).

4. PREJUÍZOS COLETIVOS

Nesse cenário, a parte autora, quando vê seus pedidos frustrados, impugna o laudo alegando que o médico perito não vistoriou o ambiente de trabalho. Tal impugnação ocorre mesmo quando não se identificou o agravo à saúde no trabalhador. Na prática o que se pretende é a realização de nova perícia na esperança que a chamada “indústria da concausa” provenha. Quando o artifício não surte efeito, ainda existe a chance de a decisão ser revertida por via recursal. No mínimo a sociedade arca com os custos de um processo artificialmente longo.

O maior prejudicando, entretanto, são os próprios trabalhadores, pois não se pleiteia o cumprimento do dever legal imposto pela legislação ao empregador, qual seja, o de analisar os riscos do ambiente de laboral, com a participação dos empregados, e informar o trabalhador dos riscos e das medidas necessárias para evitá-los.

A prática também é usada pelas reclamadas. Aqui o que se pede, ao fim e ao cabo, é que o médico perito supra o dever legal que o empregador não demonstra ter cumprido.

Nos dois casos, a transferência do ônus da prova para o perito médico estimula o descumprimento das normas de saúde e segurança. A justiça obreira perde a oportunidade única de estimular o cumprimento das normas de segurança melhorando as condições coletivas de trabalho.

A conduta da justiça trabalhista em substituir as fontes de informação descritas na Resolução 2323/22, dentre outras, e a adequada fundamentação do nexobaseada em critérios técnicos por mera “visita” ao posto de trabalho, constitui retrocesso nos esforços de melhorar a saúde e segurança do trabalhador.

O enfraquecimento dos serviços especializados em saúde do trabalhador é evidente, gerando o oposto do que pretende a resolução do CFM e a própria Justiça do Trabalho.

5. INDICAÇÕES DE PERÍCIA NO LOCAL DE TRABALHO

A perícia do local de trabalho tem seu lugar na análise de nexocausal entre agravo à saúde e

trabalho. Esse lugar é determinado por aspectos técnicos e legais.

O primeiro ponto a ser considerado na análise de nexos é a presença de transtorno à saúde. Não é incomum que a parte autora não apresente a patologia alegada, o que torna a perícia do local de trabalho inútil. O mesmo ocorre quando não existe dano.

Uma vez definida presença de dano corporal, inicia-se a análise de nexos. Essa análise parte da etiopatogenia do transtorno à saúde diagnosticado na perícia médica. Nos casos em que a etiopatogenia da doença afasta a possibilidade de se tratar de doença relacionada ao trabalho, a perícia é encerrada de forma adequadamente fundamentada.

Caso contrário, analisa-se a questão sob o ponto de vista do senso comum pois que em muitos casos a atividade é conhecida e distante da causa que poderia ter gerado a doença avaliada.

O conhecimento do médico perito sobre as características da tarefa é decisivo nesse momento. Caso seus conhecimentos não sejam suficientes para uma conclusão fundamentada, as informações contidas nos documentos encartados é fonte inestimável para a solução adequada do litígio. Nesse contexto se destaca as perícias ambientais já realizadas.

A literatura médica é o próximo ponto a ser avaliado. Caso a literatura demonstre a presença presumível de nexos, caberá à Reclamada (empregador) fundamentar sua ausência. Caso isso não seja feito de forma adequada, o nexos fica estabelecido. Trata-se de nexos presumido por ausência de apresentação por parte da reclamada de avaliações que tem por dever legal realizar.

Esse ponto é fundamental: enquanto a JT permitir que o empregador simplesmente não demonstre ter garantido ambiente de trabalho seguro e saudável, o Brasil não avançará e continuaremos a exibir elevado índice de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho.

Nas situações em que a justificativa dada pela reclamada não se mostra crível ou exista contradição entre as partes, o médico perito deve solicitar ao juízo a realização de perícia no local de trabalho fundamentando seu pedido e definindo claramente a causa a ser verificada.

E por assim ser, a indicação de perícia em local de

trabalho é feita pelo médico perito, após a realização de perícia, seguindo os passos de análise fundamentada de nexos acima expostos. Uma vez recebida a solicitação fundamentada e com objetivo claramente exposto, cabe exclusivamente ao juízo deferir ou não sua realização, bem como determinar o perito de sua confiança que a fará a perícia do posto de trabalho, separada da médica e adequadamente remunerada. Esse perito pode, inclusive, ser o médico perito a depender da sua qualificação e escolha do juízo, conforme fluxograma abaixo:

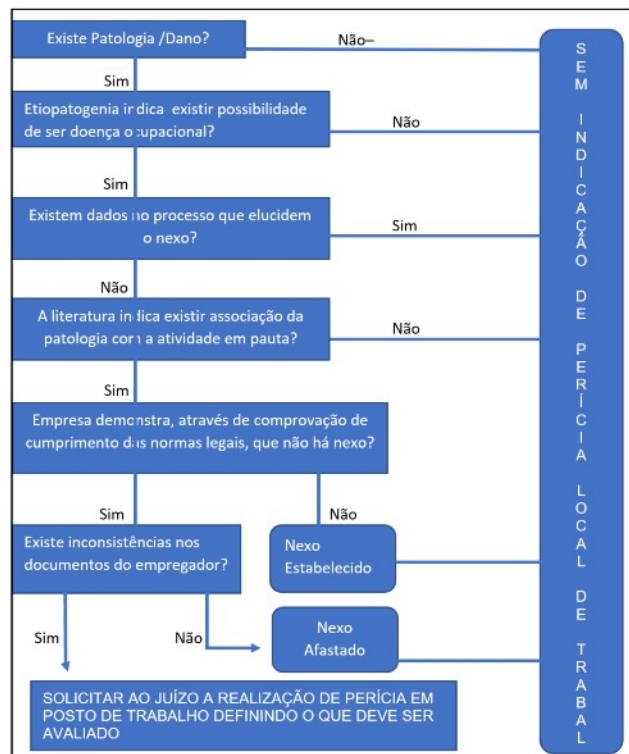


Figura 1: Fluxograma de indicação de perícia em local de trabalho a fim de auxiliar na análise da presença de nexos causal entre agravo a saúde e trabalho nas ações trabalhistas.

Em síntese, a vistoria do posto de trabalho não é ato médico segundo a legislação brasileira e não faz parte da perícia médica sob qualquer ângulo que se avalie a questão. Cabe ao médico perito fundamentar, com base na presença de patologia, na etiopatogenia e nas características do trabalho, avaliados sob a ótica dos critérios de nexos tecnicamente definidos, a presença ou ausência de relação de causa e efeito entre trabalho e lesão.

Nesse contexto pode ocorrer que a perícia do ambiente de trabalho seja indicada. Essa indicação cabe ao médico perito após a realização da perícia médica. A solicitação de perícia do local de trabalho, feita de forma fundamentada e com clara exposição do seu objetivo, será formalizada ao juízo.

Cabe exclusivamente ao juízo decidir sobre sua realização, indicando, caso aceite, o perito de sua confiança para esse trabalho que, pode ou não ser o médico perito, a depender de sua capacitação e escolha do juízo.

Assim, somente a exigência de a conclusão pericial estar embasada em critérios de nexos causais definidos e aceitos tecnicamente será capaz de impor que a ciência médico pericial determine as conclusões periciais, dando segurança ao julgador, às partes e inibindo tanto a chamada “indústria da concausa” quanto a negação sistemática de direitos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resolução CFM Nº 2323/2022, acessado em 04.10.2022: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2323>
2. Lei nº 12.842/2013, Dispõe sobre o exercício da Medicina (Lei do Ato Médico), acessada em 04.10.2022: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm
3. Resolução CFM 2.056/2013, [...] roteiros para perícias médicas [...], acessado em 04.10.2022: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf
4. Código de Processo Civil, Lei Nº 13.105/2015, acessado em 04.10.2022: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm
5. Lei Nº 3.268/1957, Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências, acessado em 04.10.2022: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm
6. Código de Ética Médica, Resolução CFM Nº 2217 DE 27/09/2019 <https://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index6/?numero=24&edicao=4631#page/1>
7. Freire JJ. A CAUSALIDADE NA MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS. Persp. 2019; 8 sup. Acessado em 05.10.2022: <https://dx.doi.org/10.47005/040110>
8. Puy, Rodrigo de : Análise crítica sob a ótica do Direito Médico acerca da Resolução CFM nº 2297/2021 (que dispõe de normas específicas para médicos que atendem o trabalhador). Acessado em 05.10.2022: <https://www.saudeocupacional.org/2021/12/analise-critica-sob-a-otica-do-direito-medico-acerca-da-resolucao-cfm-no-2297-2021.html>
9. Zawitoski, CEV – Perícias Médicas: Manual técnico e prático em ortopedia: membro superior: patologias, exames de imagem, aspectos periciais – Nova Odessa, SP. Napoleão, 2015.
10. Barros, DM. Manual de perícias psiquiátricas Porto Alegre, Artmed, 2015, ISBN 978-85-8271-143-9
11. França, GV. Medicina Legal, Guanabara Koogan, 10ed, 2015.
12. Almeida, G. Determinação de nexos causais na medicina do trabalho e na perícia judicial: referências e critérios. Rev Bras Med Trab.2021;19(2):231-239 DOI: 10.47626/1679-4435-2020-650. Acessível em <https://www.rbmt.org.br/about-the-authors/1603/pt-BR>. Acessado em 15.03.2023
13. Decreto Lei Nº 5.452/1943, Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Acessado em 04.10.2022: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm
14. Normas Regulamentadoras, Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. acessado em 04.10.2022: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/normas-regulamentadoras-nrs>

Vistoria de posto de trabalho não faz parte da perícia médica

DEMÊNCIA COM CORPOS DE LEWY EM PERÍCIA PREVIDENCIÁRIA

DEMENCIA WITH LEWY BODIES IN EXPERT ASSESSMENT OF SOCIAL SECURITY

Os autores informam não haver conflito de interesse

RELATO DE CASO recebido 5/11/2022 aceito em 26/5/2023

Como citar: Valença AM, Leal CCS, Oliveira GC, Moraes TM, NardiNardi AE, Mendlowicz MV. Demencia com corpos de Lewy em pericia previdenciaria. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230517
<https://dx.doi.org/10.47005/230517>

Alexandre Martins Valença ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6780184620648314> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5744-2112>

Cláudia Cristina Studart Leal ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4430586205919224> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1416-6127>

Gustavo Carvalho de Oliveira ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0039481809200600> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5744-2112>

Talvane Marins Moraes ⁽⁴⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6457995239550104> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3085-3736>

Antonio Egidio NardiNardi ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0970789513843822> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2152-4669>

Mauro Vitor Mendlowicz ⁽⁵⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5365289174073839> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8891-054>

⁽¹⁾ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ. (Autor principal)

⁽²⁾ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ. (Autor secundário)

⁽³⁾ Secretaria de Saúde do Distrito Federal- SESDF, Brasília-DF. (Autor secundário)

⁽⁴⁾ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ. (Autor secundário)

⁽⁵⁾ Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro-RJ. (Autor secundário)

RESUMO

Demência é uma síndrome clínica caracterizada por déficits cognitivos múltiplos, adquiridos e persistentes, capazes de interferir de maneira substancial nas atividades de vida diária do paciente. O diagnóstico da Demência com Corpos de Lewy (DCL) é caracterizado por flutuação nas funções cognitivas, alucinações visuais recorrentes, bem formadas e detalhadas e parkinsonismo, com rigidez, tremor, bradicinesia e fala arrastada. Nosso objetivo é descrever um relato de caso de DCL que por vários anos foi diagnosticado e tratado como depressão. É de extrema importância a investigação médica detalhada nesses casos, inclusive realizando diagnóstico diferencial com depressão, de forma a possibilitar tratamento adequado, orientação familiar e recebimento de benefícios financeiros fornecidos por autoridades governamentais.

Palavras-chave: Demência; Neurodegeneração; Demência com corpos de Lewy

ABSTRACT

Dementia is a clinical syndrome characterized by multiple, acquired and persistent cognitive deficits, capable of substantially interfering in the patient's activities of daily living. The diagnosis of Dementia with Lewy Bodies (LBD) is characterized by fluctuation in cognitive functions, recurrent, well-formed, and detailed visual hallucinations, and parkinsonism, with stiffness, tremor, bradykinesia, and slurred speech. Our goal is to describe a case report of LBD that for several years was diagnosed and treated as depression. It is extremely important to have detailed medical research in these cases, including performing differential diagnosis with depression, in order to enable adequate treatment, family guidance and receipt of financial benefits provided by government authorities.

Keywords: Dementia; Neurodegeneration; Dementia with Lewy bodies

1. INTRODUÇÃO

Demência é uma síndrome clínica caracterizada por déficits cognitivos múltiplos, adquiridos e persistentes, capazes de interferir de maneira substancial nas atividades de vida diária do paciente. É mais prevalente nos segmentos da população com idade avançada, principalmente naqueles com mais de 75 anos. O aumento da população com demência é uma grande preocupação para profissionais de saúde e legisladores em todo o mundo¹. A doença de Alzheimer (DA) e a demência com corpos de Lewy (DCL) são os principais representantes de demências neurodegenerativas (2).

A DCL é uma forma comum de comprometimento cognitivo, representando 30% dos casos de demência em pessoas com idade acima de 65 anos. O diagnóstico precoce do DLB tem sido desafiador; particularmente no contexto de diferenciação com a demência da doença de Parkinson e outras formas de demência, como a doença de Alzheimer e transtornos do humor, como depressão³.

O diagnóstico da DCL é caracterizado por flutuação nas funções cognitivas, alucinações visuais recorrentes, bem formadas e detalhadas e parkinsonismo, com rigidez, tremor, bradicinesia e fala arrastada. O déficit de memória em geral é mais tardio, e são frequentes déficits de atenção, função cognitiva e habilidades visuoespaciais. Outras características são transtorno comportamental do sono REM, maior sensibilidade aos efeitos adversos dos antipsicóticos e captação reduzida em núcleos da base de transportadores de dopamina em exame de neuroimagem⁴.

Um estudo retrospectivo verificou que o diagnóstico de depressão maior foi inicialmente

feito em 19% dos 962 pacientes com DCL⁵. Dezesete dos 90 pacientes com provável DCL (18,9%) relataram depressão e uso de antidepressivo concomitante antes ou no início da perda de memória. A duração prodromal média da depressão em relação ao início da perda de memória foi de $7,2 \pm 12,0$ anos (6).

Nosso objetivo é descrever um relato de caso de DCL que por vários anos foi diagnosticado e tratado como depressão.

2. RELATO DE CASO

Sr. John, 73 anos, professor aposentado, casado. Sua esposa vem solicitando benefício previdenciário, que vem sendo negado, devido ao paciente receber diagnóstico de “depressão” pelos peritos, diagnóstico que não contempla o benefício solicitado.

De acordo com a esposa do paciente, no ano de 2015 o mesmo começou a se queixar de “esquecimento”. A esposa notava “coisas estranhas”, como “ataques de sono”, inclusive na frente de visitas recebidas pelo casal. Afirmamos ainda que esses “esquecimentos” persistiram, havendo grande piora da cognição no ano de 2018, quando o mesmo ia fazer compras de alimentos no mercado e esquecia vários itens, porém não admitindo isso.

No de 2020, os “esquecimentos” do sr. John se tornaram mais frequentes. Em certa ocasião ele tentou dirigir o seu carro e não sabia a localização do acelerador. Nesse mesmo ano, ao tentar visitar o filho, em lugar que lhe era conhecido, esqueceu o caminho, necessitando perguntar a pessoas que transitavam pela rua. Também não conseguia entender filmes ou séries de TV. Queixava-se de não

dormir a noite inteira, além de apresentar sintomas como tristeza, angústia, ideias de morte e dificuldade em conciliar o sono. Foi avaliado por diversos médicos psiquiatras nos últimos cinco anos, recebendo vários medicamentos antidepressivos e tendo diagnóstico de depressão refratária. No início do ano de 2021, foi submetido a tratamento de eletroconvulsoterapia, indicada por apresentar ideação suicida. Houve melhora apenas parcial do quadro depressivo apresentado. A depressão do paciente sempre foi acompanhada de problemas cognitivos, como esquecimento de atividades, perda frequente de objetos, além de andar muito devagar, levar muito tempo para comer as refeições e tremores nas mãos. Há relato de vários episódios de parkinsonismo com medicamentos como Quetiapina. Com a prescrição desse último medicamento o paciente permaneceu três dias sem conseguir sair da cama, apresentando muita rigidez muscular. O paciente também já relatou visões de “pessoas mortas e borboletas”. O mesmo também levou várias quedas da própria altura durante a noite, além de fazer movimentos como se fosse cair para trás. Refere ainda a acompanhante que o paciente já apresentou muitos episódios de sono agitado, em que falava sem parar e movimentava muito os braços, de forma abrupta e repetida. Também já caiu várias vezes da própria altura durante o dia, estando acordado.

No último ano o paciente permaneceu com déficits cognitivos importantes, inclusive tendo recordações que não correspondiam à realidade, como a de ter ido a um show musical, fato que nunca ocorreu. Também esquece onde deixa seus pertences, bem como eventos e compromissos e nomes de pessoas. Nunca sai sozinho de casa e não mais manipula sua conta bancária

Avaliação Neuropsicológica realizada em 2021 apontou dificuldade para reconhecer formas e parte de objetos, tendo dificuldade de integrá-los como um todo. Também apontou alteração da atenção e da flexibilidade cognitiva, da capacidade de planejamento e monitoramento de tarefas, do controle inibitório e da fluência verbal. Igualmente apontou comprometimento da capacidade de expressão de linguagem como dificuldade de nomear figuras e dificuldade para expressar o significado de palavras, além de rebaixamento do processo de aprender um material novo, após

exposição sucessiva de conteúdo anterior.

Exame de Biomarcadores de Neurodegeneração no Líquor encontrou aumento dos níveis de proteína T-Tau e diminuição dos níveis de relação Beta Amiloide (AB42/AB40). Ressonância Magnética do Crânio com Espectroscopia de Prótons apontou que as análises espectrais dos lobos frontais apresentaram picos de glutamina/glutamato e aumento dos níveis de mio-inositol, notadamente na área direita. Outro achado apontou cisternas de base, cisuras e sulcos de convexidade cerebral mais evidentes, notadamente nas convexidades parietais altas bilateralmente. Cintilografia dos Neurônios Dopaminérgicos dos Núcleos da Base apontou concentração reduzida do radiotraçador, em grau acentuado, nos núcleos da base, bilateralmente, sendo compatível com disfunção dopaminérgica nigroestriatal em grau acentuado.

Ao exame do estado mental, realizado há três meses, apresentou consciência vígil, orientado no tempo e espaço. Não conseguiu precisar vários dados, como o ano em que foi aposentado ou data de casamento. Permaneceu pouco atento à entrevista, tendo sido necessário repetir perguntas ou reformular perguntas realizadas, para o seu entendimento. As informações sobre sua história psiquiátrica foram fornecidas pela esposa, não conseguindo ele estabelecer nexos cronológicos das queixas e sintomas que apresenta. Memórias para fatos recentes e remotos prejudicada. Há relato de paramnésias (recordações de acontecimentos que não correspondem à realidade). Queixa-se de “depressão, desânimo, esquecimento e cabeça ruim”. Pensamento de conteúdo pobre, com fluxo de ideias comprometido. Há referência a passado de alucinações visuais, humor apático, afetividade esmaecida. Vontade e pragmatismo muito prejudicados.

A esposa do paciente entrará com novo pedido do benefício previdenciário, apresentando documento médico de acordo com o descrito nesse caso.

3. DISCUSSÃO

Em conjunto, o exame do estado mental do paciente, somados aos exames complementares, avaliação neuropsicológica e dados clínicos do mesmo, apontam fortemente para a presença de demências degenerativas, como a demência de Alzheimer e a DCL^{7,8}.

De acordo com a Alzheimer's Association (9) a demência de Lewy é semelhante à demência de Alzheimer em muitos aspectos. Além disso, ela pode ocorrer por si só ou juntamente com a doença de Alzheimer e/ou demência vascular. Alguns autores ainda não aceitam distinguir a Demência com Corpos de Lewy da doença de Alzheimer, preferindo considerá-la uma variante desta última¹⁰. O paciente em questão apresenta também vários sinais e sintomas relacionados à DCL, como alucinações visuais, hipersensibilidade a antipsicóticos, sintomas neuropsiquiátricos, parkinsonismo e transtorno comportamental do sono. Em relação às alucinações visuais na Demência com Corpos de Lewy, estas apresentam natureza complexa quanto ao conteúdo, podendo ser bem estruturadas, vívidas e detalhadas, envolvendo pessoas ou animais. Mais de 80% dos pacientes com esse tipo de demência revelam essas vivências (8), como no caso em questão. Igualmente nesses casos, há uma hipersensibilidade a medicamentos antipsicóticos. Inclusive a hipersensibilidade a antipsicóticos passou a ser um critério de suporte para o diagnóstico dessa demência¹¹. No presente caso o paciente apresentou graves sintomas extrapiramidais após uso de quetiapina.

O paciente apresenta depressão e relato de ideação suicida prévia. Este é um sintoma neuropsiquiátrico frequente na DCL. Não se pode deixar de considerar o impacto da demência no quadro depressivo atual, inclusive contribuindo para a gênese da depressão, pior prognóstico da mesma e refratariedade ao tratamento farmacológico e eletroconvulsoterapia, a exemplo desse caso.

O paciente tem apresentado sintomas de parkinsonismo em sua vida diária, como instabilidade postural (relato de quedas) bradicinesia e lentificação dos movimentos. Importante salientar que o parkinsonismo espontâneo acomete mais de 85% dos pacientes com Demência com Corpos de Lewy¹².

A Cintilografia dos Neurônios Dopaminérgicos dos Núcleos da Base encontrou concentração reduzida do radiotraçador, em grau acentuado, nos núcleos da base, bilateralmente, sendo esse achado compatível com disfunção dopaminérgica nigroestriatal. A utilidade desse exame em distinguir Demência com Corpos de Lewy da

Demência de Alzheimer é bem estabelecida, tendo uma sensibilidade de 88% e especificidade de 100%, para excluir casos que não sejam Demência com Corpos de Lewy³.

É importante salientar que embora a demência com corpos de Lewy não esteja listada na CID-10¹³ na CID 11¹⁴ ela é listada como Demência associada à doença de corpos de Lewy (6D82). A CID-11¹⁴ a descreve da seguinte forma: “Demência associada à doença de corpos de Lewy é a segunda forma mais comum de demência na doença de idosos depois de Alzheimer. O início é insidioso, com atenção e executivos déficits de funcionamento normalmente relatados como a queixa apresentada inicialmente. Estes défices cognitivos são frequentemente acompanhadas de alucinações visuais e sintomas de distúrbio comportamental do sono REM. Alucinações em outras modalidades sensoriais, sintomas depressivos, e delírios podem também estar presentes. A apresentação dos sintomas geralmente varia significativamente ao longo de dias necessitando de observação longitudinal. O aparecimento espontâneo de Parkinsonismo dentro de aproximadamente 1 ano do início dos sintomas cognitivos é característica da doença”. É mister salientar que essa descrição corresponde inteiramente ao caso em questão”.

4. CONCLUSÃO

O presente caso ilustra como em uma síndrome demencial relacionada a DCL, os déficits cognitivos e repercussão no funcionamento social e da vida diária do indivíduo são muito prejudicados.

O estudo de características clínicas, neurológicas e psicopatológicas de pacientes com depressão que apresentam sintomas de demências degenerativas como DCL pode contribuir para elucidação do diagnóstico diferencial entre essas condições. A depressão em idade avançada pode ser um pródromo de demências degenerativas¹⁵. Certamente o estudo dessa relação merece ser mais aprofundado.

É de extrema importância a investigação médica detalhada nesses casos, inclusive realizando diagnóstico diferencial com depressão, de forma a possibilitar tratamento adequado, orientação familiar e recebimento de benefícios financeiros fornecidos por autoridades governamentais, quando isso for necessário, dessa forma

contribuindo para a justiça social e melhor qualidade de vida desses pacientes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*. 2013 Jan;9(1):63-75. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
2. Cummings JL, Reichman WE- Dementia. In: DUTHIE, EHJ.; KATZ, PR. *Practice of Geriatrics*. 3rd ed. WB Saunders Company. Philadelphia, pp. 268-78, 1998.
3. Yousaf T, Dervenoulas G, Valkimadi P, Politis M. Neuroimaging in Lewy body dementia. *J Neurol* 2019; 266(1):1-26.
4. Mckeith I, Dickson D, Lowe J et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 2005; 65(12): 1863-72.
5. Galvin JE, Duda JE, Kaufer DI, Lippa CF, Taylor A, Zarit SH. Lewy body dementia: The caregiver experience of clinical care. *Parkinsonism Relat. Disord*. 2010; 16:388-392
6. Fujishiro H, Nakamura S, Sato K, Iseki E. Prodromal dementia with Lewy bodies *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15: 817-826.
7. Bjerke M, Engelborghs S. Cerebrospinal Fluid Biomarkers for Early and Differential Alzheimer's Disease Diagnosis. *J Alzheimers Dis*. 2018;62(3):1199-1209;
8. Pais MV, Loureiro JC, Stella F, Forlenza OV. In: Nardi AE, da Silva AG, Quevedo J. *Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2022).
9. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/types-of-dementia/lewy-body-dementia>
10. Tavares A, Azeredo C. Demência com Corpos de Lewy: uma Revisão para o psiquiatra *Rev. Psiqu. Clín.* 30 (1):29-34, 2003.
11. Walker Z, Possin KL, Boeve BF et al. Lewy body dementias. *Lancet* 2015; 386 (10004): 1683-97.
12. Ferman TJ, Boeve BF, Smith GE, et al. Inclusion of RBD improves the diagnostic classification of dementia with Lewy bodies. *Neurology* 2011; 77(9): 875-82.
13. World Health Organization. (2004). ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 2nd ed. World Health Organization.
14. World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*.
15. Fujishiro H. Late-Life Depression and Lewy Body Disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2019 Mar;27(3):287-289. doi: 10.1016/j.jagp.2018.11.001. Epub 2018 Nov 20.

VALORAÇÃO DO DANO ESTÉTICO NO ÂMBITO DO DIREITO CIVIL BRASILEIRO

VALUATION OF AESTHETIC DAMAGE IN THE SCOPE OF BRAZILIAN CIVIL LAW

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO ORIGINAL recebido 04/11/2022 aceito em 25/5/2023

Como citar: Freire JJB. A Medicina Pericial doutrinária em um estudo epistemológico biopsicossocial dos conceitos de Epigênese e de Epigenética. Persp Med Legal Pericias Med. 2022; 7: e220610
<https://dx.doi.org/10.47005/220610>

Renata Yumi Lima Konichi ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0287972168845427> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5882-1368>

Raísa Kyn Fujisawa ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1576287532511418> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6194-3625>

Ivan Dieb Miziara ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/123456789123> ORCID: <https://orcid.org/0000-1234-5678-9101>

⁽¹⁾ Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação Faculdade de Medicina da USP, São Paulo/SP, Brasil (autor principal)

⁽²⁾ Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação Faculdade de Medicina da USP, São Paulo/SP, Brasil (autor secundário)

⁽³⁾ Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação Faculdade de Medicina da USP, São Paulo/SP, Brasil (orientador)

E-mail: reyumik@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os danos estéticos ganharam especial relevância nas últimas décadas, devido valorização dos temas relacionados à imagem e à harmonia corporal. A avaliação desse prejuízo continua sendo bastante imprecisa, porque é um dano objetável pelo observador, mensurável e valioso, entretanto possui grande componente subjetivo, tanto por parte do sujeito que sofre com isso, quanto do examinador. O objetivo deste artigo é expor o cenário atual na valoração do dano estético e propor um novo método universal para auxiliar nesta valoração. **Método:** Revisão bibliográfica dos artigos open access até o ano de 2022, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa. **Resultados:** Nenhuma das metodologias existentes se mostrou suficiente

para se aproximar da real avaliação dos prejuízos que o dano estético acarretou na vida das vítimas, nenhuma das escalas analisadas avaliou simultaneamente as características inerentes da lesão, os impactos sobre a funcionalidade e os desdobramentos psicoemocionais. **Discussão:** No Brasil, não existem critérios definitivos para avaliação de dano estético. Atualmente, para referenciar e qualificar o dano estético, além da descrição pormenorizada da afecção, propõe-se o uso de uma escala valorativa, a “Escala gradativa com sete graus”, que é considerada o método mais subjetivo dentre os outros. A dificuldade dessa avaliação é consenso na literatura e as reais repercussões do dano estético não conseguem ser contempladas pelos métodos atuais, impedindo que o julgador atribua indenizações adequadas para o prejuízo da vítima. **Conclusão:** A fim de contemplar todos os aspectos fundamentais da valoração mais próxima possível do real impacto do prejuízo, para que o julgador defina a compensação pertinente, propomos uma nova metodologia para avaliação do dano estético permanente, composta por quatro tabelas que abordam aspectos objetivos e subjetivos. Palavras-chave: dano estético, medicina legal, responsabilidade civil e reparação.

ABSTRACT

Introduction: Aesthetic damage has gained special relevance in recent decades, due to the appreciation of themes related to image and body harmony. The assessment of this damage continues to be quite imprecise, because it is an objectionable damage by the observer, measurable and valuable, however it has a large subjective component, both on the part of the subject who suffers from it, and on the part of the examiner. This article aims to present the current scenario in aesthetic damage valuation and to propose a new method for this purpose. **Method:** Bibliographic review of open access articles up to the year 2022, in Portuguese, Spanish and English. **Results:** None of the existing methodologies proved to be sufficient to approach the real assessment of the damage that the aesthetic damage caused to the victims' lives, none of the analyzed scales simultaneously evaluated the inherent characteristics of the lesion, the impacts on functionality and the psycho-emotional consequences. **Discussion:** In Brazil, there are no definitive criteria for evaluating aesthetic damage. Currently, in order to reference and qualify the aesthetic damage, in addition to the detailed description of the condition, it is proposed to use an evaluative scale, the “gradual scale with seven degrees”, which is considered the most subjective method among the others. The difficulty of this assessment is a consensus in the literature and the real repercussions of aesthetic damage cannot be addressed by current methods, preventing the judge from awarding adequate compensation for the victim's detriment. **Conclusion:** In order to contemplate all the fundamental aspects of the valuation as close as possible to the real impact of the damage, so that the judge can define the relevant compensation, we propose a new methodology for the evaluation of permanent aesthetic damage, composed of four tables that address objective and subjective criteria.

Keywords: Aesthetic damage, forensic medicine, civil responsibility, and repair.

1. INTRODUÇÃO

A distinção entre a beleza e a feiura é principalmente subjetiva. Ela varia de acordo com a época, o contexto cultural, os valores individuais e do grupo (diretrizes socioculturais). Desta forma, apenas a avaliação das impressões pessoais do perito ou a avaliação única e exclusiva da lesão, desconsiderando os danos não materiais, torna-se inadequada. Se faz necessária, portanto, a análise das sensações e reações que a contemplação da deformidade provoca.

A beleza – instintiva e inconscientemente – é relacionada à noção de saúde. Essa característica transmite a ideia de que a pessoa está saudável, à medida que se infere que a pessoa bela cuida mais de si, e de que tem maiores capacidades. Tais deduções conferem-lhe benefícios em múltiplos aspectos, como um bom desempenho em uma entrevista de trabalho, por exemplo (1). O filósofo alemão Arthur Schopenhauer ilustrou essa correlação em sua obra *Metafísica do Belo*: “A beleza é uma carta de recomendação que nos

dispõe favoravelmente em favor de quem a traz, mesmo antes de lê-la”.

A beleza do corpo humano, a harmonia e a proporção de suas formas, sempre foram um valor da pessoa e um fator de integração no grupo (2). Dado que o dano estético é conceituado como o afeamento da vítima, surge então o problema de como valorar sua gravidade, uma vez que se parte de conceitos eminentemente subjetivos – a beleza e a feiura – para sua avaliação.

A dificuldade dessa avaliação é consenso na literatura, principalmente no aspecto abstrato deste tipo de dano (faceta moral ou psicológica) e das influências de fatores particulares do indivíduo sobre as repercussões deste prejuízo, como: idade, gênero, localização da lesão, estado civil e, inclusive, o “remanescente da capacidade estética”, que seria o estado de beleza anterior ao agravo. Sua complexidade de avaliação transcorre da confluência das perspectivas técnicas e jurídicas na emissão do relatório pericial (3).

Criado del Río evidencia o problema da avaliação do dano estético como “avaliar o dano objetivo, cuja avaliação é subjetiva”. Muito embora seja injusto e impreciso transformar algo essencialmente subjetivo em algo quantificável, é a única forma passível de medi-lo a fim de que o prejuízo seja ressarcido. Por esse motivo, a utilização de um método descritivo é imprescindível (4)(5), uma vez que se trata do único método que o perito possui para atestar a verdadeira natureza da alteração estética, e a importância dos efeitos da perda de atração (3). A descrição deve conter: as características externas da lesão; em caso de dano dinâmico, deve-se descrever o impacto negativo em um ou mais gestos ou movimentos, bem como a frequência de uso do gesto ou movimento; e a localização da lesão, para avaliação de sua visibilidade (2).

As cicatrizes são a causa mais comum e mais discutida dentro de danos estéticos, muito embora, caiba salientar que existem outros comprometimentos psíquicos e orgânicos que produzem desfiguração (como a *moon face* e o hirsutismo decorrentes de Síndrome de Cushing ou quadros depressivos graves). Serão consideradas indenizáveis as cicatrizes que prejudiquem a imagem da vítima perante outrem, mas não se deve desconsiderar o sofrimento psíquico decorrente da

desfiguração (6).

A determinação de uma afecção estética dá-se pela avaliação do médico perito, que é quem a valora e quantifica efetivamente, mas também é imprescindível o conhecimento da opinião do próprio lesionado e, também pode ser adequado, questionar a opinião das pessoas próximas à vítima, uma vez que seus sentimentos e reações interferirão diretamente na vivência do periciando (2). Nesta modalidade de dano, o perito dificilmente consegue se abster da subjetividade da sua apreciação, o que muitas vezes o leva a se ater à apreciação do dano ao corpo (dano material), em detrimento do sentimento da pessoa em relação a esse prejuízo (7)(3).

O desafio encontrado nesse tipo de perícia é como deve-se valorar o dano estético, cuja existência se dá pelos sentidos – principalmente pela visão –, quantificando-o e medindo sua importância, repercussão e gravidade, quando a crítica do grau de fealdade decorrente de uma lesão (a qual gerou responsabilidade civil) é de apreciação de tripla subjetividade: da vítima (própria experiência), do perito médico (que deve expressá-la objetivamente, sem torná-la impessoal) e daquele que irá realizar seu reparo, o juiz (8)(9)(10).

1. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica com todos os artigos na modalidade *open access* até o ano de 2022, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa. Foram usados os descritores: “dano estético”, “medicina legal”, “responsabilidade civil” e “reparação”. As plataformas utilizadas para a busca foram: Google Acadêmico, Scielo, LILACS, Virtual Health Library (VHL) e PubMed. A partir daí, foram selecionados 91 artigos (entre publicações em revistas científicas, revistas eletrônicas e dissertações de mestrado e doutorado), sendo excluídos 49 por não abordarem diretamente a questão da valoração do dano estético ou por impedimento de barreira linguística, resultando em um total de 44 publicações. Para este estudo não foi considerado o fator de impacto das revistas devido a limitada quantidade de material disponível na literatura.

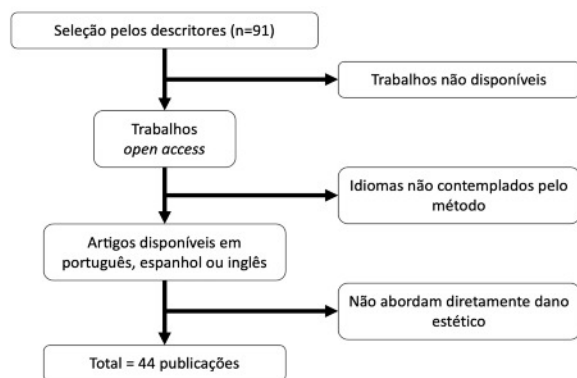


Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos

2. RESULTADOS

2.1 DIFICULDADES DA PERÍCIA MÉDICA

A prova pericial da avaliação de danos corporais, em todos os quadros jurídicos, é essencialmente médica, assim o laudo médico-legal deve atender a normas específicas de modo a cumprir os objetivos que o documento solicita, de forma a auxiliar os magistrados no entendimento e tomada de decisão (11). No Brasil, não existem critérios definitivos, como um padrão a ser seguido, pela jurisprudência para avaliação de dano estético. Atualmente, para referenciar e qualificar o dano estético, além da descrição pormenorizada da afecção, propõe-se o uso de uma escala valorativa.

O método mais amplamente aplicado é a “Escala gradativa com sete graus” ou Método de Thierry e Nicourt (12), o qual gradua a lesão em grau crescente de gravidade. Entretanto, este método é considerado o mais subjetivo dentre os outros, dependendo exclusivamente do entendimento e percepções do perito. Faz-se indispensável, portanto, que o perito explicita as razões que tecnicamente justificam a inclusão no grau por ele estimado por meio do relato minucioso do exame (13).

Neste tipo de perícia cível exige-se uma descrição pormenorizada e objetiva da relevância estética do dano, levando em consideração o sexo (gênero), idade, profissão, natureza, localização e habitual visibilidade das lesões, interferência com a harmonia usual da dinâmica corporal, entre outros qualificativos. A avaliação deve ser personalizada e individualizada e deve contemplar, além dos fatores supracitados, a situação anterior ao evento e o

comportamento da vítima em relação à deformidade. Cabe, ainda, salientar que o indivíduo foi prejudicado em suas realizações pessoais sendo esse prejuízo tanto mais grave quanto mais jovem for a pessoa e quanto mais intensas forem suas atividades de lazer, de dotes físicos e artísticos e de capacidade intelectual (13). Segundo Jean Carrard: “o atentado à estética será tanto mais grave quanto mais bela for a vítima”.

Sobre o momento ideal para a avaliação do dano, sob o ponto de vista cível, seria quando houvesse a estabilização das lesões (máximo da autorreparação) ou no momento subsequente a melhor reparação estética por correção cirúrgica. Diferentemente da esfera penal, cuja data para avaliação do dano estético permanente é de trinta dias decorridos da data do delito, o tempo médio é de nove meses quando não há necessidade de intervenção cirúrgica ou dezoito meses quando há cirurgia de reparação. O motivo dessa diferença entre o tempo de avaliação ideal nessas duas esferas, cível e penal, é que os objetivos são diferentes: enquanto a primeira visa a classificação do delito, a última almeja avaliar o impacto daquele dano sobre o indivíduo.

Os danos estéticos, em geral, ganharam especial relevância nas últimas décadas, devido valorização dos temas relacionados à imagem e à harmonia corporal (14). A avaliação desse prejuízo, a despeito dos métodos utilizados, continua sendo bastante imprecisa, porque é um dano objetável pelo observador e, portanto, mensurável e valioso (15), entretanto possui um grande componente subjetivo, tanto por parte do sujeito que sofre com isso, quanto do examinador (16). Trata-se de um dano permanente, que pode ou não ser modificado por procedimentos estéticos, cuja avaliação é extraída do conjunto de circunstâncias individuais da parte lesada (17)(14)

2.2 DANO ESTÉTICO

A ideia sobre beleza está em constante mudança e devem ser levados em consideração as sensações e sentimentos do indivíduo, uma vez que o julgamento de beleza e feiura é subjetivo. Atualmente, considera-se dano estético qualquer alteração na aparência externa do indivíduo, seja ela duradoura ou permanente, que cause desgosto ou complexo de inferioridade para a vítima (1). O

dano estético é a repercussão permanente do dano sofrido, uma irregularidade física seja ela qual for; de um ponto de vista estático e dinâmico; que causa uma diminuição da atração estética, depreciação da aparência ou alteração pejorativa; e que leva em consideração a apreciação do indivíduo em relação a si e a outras pessoas (11). Está previsto no Código Civil de 2002 em seus artigos 186 e 927, dizendo a respeito também da indenização nos artigos 949 e 951; e na Constituição Federal, artigo 5, incisos V e X (18).

Entende-se por dano qualquer diminuição do patrimônio, quer seja material ou moral, ou seja, é toda lesão a um bem juridicamente protegido. No Brasil, a dignidade da pessoa humana, está prevista no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal, e constitui um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, inerente à República Federativa do Brasil (19). Tem por fim assegurar ao homem um mínimo de direitos que devem ser garantidos pela sociedade e pelo poder público, de modo a preservar a valorização do ser humano, resguardando-lhe a liberdade individual e a personalidade. A aparência externa compõe uma das dimensões da personalidade humana, ou seja, o conjunto de características conferem ao indivíduo qualidade de único e inconfundível, bem como a forma que ele se relaciona com os demais. É por meio da imagem que os indivíduos existem para si e para os outros, dando origem ao que Tereza Ancona Lopez conceituou como “amor-próprio pela identidade” (20). Assim, justifica-se a conceituação de dano estético.

Alonso, define prejuízo estético como qualquer irregularidade física que seja visível, permanente e ostensivamente feia a olho nu, mas que também deve-se acrescentar outra variável, de vital importância, que é o entendimento da vítima sobre a alteração como efetivamente um prejuízo. Assim, em vista disso, “seus sentimentos são a base da lesão e, portanto, do dano” (21). Para Teresa Ancona Lopez, dano estético trata de “qualquer modificação duradoura ou permanente na aparência externa de uma pessoa; modificação esta que lhe acarreta um ‘enfeamento’ e lhe cause humilhações e desgostos, dando origem, portanto a uma dor moral” (22). Geralmente, resultam de erros médicos, acidentes de trânsito ou agressões físicas mais graves. Para a autora, o dano estético

é a constatação objetiva de que, em razão do ilícito, aquilo que foi já não é mais e, por essa simples razão, a vítima sofre (constatação subjetiva) (20). Outra importante consideração é que o dano estético sempre acarreta prejuízos morais e, eventualmente, prejuízos materiais, uma vez que pode ter reflexos na capacidade laboral e sobre a capacidade de ganho, seja pela repercussão nos relacionamentos ao longo da vida, seja na eficiência social (23)(24). Por isso, há a necessidade de avaliar, durante a perícia, alguns aspectos: a gravidade objetiva do dano (extensão material do prejuízo); as circunstâncias particulares do ofendido (o gênero, a idade, as condições sociais, a profissão, a beleza, entre outros); e, fundamentalmente, se a lesão promovida tem resultado duradouro ou permanente, para que seja indenizável pela atual legislação brasileira (20).

A imagem de um indivíduo é uma construção complexa e com diversas facetas. Além da valoração pela própria pessoa da sua imagem ser de natureza pessoal e particular, a imagem é um patrimônio que se valora externamente na relação interpessoal (18). A sua alteração pode promover múltiplos danos à vítima e, nessas situações, o intento é a reparação integral dos danos. Quando a restituição total da imagem da pessoa não é atingida, o responsável estará incumbido de “compensar” os prejuízos provocados (25). Segundo esse entendimento, Dalligand et al. afirmam que “*não devemos perder de vista o fato de que o dano estético não é apenas a deformidade que torna a fisionomia ou a aparência da vítima feia, mas, e primordialmente, as repercussões psicológicas que a alteração estética produziu sobre o assunto*” (26). Já o advogado especializado em direito da saúde, Dionísio Birnfeld, consegue resumir de forma clara todas essas repercussões: a piora da situação do ofendido (27).

Do ponto de vista anatomofuncional, a lesão estética pode ser dividida em estática e dinâmica (21). A lesão estática inclui aquela que é percebida a olho nu a partir de um único exame da vítima, afeta principalmente a pele e inclui cicatrizes simples, queimaduras, pigmentação, mutilação, perda ou redução de um perfil ou contorno, também contempla perdas de substâncias, amputações e dismetrias (21). Já a dinâmica é evidenciada a partir dos movimentos da pessoa ou

mudanças de atitude, como nos distúrbios da marcha, expressão facial (paralisia facial), gestos anormais (ataxia, apraxia, hemiplegia, tremor, etc.), fala (disartria, gagueira, rouquidão, etc.) e também inclui alterações relacionadas ao odor corporal (halitose, fístulas urinárias, colostomia, etc.) (8).

O dano estético é dividido, ainda, em permanente ou temporário. Entende-se por lesão permanente ou duradoura aquelas que resultem na alteração da estrutura anatômica ou funcional do órgão quando avaliadas em estado relativamente estabilizado das lesões. Entretanto, há situações em que sua reparação pode ser obtida por meio de tratamento(s) e/ou cirurgias plásticas reparadoras, configurando a lesão, portanto, como temporária. Atualmente, apenas o dano estético permanente é considerado para méritos de reparação na legislação brasileira, muito embora, principalmente nos países europeus, já haja a discussão sobre o mesmo mérito para valorar o dano estético temporário considerando o sofrimento psíquico que ele acarreta.

3.1 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO DANO ESTÉTICO

Existem diversos métodos desenvolvidos para a avaliação do dano estético. Podemos classificá-los em três diferentes grupos de acordo com seus critérios: descritivo, qualitativo e quantitativo.

O método descritivo consiste na descrição pormenorizada de todas as deformidades ou defeitos que possam ser relevantes para a valoração do prejuízo estético (3). É um meio que o perito possui para demonstrar a natureza da alteração estética, sua importância e os efeitos do afeamento ou diminuição do potencial de atração (17). Não é um método propriamente objetivo porque não há não uso de linguagem padronizada, nem parâmetros capazes de descrever a real perda estética, entretanto é o método mais usado. A descrição deve conter: a natureza da alteração, forma, tamanho, textura e coloração; o grau de visibilidade da lesão; a frequência de utilização do gesto ou aceno alterado; fatores pessoais (idade, gênero, ocupação); sofrimento decorrente da lesão; e a consideração do estado anterior (coeficiente estético anterior). Deve, ainda, analisar a história clínica e todas as situações adversas correlacionadas durante o período de consolidação e pósconsolidação, ademais, descrever as possíveis

repercussões que possam se enquadrar no conceito de *quantum doloris*: dores físicas, sofrimentos psíquicos e sofrimentos morais (3)(4). Além disso, a possibilidade de cirurgia reconstrutiva deve ser relatada (8).

O método qualitativo expressa o dano estético com uma graduação de qualificação ou de situações, mediante a correspondência de uma seqüela a um adjetivo associado a um valor de uma escala. Exemplo: Leve, moderado, médio, importante, bastante importante e importantíssimo. Tem como objetivo demonstrar a importância ou a gravidade da perda estética de maneira simples e direta. Entretanto, não é um método que deve ser utilizado exclusivamente ou isoladamente. É usado na maioria dos países europeus.

Por fim, o método quantitativo, ou analítico, expressa o grau de perda estética por meio de uma porcentagem, considerando a integridade estética como 100% e dela subtraindo valores conforme os achados da perícia. Usam como instrumento tabelas, fórmulas estatísticas e matemáticas, de modo que cada tipo de defeito ou deformidade tem um valor. É um método objetivo de valoração do dano, mas não compreendem todos os elementos constitutivos do dano estético.

3.1.1 MÉTODOS VALIDADOS NO BRASIL

MÉTODO DOS 7 GRAUS (THIERRY E NICOURT)

Publicado em 1982 (12), este método consiste em classificar a lesão estética em escala numérica de 1 a 7, dependendo da intensidade da lesão estética com 1/7 indicando lesão leve e 7/7 indicando lesão estética muito grave (12)(28). Por sua simplicidade e facilidade de aplicação, é a escala mais utilizada na atualidade (3). Este método é simultaneamente numérico e qualitativo, sendo usado para valorar danos, sejam eles estéticos ou não.

MÉTODO CLÁSSICO PARA O ROSTO

Publicado em 1972 pelo GREF (*Groupe de Recherches d'Esthétique Faciale*), é usado para a avaliação da lesão estética facial. Ele consiste na multiplicação de dois coeficientes, um de localização e outro de identificação, ambos variando de 1 a 10 pontos. O coeficiente de localização é obtido a partir da avaliação de 4 variáveis: Topografia; Relação com os orifícios; Relação com as rugas naturais; e Relação com a mímica facial. Já

o de identificação é calculado valorizando diversas particularidades da cicatriz: Número e dimensões; Relevo; Textura e coloração; e Forma. Posteriormente, após a multiplicação dos dois coeficientes, obtém-se uma pontuação geral de 0 a 100, que pode ser convertida em um dos sete graus do método Nicourt Thierry (25)(31).

Existem algumas críticas a este método por sua subjetividade, pela complexidade de uso, devido número de variáveis que se manipula, e porque pode ser considerado um pouco abstrato. O método é bastante válido para cicatrizes únicas, mas quando se trata de várias cicatrizes, o cálculo pode chegar a ser mais complexo (29).

MÉTODOS MISTO

Com o propósito de facilitar a conceitualização e utilização dos diferentes métodos descritos, surge o método misto para o rosto, que facilita a qualificação da percentagem que se obtém do método clássico mediante a conversão ao método de Thierry e Nicourt (29).

THIERRY e NICOURT		CLÁSSICO (ROSTO)
Muito ligeiro	1/7	1 - 3 pontos
Ligeiro	2/7	3 - 9 pontos
Moderado	3/7	9 - 19 pontos
Médio	4/7	19 - 33 pontos
Bastante importante	5/7	33 - 51 pontos
Importante	6/7	51 - 73 pontos
Muito importante	7/7	73 - 99 pontos

MÉTODOS AIPE (Análise da Impressão e do Impacto do Prejuízo Estético)

O AIPE foi proposto originalmente, na Espanha, por Dr. Juan Antonio Cobo Plana, para quantificar prejuízos estéticos decorrentes de acidentes (24)(32)(33), sendo traduzido, adaptado culturalmente e validado no Brasil. Apresenta uma maneira de quantificar o processo e percepção do dano estético autorreferenciado e por terceiros, em qualquer região do corpo, através de quatro tabelas de modo sequencial (24)(32).

A primeira tabela visa compreender o impacto do dano estético a ser avaliado, comprovando o dano e analisando o tipo de emoção que desencadeia. A segunda, guia com relação a valoração da categoria do prejuízo estético. Já a terceira, quantifica o nível de impacto em cada categoria. E, por fim, a quarta tabela avalia critérios complementares da injúria

estética, associando o dano estético com a comunicação, relação sexual, exposição ou não das áreas do corpo e o impacto disso sobre o trabalho (24)(34).

Esse método se baseia em critérios psicométricos de avaliação e no encadeamento anatomoclínico evolutivo os danos, inferindo uma quantificação pessoal do prejuízo estético de no máximo 100 pontos, sendo 50 pontos referentes à parte estética e 50 pontos ao envolvimento funcional. Essa pontuação é convertida em valores monetários conforme a legislação da Espanha (Lei nº35/2015) (32). O perito utiliza parâmetros de intensidade ou gravidade para avaliar o dano estético e a deformidade, determinar questões que podem ser reavaliadas por outros peritos e aprimorar os princípios de argumentação e mediação expondo a base da avaliação ao julgador (24)(32).

AIPE SIMP/AD

O método AIPE-SimpAd/Brasil (AIPE simplificado e adaptado ao contexto brasileiro) foi utilizado em um estudo piloto e, diferente do original, ainda não foi validado no Brasil. Este método abreviado fundamenta-se no uso de duas tabelas do original que foram modificadas visando um aperfeiçoamento na coleta, no tempo de avaliação e objetivar o seu uso no contexto pericial (35). Essa adaptação foi baseada no fato de que, no atual contexto brasileiro, a pontuação proposta no AIPE é desnecessária, visto que estamos em uma fase inicial da quantificação do dano estético e não há analogia entre os pontos obtidos na avaliação e a nossa legislação (35). Ele também pode ser utilizado para análise do dano estético em qualquer parte do corpo. Além disso, foi acrescentado um item que diz respeito a presença de uma “deformidade permanente”, para ser utilizada também na esfera criminal (35).

3.1.2 OUTROS MÉTODOS

O Código de Processo Civil impõe aos peritos que constem alguns aspectos nos laudos, cumprindo o Art. 473: “Inciso III - Indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou.” Para o cumprimento dessa tarefa, os peritos e assistentes técnicos necessitam parâmetros que orientem

como categorizar o dano estético, objetivando a abordagem subjetiva desse prejuízo. Entretanto, atualmente no Brasil, falta padronização de abordagem na avaliação do dano corporal no âmbito cível. Mais especificamente sobre o dano estético, os métodos de avaliação mais usados são subjetivos, pouco reproduzíveis e pouco científicos, suscitando vieses indesejados. Este estudo se propõe a explicar algumas metodologias estrangeiras, passíveis de serem transpostas e aplicadas no contexto brasileiro, a fim de encontrar opções mais adequadas e precisas para valoração do dano estético nos diferentes cenários, de modo a almejar formas mais justas de indenização, visando a reparação integral do dano corporal.

MÉTODOS DE BARROT

Trata-se da conversão dos 7 graus definidos pelo método de Thierry-Nicourt em uma escala percentual. Foi difundido na França a fim de facilitar a transposição do grau do prejuízo estético em um montante econômico: multiplicando-se a porcentagem pelo salário mínimo interprofissional (8,29) (33).

DANO ESTÉTICO	THIERRY - NICOURT	BARROT
Muito ligeiro	1/7	14%
Ligeiro ou leve	2/7	29%
Moderado	3/7	43%
Médio	4/7	58%
Bastante importante	5/7	73%
Importante	6/7	88%
Muito importante	7/7	100%

MÉTODOS DAS DISTÂNCIAS PARA CICATRIZES NA FACE

Foi delineado em 1996 por Rouge *et al.* e mensura o prejuízo estético na face segundo um critério descritivo, a localização, e outros critérios normativos, a distância em que a lesão e suas características (cor, relevo, deformação e ulceração) são percebidas (8)(29)(33). A análise é realizada com o periciando de frente e em perfil, com a iluminação regular. Quanto à localização, as cicatrizes podem ser: centro faciais, periorificiais, lateralizadas ou ocultas no couro cabeludo. E a avaliação da distância à qual o dano é visível é classificada em: distância íntima (50 centímetros) e distância social (3 metros) (8)(29). Dessa forma, o dano é quantificado em 7 graus: muito ligeiro, ligeiro, moderado, médio, bastante importante, importante e muito importante (8)(29)(33).

ESCALA	CICATRIZ	COR	RELEVO	DEFORMIDADE	ULCERAÇÃO
Normal (0)	Não visível a 50 cm	Não visível a 50 cm	Não visível a 50 cm	Não visível a 50 cm	Não visível a 50 cm
Muito ligeiro (1)	Visível a 50 cm (em perfil)	Não visível a 50 cm	Não visível a 3 m	Não visível a 3 m	Não visível a 3 m
Ligeiro (2)	Visível a 50 cm (de frente)	Não visível a 50 cm	Não visível a 50 cm	Não visível a 3 m	Não visível a 3 m
Moderado (3)	Visível a 50 cm	Visível a 50 cm (em perfil)	Visível a 50 cm (em perfil)	Não visível a 3 m	Não visível a 3 m
Médio (4)	Visível a 50 cm	Visível a 50 cm (de frente)	Visível a 50 cm (de frente)	Não visível a 3 m	Não visível a 3 m
Bastante importante (5)	Visível a 3 m	Visível a 3 m (em perfil)	Visível a 3 m (em perfil)	Visível a 3 m (em perfil)	Não visível a 3 m
Importante (6)	Visível a 3 m	Visível a 3 m (de frente)	Visível a 3 m (de frente)	Visível a 3 m (de frente)	Não visível a 3 m
Muito importante (7)	Visível a 3 m	Visível a 3 m (de frente)	Visível a 3 m (de frente)	Visível a 3 m (de frente)	Visível a 3 m

MÉTODOS RECHARD

Foi descrito em 1990 pelo Dr. Rechart, baseia-se em dois tipos de critérios – subjetivos e objetivos – para estimar quantitativamente o dano estético. Existem três critérios subjetivos que são avaliados de 0 a 0,7 cada: (a) fatores sociais, sociais e acadêmicos; (b) fatores familiares; e (c) estado anterior do ponto de vista estético ou psíquico. O valor obtido em cada uma das variáveis deve ser somado, de modo que os aspectos subjetivos podem variar de 0 a 2,1 pontos, somente (30). Esses critérios são determinados pela impressão única do perito e, o autor, ainda propõe algumas perguntas para ilustrar que, apesar da avaliação do dano estético ter componentes subjetivos, é imprescindível que se utilizem métodos objetivos para avaliá-lo da forma menos injusta possível: “Existe uma diferença entre a feia cicatriz da coxa de um jardineiro de meia-idade e a mesma cicatriz em uma jovem dançarina?”; “Esse homem, francamente feio, por uma feiura idêntica, deve ver seu dano avaliado, de uma maneira diferente do jovem Apolo/modelo de passarela?”; e “Aquele mulher solteira, que não quer permanecer assim, sofrerá mais de queimaduras do que as do velho que, apesar de ser assim, se encontra jovem?” (29)(33).

Os critérios objetivos dividem-se em seis e têm como base o exame clínico: peso e altura da pessoa lesada, a partir dos quais podemos calcular a superfície corporal (SCi); área de superfície corporal afetada (SCA), em unidade de cm²; área corporal afetada (coeficiente de visibilidade); idade do sujeito (quanto mais jovem a pessoa afetada, mais tempo terá a lesão estética); e gênero. Em casos de amputações de membros, mutilações de órgãos (nariz, orelha, etc.) ou hemiplegia, este método não deve ser aplicado (29)(30)(36).

Coeficiente da zona corporal afetada:

ZONA DO CORPO AFETADA	COEFICIENTE
Áreas raramente visíveis (ex: sola dos pés, região axilar)	1
Áreas visíveis em caso de nudez (ex: nádegas, púbis, parte interna das coxas)	2
Áreas descobertas ao praticar esporte (ex: tórax, abdômen, pernas nos homens)	4
Muitas vezes áreas visíveis (ex: braços, couro cabeludo)	6
Áreas sempre descobertas (ex: mão, pescoço, pernas nas mulheres)	8
Expressão da mimica (ex: rosto)	10

Idade da vítima - Será levado em consideração o coeficiente de 18 anos dividido pela idade real, o que se explica pela fronteira que existe entre a criança e o adulto, porque a criança, em condições normais, carregará esse defeito por mais anos do que um adulto ou um idoso.

Gênero da vítima - Mulheres ♀: 1,4; Homens ♂:1,2; e Mulheres ou homens com idade inferior a 16 anos: 1,6.

Distância da percepção visual: Significa a distância na qual é visto por um sujeito normal, com ou sem óculos, a lesão ou defeito estético como um todo (coloração, textura, relevo e consistência) do lesado.

DISTÂNCIA DA PERCEPÇÃO VISUAL	COEFICIENTE
Lesão visível a uma distância < 1 metro	1
Lesão visível a uma distância < 3 metros	3
Lesão visível a uma distância < 6 metros	6
Lesão visível a uma distância > 6 metros	10

Após a descrição dos critérios, os escores dos critérios subjetivos e objetivos são aplicados às seguintes fórmulas:

Valor objetivo é igual à área de superfície corporal afetada por mil, dividida pela área total de superfície corporal do sujeito, multiplicada pela área envolvida, somada ao resultado da multiplicação do coeficiente de idade pelo coeficiente de gênero e, finalmente, o resultado é adicionado ao coeficiente de percepção de distância visual.

Valor Objetivo (O) = $(SCA \times 1.000/SCI) \times Zona + (Idade/Sexo) + Distância \text{ de percepção visual}$

Valor subjetivo é igual à soma dos critérios subjetivos.

Valor Subjetivo (S) = Critérios sociais, escolares e acadêmicos + Familiares + Estado anterior a partir do ponto de vista físico e psíquico

Finalmente, a soma dos critérios subjetivos e objetivos é calculada, resultando em uma pontuação geral de 1 a 100. A partir dela é obtido o qualificador do dano (ligeiro, moderado, médio, importante e muito importante), segundo a tabela

a seguir (29)(30)(36): Avaliação final = Objetivo (O) + Subjetivo (S)

Classificação	Pontuação
Ligeiro	1 – 12
Moderado	13 – 25
Médio	26 – 45
Importante	46 – 70
Muito importante	71 – 100

MÉTODO HINOJAL Y RODRÍGUEZ

a) Para valorar o dano estético em qualquer parte do corpo (exceto face)

Os coeficientes estéticos dinâmico e estático do corpo exceto da face foram descritos por Fernández & Hinojal e Rodríguez & Hinojal e são obtidos através de cálculo (33)(37). No que diz respeito às lesões estéticas dinâmicas, o método as classifica em visíveis (claudicação, amputação, etc) e não visíveis (percebidas de outras formas); e são determinadas as variáveis objetivas (sexo, idade, nível cultural e estado civil), que pontuam até 20, e as subjetivas, que pontuam até 5. O coeficiente estético dinâmico do corpo exceto da face é concluído multiplicando-se as variáveis objetivas e as variáveis subjetivas, tendo um resultado entre 0 e 100 pontos (33)(37). Com relação às lesões estéticas estáticas, são estabelecidos os coeficientes de localização (situação e direção com relação as pregas naturais da pele), que pontuam até 10, e de identificação (dimensão, relevo, coloração e características agravantes como idade, sexo, queimaduras, alterações tróficas e queloides), que pontuam até 10. O cálculo do coeficiente estético estático do corpo exceto da face é realizado multiplicando-se o coeficiente de localização pelo coeficiente de identificação, tendo um resultado também entre 0 e 100 pontos (33)(37).

b) Para valorar o dano estético em qualquer parte do corpo (inclusive face)

Hinojal e Rodríguez descrevem um método baseado em uma tabela que determina coeficientes específicos para a visibilidade da lesão (extensão, localização e disposição da lesão com as linhas da pele), a morfologia da lesão (aspecto, relevo e coloração) e as características individuais (aparência física do periciando antes de sofrer o dano). E,

através de uma fórmula matemática, onde serão aplicados os coeficientes verificados com a tabela, tem-se a pontuação do prejuízo estético (33).

VISIBILIDADE			
EXTENSÃO	Comprimento	Primeiros 5 cm	1 × cm
		5 a 10 cm	0,5 × cm
		10 a 15 cm	0,25 × cm
	Largura	Restante dos centímetros	0,10 × cm
		Primeiros 0,5 cm	1
		0,5 a 3 cm	1,5
LOCALIZAÇÃO	Zona A (região periorifical: pálpebras, nariz e lábios)	3 a 5 cm	1,75
		> 5 cm	1,75 ÷ 0,10 × cm
LOCALIZAÇÃO	Zona B (fronte, maçãs do rosto, bochechas, queixo, nádegas, púbis, parte medial das coxas, peito, seios)		1,5
	Zona C (têmporas, mandíbula inferior, pescoço, terço superior do tórax, cabeça exceto couro cabeludo, mãos, face lateral das coxas e pernas)		1
	Zona D (regiões visíveis ocasionalmente: membros superiores, abdome e dorso)		0,5
	Zona E (regiões raramente visíveis: couro cabeludo, pés e axilas)		0,25
	Zona F (regiões raramente visíveis: couro cabeludo, pés e axilas)		0,10
RELAÇÃO COM AS LINHAS E DOBRAS DA PELE	Discreta		0,75
	Indiferente		1
	Perpendicular		1,25

MORFOLOGIA			
PARÂMETROS	CARACTERÍSTICAS		COEFICIENTES
MORFOLOGIA (1+)	Aspecto	Normal	0
		Anormal	0,25
		Plana	0
	Superfície	Deprimida ou hipertrofica	0,25
		Queloides	0,5
	Coloração	Normal	0
Discromia		0,25	

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS			
PARÂMETROS	CARACTERÍSTICAS		COEFICIENTES
	Boa		1
	Regular		1,25
	Ruim		1,5

$$\text{Pontuação} = \frac{\text{visibilidade} \times \text{morfologia}}{\text{características pessoais}}$$

c) Casos particulares

Hinojal e Rodríguez propuseram uma outra tabela para quantificar o dano estético em situações específicas: uma única cicatriz; duas cicatrizes; e três ou mais cicatrizes (33). Quando há uma única cicatriz, somam-se os coeficientes de cada parâmetro da tabela; se há múltiplas, somam-se todos os padrões de cada cicatriz separadamente e, depois, linearmente (33). O resultado é interpretado conforme a tabela de prejuízo estético, que está desatualizada conforme a legislação espanhola atual (33).

CARACTERÍSTICAS			COEFICIENTE
PARÂMETROS	Origem da cicatriz	Lesional	1
		Cirúrgica	0
EXTENSÃO	Comprimento	< 0,5 cm	0
		0,5 a 3 cm	1
		3 a 5 cm	2
	Largura ou diâmetro	> 5 cm	3
		< 0,5 cm	0
		0,5 a 3 cm	1
LOCALIZAÇÃO	Geral	> 3 cm	2
		Zonas não visíveis ou com pelos	0
	Local	Extremidades	1
		Tronco	2
		Face ou regiões íntimas	3
PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO	Paralela às dobras da pele	0	
	Perpendicular às dobras da pele	1	
RESULTADO FUNCIONAL POSTERIOR	Adequado	0	
	Hipocrômico ou hiperocrômico	1	
	Cicatriz hipertrofica	2	
	Queloides	3	
AMPUTAÇÕES	Prurido	1	
	Fragilidade cutânea	1	
PERDA DE SUBSTÂNCIA	Fotosensibilidade	1	
	Corrigidas ou corrigíveis com prótese	10	
	Sem possibilidade de correção com prótese	1 ponto por % de perda de superfície corporal	

MÉTODO BARBOZA QUIRÓS (dano estético em face)

Em 2015, Barboza Quirós realizou uma análise dos critérios médico-legais para valoração do dano estético na face em diversos casos criminais na Costa Rica (33). O autor propôs uma tabela para quantificar o prejuízo estético levando em conta a distância para visibilidade da cicatriz, a distância para visibilidade da assimetria da cicatriz, a localização da lesão, a influência da mímica facial na percepção da lesão, a presença de retração, a extensão da lesão e o tipo de cicatriz. E, com a pontuação desta tabela, faz-se uma correspondência com 7 graus de valoração do dano estético: muito leve, leve, moderado, médio, importante, bastante importante e considerável (33).

CICATRIZ	PONTOS
Não visível à distância de conversação	0
Pouco visível à distância de conversação	1
Visível à distância de conversação	3
Se destaca à distância de conversação	5
Pouco visível à distância social	6
Visível à distância social	8
Se destaca à distância social	10

ASSIMETRIA	PONTOS
Não visível à distância de conversação	0
Pouco visível à distância de conversação	1
Visível à distância de conversação	3
Pouco visível à distância social	6
Visível à distância social	8
Se destaca à distância social	10

LOCALIZAÇÃO	PONTOS
Zona A (regiões mais visíveis da face)	5
Zona B (fronte, maçãs do rosto, bochechas e queixo)	3
Zona C (têmporas, mandíbula, áreas menos visíveis da face)	1

ALTERAÇÃO DA MÍMICA FACIAL	PONTOS
Se destaca com a mímica facial	5
Visível com a mímica facial	3
Pouco visível com a mímica facial	1
Não visível com a mímica facial	0

RETRAÇÃO	PONTOS
Deformante	5
Retração	3
Pouca retração	1
Sem retração	0

ÁREA AFETADA	PONTOS
≥ 4 cm ²	5
3 a 3,99 cm ²	4
2 a 2,99 cm ²	3
1 a 1,99 cm ²	2
1 a 0,99 cm ²	1

TIPO DE CICATRIZ	PONTOS
Queloides	5
Cicatriz hipertrófica ou deprimida	3
Plana	1

1	Muito leve	0 - 5 pontos
2	Leve	6 - 10 pontos
3	Moderado	11 - 15 pontos
4	Médio	16 - 20 pontos
5	Considerável	21 - 25 pontos
6	Importante	26 - 30 pontos
7	Muito importante ou muito grave	> 30 pontos

3.3 AVALIAÇÃO DE CICATRIZES

As cicatrizes são o tipo de seqüela mais frequente e mais discutido dentro de danos estéticos. A avaliação da relevância de uma cicatriz na estética é composta por uma pluralidade de fatores como sua orientação, localização e as características próprias da lesão. A orientação da cicatriz é influenciada pelas linhas de expressão, ou regras clássicas da anatomia – as linhas de Langers –, e tem maior importância quando o defeito está situado no rosto. Apresenta maior repercussão quando se apresentam perpendicularmente às linhas de expressão, causando maior alteração quanto mais seguir o traço das rugas típicas de envelhecimento e quanto menos forem paralelas as linhas de Langers (29).

A localização é avaliada, conforme a literatura clássica, por zonas, atribuindo maior relevância àquelas localizadas em zonas visíveis (29)(30)(38)(39). O impacto de cicatrizes no rosto ou nas mãos, que são regiões sempre visíveis, é muito maior do que de cicatrizes nos glúteos, por exemplo, e devem ser valoradas proporcionalmente. O rosto é a zona de maior impacto e de pior adaptação psicológica (2)(29)(33), uma vez que, a maior parte das vezes, somos definidos pelas características faciais individuais (29).

Existem alguns parâmetros para aferir as características próprias da cicatriz (2)(29): (1) sua forma, diferenciando as lineares - retilíneas, não retilíneas ou ramificadas - daquelas cuja área é extensa, ou seja, com comprimento e largura relevantes; (2) seu relevo, visto que quanto maior o relevo, mais perceptível se faz o defeito e a alteração da imagem; (3) seu tamanho (área afetada); sua coloração, ou seja, o contraste cromático em relação à área corporal (discromia); (4) se apresenta retração; (5) sua sensibilidade, pois às vezes produzem dor, prurido ou sensações disestésicas; e (6) seu comportamento em relação a estruturas adjacentes. É notável destacar que a cor da pele do lesionado também deve ser levada em consideração, tendo em vista que as peles brancas cicatrizam de forma mais homogênea do que as peles escuras (29).

As cicatrizes podem se manifestar segundo diferentes tipos de lesão (28)(40): em boas condições; hipertróficas; tatuadas; discrômicas; alopecia cicatricial; retráteis; e queloides. As lesões que apresentam pouca disparidade em relação ao tom da pele e sem textura particular configuram as cicatrizes em boas condições, gerando bons resultados estéticos. Já as cicatrizes hipertróficas, possuem desnível ao plano dérmico e podem apresentar tons avermelhados ou róseos e podem cursar com prurido, mas geralmente não são dolorosas. As chamadas cicatrizes tatuadas resultam da presença de corpo estranho na pele. Quanto às discrômicas, como o nome já elucida, ostentam alterações ou modificações na cor da pele na região cicatricial, podendo ser hiper ou hipopigmentadas. As lesões em áreas com muitos fâneros – como couro cabeludo, região da barba e sobrancelhas – podem apresentar perda dos pelos, recebendo a nomenclatura da alopecia cicatricial. Cicatrizes retráteis se dão, geralmente, por perda de área de tecido que causam deformidade pela formação de retrações fibrosas, provocando algumas complicações como limitação de movimento e de certas funções. Os queloides, por fim, têm crescimento exacerbado sobre a superfície da pele adjacente, possuem coloração avermelhada, prurido, são dolorosos e tendem a ser recorrentes, mesmo após tratamento cirúrgico (8).

3.4 PARTICULARIDADES NA CRIANÇA

No caso de crianças ou jovens, deve ser considerada uma maior valoração dos danos estéticos, levando em conta que esses indivíduos sofrerão por mais tempo as consequências dos danos sofridos em sua imagem (30) e que isso pode condicionar a formação de sua personalidade e do seu desenvolvimento, principalmente quando as sequelas forem importantes em indivíduos em processo de amadurecimento (2). A perícia nestes casos é ainda mais desafiadora do que a em adultos. Em indivíduos jovens, haverá um longo período de alterações e evolução do seu corpo até alcançar a idade adulta e, quanto menor a idade, maior será a transformação ao longo dos anos, fato que dificulta a estimativa do dano. Nesse tipo de perícia é fundamental ao perito identificar se trata-se de uma lesão que será reparada com o passar do tempo ou se deixará sequelas permanentes, bem como os prejuízos que esta lesão decorrerá, como as limitações na escolha da profissão, atividades esportivas e de lazer, relações sociais etc. (29).

Ainda mais complexa é a avaliação da percepção do lesionado sobre o dano, uma vez que – por se tratar de um indivíduo em formação – não existe ainda determinação de quem ele é perante a sociedade (seu “papel social”), tornando delicado levar em consideração a opinião de uma criança e fazer uma apreciação do dano segundo o indivíduo, quando este não é capaz de discernir o alcance das suas deformidades (29). Acrescenta-se um terceiro elemento à perícia, em se tratando de menores de idade, a subjetividade dos seus progenitores ou responsáveis legais.

3.5 APRECIÇÃO NO ÂMBITO CÍVEL E PENAL

Existem diferenças de tratamento quanto a lesão nos âmbitos cível e penal; enquanto no primeiro é caracterizada como dano estético, no segundo se configura como deformidade permanente. A deformidade, sob a luz do Direito Civil - responsável pela regulação das relações entre particulares -, é entendida como um dano extrapatrimonial que promove o afeamento do lesionado, ou seja, uma transformação para pior. Para que seja caracterizada, é necessário que apresente as seguintes características: (1) existência do dano à integridade física da pessoa; (2) apresentar resultado duradouro ou permanente; e (3) deve

ensejar dano moral, em outras palavras, a vítima necessariamente deve apresentar um estado “menos feliz” em razão da lesão. É importante elucidar que não há necessidade de a lesão ser visível, desde que possua os critérios anteriores (41). O Código Civil Brasileiro de 2002, a partir do artigo 949, alude ao dano estético: “No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido”.

Entretanto, para o Direito Penal - responsável pela criminalização de condutas pelo Estado e a estabelecimento de penas à prática destas – o entendimento de deformidade permanente é diferente do âmbito cível. O Código Penal Brasileiro de 1940 estabelece a deformidade permanente enquanto qualificadora do crime de Lesão Corporal (artigo 129, § 20, IV). Nessa configuração, a resposta do Estado sobre o infrator, causador do prejuízo, será mais severa em comparação ao dano estético, caracterizado pelo Direito Civil (41).

3.6 LEGISLAÇÃO E JURISPRUDÊNCIA

O dano estético não conta com particularização na legislação brasileira. Historicamente ele estava atrelado à indenização do dano moral, despido das características inerentes a ele, uma vez compreendia juntamente os prejuízos psíquico, moral e intelectual, e à saúde e atributos físicos do indivíduo (42). Também já foi considerado dano patrimonial, uma vez que pode demandar tratamentos reparadores e afetar a profissão, causando prejuízo pecuniário (24). Com o decorrer do tempo, o dano estético assume especificidade e se afasta do conceito de dano moral. Atualmente, em países europeus, é considerado um dano à parte, e, assim, ganhando importância o seu sistema de valoração e avaliação (43).

O dano estético e o dano moral, ainda hoje, se confundem. Existem Tribunais que entendem o prejuízo estético como parte do dano moral, sem distingui-los. Entretanto, a jurisprudência vem reconhecendo a existência, desvinculada de outras entidades, em inúmeros processos (44). Prova disso é a súmula 387 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que assegura a cumulação das indenizações pelos danos moral e estético: “É lícita a cumulação das

indenizações de dano estético e dano moral". O jurista Sebastião Geraldo de Oliveira (45), desembargador do TRT da 3ª Região, sobre esse entendimento discorre que:

"Mesmo estando o dano estético compreendido no gênero dano moral, a doutrina e a jurisprudência evoluíram para deferir indenizações distintas quando esses danos forem passíveis de apuração em separado, com causas inconfundíveis. O dano estético está vinculado ao sofrimento pela deformação com sequelas permanentes, facilmente percebidas, enquanto o dano moral está ligado ao sofrimento e todas as demais consequências nefastas provocadas pelo acidente. Desse modo, o dano estético materializa-se no aspecto exterior da vítima, enquanto o dano moral reside nas entranhas ocultas dos seus dramas interiores; o primeiro, ostensivo, todos podem ver; o dano moral, mas encoberto, poucos percebem. O dano estético, o corpo mostra, o dano moral, a alma sente."

Assim, entende-se que o prejuízo da lesão tem reflexos diferentes sobre a vítima e, portanto, devem ser reconhecidos de forma independente no ordenamento jurídico. Deste modo, "a licitude está em arbitrar um valor que abranja ambas as indenizações, suficiente para tanto, sendo que deve ficar claro no decisório que os valores condizem com a compensação pelos danos estéticos e morais" (Michelle Antunes Espinoza) (42). Apesar das mudanças no entendimento do dano estético pela legislação brasileira, ele ainda não tem previsão própria no ordenamento jurídico, sendo necessária essa particularização para garantia da reparação plena. Contudo, cabe ressaltar que a discussão das esferas patrimonial e extrapatrimonial do dano estético é meramente jurídica, e, portanto, não interfere na avaliação médico-legal, nem se faz pertinente sua discussão pelo especialista (11).

4. DISCUSSÃO

As consequências negativas do dano estético são percebidas principalmente no âmbito familiar e profissional, além do sofrimento induzido pela autoconsciência das feridas ou cicatrizes estéticas

(47)(48). Partindo desse entendimento, cabe realizar a análise de cada uma das metodologias expostas nesta pesquisa, levando em consideração seus critérios de avaliação dos componentes objetivos e subjetivos que envolvem o prejuízo estético.

A Escala dos 7 Graus, é o método mais difundido no mundo e, também, o mais aplicado no Brasil para valoração de danos. Entretanto, não dispõe de critérios objetivos de avaliação, ficando à mercê da arbitrariedade do examinador. Desta forma, ele não é reprodutível, carece de técnica e seus resultados dependem da experiência do perito, tornando-o parcial e tendencioso à medida que sofre influência direta das emoções que o periciando desperta, não necessariamente relacionadas ao objeto da análise, a lesão. Todavia, é pertinente salientar que se trata da escala mais simples e de mais fácil aplicabilidade e entendimento.

Em contrapartida, o AIPE é longo e complexo demais para aplicação universal, sendo recomendado seu uso em situações particulares. É um método bem construído que se pauta no encadeamento anatomoclínico evolutivo dos danos e em critérios psicométricos, capaz de avaliar a funcionalidade, valorar a intensidade ou gravidade de cada um dos parâmetros propostos e analisar o tipo de emoção que a deformidade desencadeia à observação. Não tem componente descritivo, o que implica na necessidade de usar outra técnica conjuntamente. Ainda que seja o método que mais considere a subjetividade relacionada ao dano estético, ainda não é capaz de avaliar a fundo o impacto sobre a esfera psicoemocional e social da vítima. O AIPE Simp/Ad, ainda não validado no país, é mais simples (composto por duas tabelas apenas), mas desconsidera as repercussões funcionais e mistura a avaliação nos âmbitos cível e criminal, o que foi considerado por nós como um demérito uma vez que, na esfera criminal, basta a definição do prejuízo como "deformidade permanente" para atribuição da pena (artigo 129, § 20, IV do Código Penal Brasileiro). Esses métodos foram elaborados com base na legislação espanhola, o que é fator de confusão quando tentamos transpor para o contexto nacional.

O método de avaliação para lesões em todo o corpo que consideramos mais objetivo e de maior reprodutibilidade foi de Rechar. É complexo,

composto por uma avaliação multiparamétrica constituída por critérios objetivos e subjetivos que são aplicados em uma fórmula matemática. É um dos únicos que considera a influência da profissão, idade e gênero. Entretanto, há uma disparidade do valor atribuído aos critérios objetivos, em detrimento dos subjetivos que pontuam até 2,1 pontos em uma escala de 100. Dessa forma, é uma técnica excelente para avaliar lesões visíveis que não sejam estigmatizantes ou possuam importante componente emocional envolvido. Este método também não é capaz de valorar amputações, mutilações de órgãos ou plegias.

Hinojal e Rodríguez propuseram métodos que se mostraram extensos e de difícil compreensão, com duas tabelas que apresentam objetivos diferentes e vários cálculos matemáticos. Apesar de quantificar o dano estético em qualquer parte do corpo, realizar uma avaliação estática e dinâmica e levar em consideração aspectos do indivíduo, no contexto brasileiro de valoração do prejuízo estético a aplicação da pontuação acaba sendo limitada, pois correlaciona-se diretamente com a legislação espanhola.

O método clássico para o rosto, enquadra-se - como o próprio nome diz - exclusivamente para quantificação do dano estético em região de face e acaba sendo superficial e limitado, utilizando critérios apenas descritivos, desconsiderando a experiência subjetiva do periciando. Outra estratégia para valoração de lesões estéticas em face é o método das distâncias, que apresenta, além de um critério descrito, um critério normativo. Entretanto, consiste numa apreciação puramente objetiva do dano, sem se atentar à funcionalidade comprometida, aspectos individuais do periciando e outro fatores importantes no contexto do prejuízo estético.

E, por fim, Barbosa Quiróz realizou um trabalho no qual determinou a análise da lesão em região de face através de tabelas que constata o dano de maneira dinâmica e estática, valendo-se de uma descrição detalhada da cicatriz, de fácil execução. Seu resultado é caracterizado em uma escala de 7 graus, facilmente utilizado na prática da perícia no Brasil e, a despeito da ausência de critérios subjetivos, pode ser considerado um bom método para avaliação do prejuízo estético no rosto.

Após realizado levantamento bibliográfico e seleção

dos métodos mais pertinentes a serem aplicados no contexto brasileiro, foram apresentados os métodos de valoração de dano estético eleitos pelos pesquisadores aos residentes e professores da Disciplina de Medicina Legal e Perícia Médica. Mediante a apresentação de casos para aplicação dos diversos critérios, foram discutidas as vantagens e desvantagens de cada um deles, bem como sua capacidade de valorar o prejuízo nos mais diversos contextos. A partir daí foram selecionados os quatro métodos que obtiveram consenso sobre sua contribuição para a perícia, a saber: Thierry-Nicourt, Rechar, Barbosa Quiróz e AIPE.

A partir do estudo e análise dos diferentes métodos, bem como da legislação que compreende dano estético, nós pudemos concluir que a utilização ampla do Método dos 7 graus (Thierry-Nicourt), como é feito atualmente, mostra-se insuficiente, uma vez que conta demasiadamente com a subjetividade do examinador e a arbitrariedade de sua classificação. No atual contexto, sugere-se a escolha da escala conforme a situação encontrada na perícia. Em lesões visíveis, cuja lesão não seja estigmatizante ou em indivíduos que não dependam demasiado de sua imagem para suas atividades corriqueiras, nos parece pertinente recorrer a métodos diversos de valoração que sejam munidos de maior objetividade, como o método Rechar ou o método Barbosa Quiróz (para o rosto). Já nas situações em que a lesão seja pouco ou nada visível e que apresente grande carga emocional associada, ou ainda quando a alteração da imagem acarrete importante alteração nas atividades usuais, recomenda-se usar métodos que considerem a subjetividade de maneira sistemática, como o método AIPE em associação com outro(s). Aplicar diferentes métodos para diferentes situações é uma maneira de avaliar com mais precisão a extensão do dano causado na vítima, de modo a fornecer subsídios mais adequados para a definição da reparação mais completa do dano.

Contudo, ficou evidente que nenhuma das metodologias até então propostas se mostrou suficiente para se aproximar da real avaliação dos prejuízos que o dano estético acarretou na vida das vítimas. Nenhuma das escalas analisadas avaliou simultaneamente as características inerentes da lesão, os impactos sobre a funcionalidade e os desdobramentos psicoemocionais. A fim de

contemplar todos os aspectos que julgamos fundamentais para a valoração mais próxima possível do real impacto do prejuízo, para que seja exposto ao julgador para que ele defina a compensação pertinente, propomos um novo método.

Tabela 1 - AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE (20 pontos)	
Prejuízo pecuniário "Perdeu oportunidade de emprego em decorrência da lesão?" "Sofreu demissão relacionado devido a lesão?"	6 pontos
Prejuízo na esfera familiar e social Alteração da relação com pessoas próximas e/ou conhecidas Alteração da interação com desconhecidos	6 pontos
Prejuízo nas atividades (dano existencial) "Não pude mais fazer" – Não pode mais realizar uma atividade que antes era parte de sua rotina.	2 pontos
"Tive que fazer diferente" – Preciso passar por processo de readaptação ou reabilitação para continuar fazendo determinada atividade.	2 pontos
"Tive que fazer o que não precisava antes" – Em decorrência da lesão, teve que incorporar outras atividades obrigatoriamente à rotina.	2 pontos
"Tive que fazer com auxílio" – Passou a depender de auxílio para fazer a atividade que antes realizava sozinho(a).	2 pontos

Tabela 2 - AVALIAÇÃO OBJETIVA INDIVIDUAL (30 pontos)	
Estado anterior à lesão "O quanto a lesão interferiu na estética comparando com a apresentação antes do dano?"	
Muita mudança da imagem antes e depois da lesão	6 pontos
Moderada mudança da imagem antes e depois da lesão	4 pontos
Pouca mudança da imagem antes e depois da lesão	2 pontos
Sem alteração da imagem antes e depois da lesão	0 pontos
Idade no momento da lesão	
Antes do estirão puberal Referência para o sexo feminino: até 16 anos completos Referência para o sexo masculino: até 18 anos completos	5 pontos
Após o estirão puberal	0 pontos
Importância da estética na vida do indivíduo	
Muito importante – A estética é fator determinante da autoestima "Já realizou alguma cirurgia plástica" "Destina grandes parcelas de sua renda mensal e de seu tempo com cuidados estéticos"	9 pontos
Moderadamente importante – A estética tem influência na autoestima, mas não é um fator determinante "Está se planejando para realizar uma cirurgia plástica" "Realiza procedimentos estéticos regularmente (micropigmentação, botox, manicure/pedicure, etc.)" "Destina uma parcela considerável de sua renda mensal e de seu tempo com cuidados estéticos"	6 pontos
Pouco importante – A estética tem pouca influência na autoestima "Nunca realizou procedimentos estéticos invasivos" "Nega planos para mudança de aparência" "Não costuma frequentar salão de beleza, barbearia ou clínicas estéticas"	3 pontos
Não tem nenhuma importância	0 pontos
Profissão exercida no momento da lesão	
O trabalho depende da imagem de forma direta – ex. modelos, atores, influencers, etc.	7 pontos
O trabalho depende da imagem de forma indireta – ex. secretárias, recepcionistas, apresentadores, esteticistas, vendedores (em situações específicas), etc.	4 pontos
Não trabalha com a imagem e o trabalho não depende da imagem	0 pontos
Cicatriz estigmatizante – sugestivas de suicídio, violência interpessoal ou autodirigida, ato criminoso, etc.	3 pontos

Tabela 3 - AVALIAÇÃO OBJETIVA DA CICATRIZ	
Amputações ou plegias – pontuação máxima da tabela, sem necessidade de preencher a restante da tabela	30 pontos
Zona do corpo afetada	
Face	8 pontos
Áreas sempre visíveis – pescoço e mãos	6 pontos
Áreas frequentemente visíveis – pernas, pés, antebraços e couro cabeludo (com alopecia cicatricial)	4 pontos
Áreas menos visíveis – tórax, abdome, coxas e braços	2 pontos
Áreas raramente visíveis – sola dos pés, axilas, couro cabeludo (sem alopecia cicatricial), genitália, nádegas	1 ponto
Área da lesão	
> 10 cm ²	6 pontos
5 - 10 cm ²	4 pontos
< 5 cm ²	2 pontos
Relação com as linhas de força, rugas ou dobras da pele	
Paralelas às linhas de força, rugas ou dobras da pele	0 pontos
Perpendicular às linhas de força, rugas ou dobras da pele	2 pontos
Relacionada com estruturas adjacentes – Principalmente orifícios (olhos, boca, nariz, orelhas, etc.)	4 pontos
Coloração	
Mesma coloração da pele adjacente	0 pontos
Hiperchromia ou hipocromia	2 pontos
Relevo	
Plana	0 pontos
Deprimida ou hipertrófica	2 pontos
Presença de retração	
Com retração	2 pontos
Sem retração	0 pontos
Alteração de sensibilidade – parestesia, alodínea, hiperalgesia	1 ponto
Presença de alopecia na região cicatricial – em couro cabeludo, barba, cílios ou sobrancelhas	1 ponto
Avaliação estática e dinâmica (movimentação, deambulação, mímica e expressões)	
Lesão acentuada na avaliação dinâmica	2 pontos
Lesão não acentuada na avaliação dinâmica	0 pontos

AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA LESÃO (20 pontos)	
Dano à identidade – lesão que fere as características pessoais do indivíduo (raciais, sexuais, culturais, etc.) "Indivíduo mudou sua forma de ser/agir"	6 pontos
Dano ao projeto de vida – prejuízo capacidade do indivíduo para concretizar suas expectativas de futuro, seus sonhos, metas e objetivos	6 pontos
Dano à liberdade – se, em decorrência da lesão, o periciando teve sua liberdade de escolha limitada "Deixa de frequentar determinados lugares, tomar certas decisões, viver de acordo consigo ou buscar informações por causa da lesão"	4 pontos
Prejuízo sexual* – se há limitação parcial ou total do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, por sequelas físicas e/ou psíquicas	4 pontos

* Excluindo os aspectos relacionados com a capacidade de procriação.

Ele é composto por quatro tabelas que abordam aspectos objetivos (avaliação objetiva individual e avaliação objetiva da lesão) que pontuam até 60 pontos e critérios subjetivos (avaliação da funcionalidade e avaliação subjetiva da lesão) que pontuam até 40 pontos. Esse método varia de 6 a 100 pontos. A distribuição entre critérios objetivos e subjetivos, 60% e 40%, respectivamente, foi entendida por nós como uma forma justa de contemplar o impacto da lesão sobre a vida do indivíduo ainda destacando as características inerentes da deformidade e da vítima. Os conceitos de “dano existencial”, “dano à identidade”, “dano ao projeto de vida”, “dano à liberdade” e “prejuízo sexual”, que não contam com valoração própria na legislação brasileira, foram também incorporados a este trabalho.

Diferentemente de outros métodos, optamos por não usar o critério “sexo”. Tendo em vista que a sociedade e seus valores mudaram muito desde a proposição das primeiras escalas é inadequado valorar mais ou menos o dano em um indivíduo simplesmente por seu sexo biológico. Entendemos que usar o critério de identidade de gênero também não seria apropriado, visto que cada pessoa é única e a cada uma lhe pesa de forma diferente o dano estético, não sendo cabíveis generalizações desta monta. Portanto, adotamos o critério de “importância da estética na vida do indivíduo” – que pode ser entendido como “ vaidade” – classificado em graus com perguntas orientadoras.

Sobre a idade no momento da lesão e estado civil, por motivos semelhantes aos supracitados, não fizemos distinção entre jovens e idosos, solteiros ou casados. Achamos apenas importante avaliar o impacto em relação ao crescimento, valorando mais o dano quando antes do estirão puberal. Para tanto, foram sugeridas idades limite para os sexos feminino e masculino, mas isso não impede, de forma alguma, a individualização da análise. Cabe ainda ressaltar que, quando a vítima apresenta tenra idade, seja realizado apenas a avaliação objetiva da lesão, uma vez que ela não terá capacidade para responder por si os demais critérios, o que causaria um viés indesejado. Nessas situações é oportuno associar uma explicação sobre o impacto que essa lesão poderá causar no crescimento e desenvolvimento da criança,

abordando aspectos como discriminação e *bullying*.

5. CONCLUSÃO

As reais repercussões do dano estético não conseguem ser avaliadas pelos métodos usados atualmente no Brasil impedindo que o julgador atribua indenizações adequadas para o prejuízo da vítima. Mediante a análise das vulnerabilidades e qualidades de cada uma das escalas foi proposto um novo método que busca abranger de forma global os possíveis prejuízos que a lesão estética pode causar.

Em um segundo momento será realizado estudo comparativo a fim de avaliar a reprodutibilidade, disparidade dos resultados e facilidade de aplicação dos métodos estudados, bem como do método proposto.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida M. A parametrização da indenização por dano estético. Vol. 162, Revista Direito UNIFACS. 2014.
2. Entralgo JF. La problemática del perjuicio estético: especial referencia a su valoración [Internet]. Revista de Responsabilidad Civil y Seguro. 2010. p. 9–44. Available from: <http://www.asociacionabogadosrcs.org/revistas/rc%20abogados%2034.pdf>
3. Fernandes MM, Bouchardet FC, Tavares G de SV, Daruge Junior E, Paranhos LR. Forensic dentistry aspects related to aesthetic damages in court cases judged in Rio Grande do Sul State. Odonto. 2012;20(40):7–12.
4. Criado del Río M. Valoración médico-legal del daño a la persona por responsabilidad civil. Vol. 12, Fundación Mapfre Medicina. Madrid; 1994. p. 249–70.
5. Cueto C. Valoración médica del daño corporal. Vol. 5, Masson. Barcelona; 1996. p. 107–30.
6. Zavala M. Resarcimiento de daños. Daños a las personas. Integridad sicofísica. 2ª. Buenos Aires; 1990.
7. Magalhães T, Hamonet C. O dano pessoal. Vol. 10, Revista Portuguesa do Dano Corporal. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2000. p. 4969.
8. Bausili LP. Controversies in the assessment of bodily injury. Institute of Legal Medicine of Catalonia. First. Generalitat de Catalunya Centre

- d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada; 2014. 1–236 p.
9. Crespo M. El resarcimiento del perjuicio estético. Consideraciones doctrinales y legales, a la luz del sistema de la Ley 30/1995. II Congreso Nacional de Responsabilidad Civil y Seguro. Córdoba; 2001.
 10. Villalobos N. ¿Incide el lugar de donde somos en nuestra elección estética y en la forma en que miramos un cuadro? Trabajo final de grado. Montevideo: UR. FP; 2014.
 11. Leal LPFF, Silva ÉR da, Spina VPL, Borracini JA, Panza FT. Valoração médico-pericial do dano estético. Saúde, Ética & Justiça. 2017 Jun 10;22(1):41.
 12. Nicourt B. Réflexions sur le préjudice esthétique. Vol. 25, J Méd Lég 25. 1982. p. 361–6.
 13. Epiphanyo E, Vilela J. Perícias Médicas - Teoria e Prática. Grupo GEN. 2007.
 14. Jalón VB, Seco MDA, Espinosa CG. The aesthetic damage in the new scale [Internet]. Vol. 41, Revista Espanola de Medicina Legal. Ediciones Doyma, S.L.; 2015. p. 208–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2015.09.007>
 15. Rodríguez E, Hernández-Cueto C. Nueva propuesta de valoración baremada de perjuicio estético dentro del Real Decreto Legislativo 8/2004. Vol. 19, Trauma Fundación MAPFRE. 2008. p. 128–36.
 16. Valiente A, Sasot A. Revisión y crítica de la valoración del daño estético. Propuesta de un nuevo baremo. Vol. 20, Cuad Med Forense. 2014. p. 25–35.
 17. Criado del Río M. Daño estético. Valoración médico-legal del daño a la persona. Doctrina médico-legal de valoración de daños personales. COLEX; 2010. p. 375–432.
 18. Alves RC. Autonomia do dano estético na configuração da obrigação de indenizar. Revista de Direito. 2014;211–46.
 19. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm; 1988.
 20. Lopez T. O dano estético: responsabilidade civil. In: Revista dos Tribunais. 4ª. Grupo Almedina; 2021.
 21. Santos J. La valoración del perjuicio estético. Vol. 14, Cuad Med For. 1998. p. 7–20.
 22. Lopez TA. O dano estético: responsabilidade civil. In: Revista dos Tribunais. 3ª. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2004.
 23. Lopez T. O dano estético: responsabilidade civil. In: Revista dos Tribunais. 2ª. São Paulo; 1999.
 24. Fernandes MM, Plana JAC, Bouchardet FCH, Michel-Crosato E, Oliveira RN de. Validação de instrumento para análise do dano estético no Brasil. Saúde em Debate. 2016 Mar;40(108):118–30.
 25. Cobo Plana J. La valoración del daños a la personas por accidentes de tráfico. Barcelona: Bosch; 2010.
 26. Dallingan L, Loriferne D, Reynaud C, Roche L. L'evaluation du dommage corporel. Collection de Médecine Légale et Toxicologie Médicale Paris. Masson; 1988.
 27. Birnfeld D. Dano estético e reparação [Internet]. Jus Brasil. 2009. Available from: <https://espacovital.jusbrasil.com.br/noticias/1510255/dano-estetico-e-reparacao>
 28. Areces E. Métodos de valoración del perjuicio estético. Libro de Ponencias de las V Jornadas Mapfre sobre Valoración del Daño Corporal. Tema: latigazo cervical y perjuicio estético. Madrid: Fundación Mapfre; 2003. p. 313–37.
 29. Santos JA. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil [Internet]. Vol. 2, Imprensa da Universidade de Coimbra. 2008. p. 85–94. Available from: <http://hdl.handle.net/10316.2/32124>
 30. Santos JA. El daño estético. Vol. 11, III Jornadas Andaluzas sobre valoración del daño corporal. Sevilla: Asociación Andaluza de Médicos Forenses; 1998.
 31. Costa e Silva A, Zimmermann R. Estudo dos acórdãos dos Tribunais de Justiça acerca das ações de responsabilidade civil contra cirurgiões dentistas. Anais. Braz Oral Res. 23º SBPqO Meeting; 2006. p. 286.
 32. Fernandes M, Bouchardet FCH, Delwig F, Tinoco RLR, Daruge Junior E, Oliveira RN. Valoração do dano estético odontológico utilizando três métodos: relato de caso pericial civil. Revista Brasileira de Odontologia Legal (RBOL) [Internet]. 2016;3(1):84–94. Available from: <http://www.portalabol.com.br/rbol>
 33. Nieto AS. Perjuicio estetico en la Ley 35/2015. Un daño objetivo sujeto a una valoración subjetiva [Tesis doctoral]. Universidad del País Vasco; 2022.
 34. Sakaguti NM, Fernandes MM, Mazzilli LEN, Plana JAC, Bouchardet FCH, de Oliveira RN.

Development of a computer-aided design software for the quantitative evaluation of aesthetic damage [Internet]. Vol. 14, PLoS ONE. Public Library of Science; 2019. p. 1–14. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226322>

35. Rodrigues CR e R, Konflanz AL, Araujo VP de, Rosa GC da, Baldasso RP, Oliveira RN de, et al. Avaliação do dano estético dentário considerando as distâncias íntima e social do observador: estudo piloto. Vol. 4, Brazilian Journal of Health Review. Curitiba: South Florida Publishing LLC; 2021. p. 27864–78.

36. Criado del Río M. Daños extrapatrimoniales: daño estético. Valoración Médico-Legal del Daño a la Persona. Civil, Penal, Laboral y Administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico. Madrid: Editorial Colex; 1999. p. 470–94.

37. Lloret F, Navas L, Rocher F, Bravo M, de Silva Z. Propuesta de un método para la valoración médico legal del perjuicio estético por cicatrices. Vol. 19, Cuad Med Forense. 2013. p. 13–9.

38. Cobo Plana J, Aso E. Valoracion de Las Lesiones Causadas a Las Personas . Spanish. Masson, editor. 1998.

39. Aso J, Cobo Plana J. El perjuicio estético y el sistema legal de valoración. III Jornada de Derecho de la Circulación. Barna: Enfoque XXI; 1999.

40. Rouge D, Costagliola M, Arbus L. L'évaluation juridique des séquelles de brûlures et des cicatrices. Vol. 17, Rev Franç Dommage Corp. 1991. p. 303–13.

41. Pontes S. A responsabilidade civil pelo dano estético [Internet]. JusBrasil. 2018. Available from: <https://sergiopontes.jusbrasil.com.br/artigos/604574443/a-responsabilidade-civil-pelo-dano-estetico>

42. Espinoza MA. Dano estético e suas particularidades [Internet]. Vol. XVIII, Âmbito Jurídico. Rio Grande; 2015. Available from: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php>

43. Magalhães T, Corte-Real F, Vieira D. O relatório pericial de avaliação do dano corporal em Direito Civil. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Brasília: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008.

44. Bittar C. Reparação civil por danos morais. 4ª. Saraiva, editor. São Paulo; 2015.

45. Oliveira SG de. Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional. 6ª. LTR, editor. São Paulo; 2011. 243–244 p.

46. Lloret FR, Navas LDS, Servet VM, de Silva ZC.

Valoración del daño estético por cicatrices tras accidente de tráfico [Internet]. Vol. 5, Revista de Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro. Universidad de Alicante (UA); 2013. P. 6–25. Available from: <http://hdl.handle.net/10045/42808>

47. Nahai F. The Power of Beauty. Aesthetic Surgery Journal. 2018 Aug 16;38(9):1039–41.

48. Sisti A, Aryan N, Sadeghi P. What is Beauty? Aesthetic Plastic Surgery. 2021 Oct 13;45(5):2163–76.

TELEPERÍCIA NO BRASIL: REVISÃO DE LITERATURA E ANÁLISE SOB A ÓTICA DA MEDICINA LEGAL

TELEFORENSICS IN BRAZIL: LITERATURE REVIEW AND ANALYSIS FROM THE POINT OF VIEW OF FORENSIC MEDICINE

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO DE REVISÃO recebido 04/11/2022 aceito em 02/05/2023

Como citar: Fujisawa RK, Konichi RYL, Miziara ID. Teleperícia no Brasil: revisão de literatura e análise sob a ótica da medicina legal. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230515
<https://dx.doi.org/10.47005/230515>

Raísa Kyn Fujisawa ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1576287532511418> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6194-3625>

Renata Yumi Lima Konichi ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0287972168845427> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5882-1368>

Ivan Dieb Miziara ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3120760745952876> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7180-8873>

⁽¹⁾ Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação Faculdade de Medicina da USP, São Paulo/SP, Brasil (autor principal, revisão bibliográfica).

⁽²⁾ Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação Faculdade de Medicina da USP, São Paulo/SP, Brasil (autor secundário, revisão bibliográfica)

⁽³⁾ Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação Faculdade de Medicina da USP, São Paulo/SP, Brasil (orientador)

E-mail: raisa.kyn@hc.fm.usp.br

RESUMO

Introdução: A telessaúde vem se desenvolvendo e expandindo progressivamente. O uso das tecnologias visa levar serviços de saúde à toda população de maneira segura, conveniente, eficiente e efetiva; diminuir o tempo de espera pelo atendimento; ultrapassar as dificuldades geográficas, socioeconômicas e culturais, evitando o deslocamento desnecessário da equipe de saúde ou do paciente; e reduzir os custos. **Material e método:** Revisão de literatura com análise de artigos e publicações nas bases de dados Lilacs, Pubmed, Scielo e Embase, para levantamento de dados referentes às perícias médicas com o uso da telemedicina, avaliando as técnicas utilizadas nas diferentes áreas médico-periciais e estabelecendo a viabilidade da teleperícia e

quais situações a utilização de recursos tecnológicos da telemedicina é possível para fins periciais; levando-se em consideração a legislação vigente no Brasil. **Discussão:** A teleconsultoria é amplamente utilizada em outros países e pode ser utilizada substancialmente em todos os domínios da medicina legal e perícia médica. Em algumas áreas, fazendo-se algumas ressalvas, a própria avaliação do indivíduo pelo perito pode ser feita a distância. **Conclusão:** A teleperícia é possível, porém com ressalvas e precauções. É imprescindível a triagem para selecionar as perícias viáveis a distância, a elaboração de normas específicas para esse modelo de atendimento, o respeito à autonomia do profissional que optar por realizar ou não a perícia remota, o emprego de equipamentos e materiais de alta qualidade e, por fim, a contratação de equipe com proposta de estabilidade, para que seja capacitada e atue conforme as diretrizes estabelecidas. Palavras-chave: telemedicina, telessaúde, e-saúde, teleperícia, forense, Covid-19.

ABSTRACT

Introduction: Telehealth has been developing and expanding. The use of technologies aims to delivery health services to the entire population in a safe, convenient, efficient, and effective way; decrease the waiting time for care; overcome geographic, socioeconomic, and cultural difficulties, avoiding unnecessary displacement of the health team or the patient; and reduce costs. **Material and Methods:** Literature review with analysis of articles and publications in Lilacs, Pubmed, Scielo and Embase databases, to collect data regarding forensic medicine using telemedicine, evaluating the techniques used in different medical-forensic areas and establishing the viability of the teleforensics and which situations the use of telemedicine technological resources is possible for forensic purposes; according to the current law in Brazil. **Discussion:** Teleconsulting is widely used in other countries and can be used substantially in all fields of forensic medicine. In some areas, with some reservations, the assessment of the subject by the expert can be done remotely. **Conclusion:** Teleforensics is possible, but with limitations and precautions. Screening is essential to select viable remote evaluation, developing specific standards for this model of care, respecting the autonomy of the professional who chooses to perform remotely or not, using high quality equipment and materials and, finally, hiring a team with stability, so they can be trained and act according to the established guidelines. Keywords: telemedicine, telehealth, e-health, teleforensics, forensic, Covid-19.

1. INTRODUÇÃO

A telemedicina é definida como um método de serviço médico interposto por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs) utilizadas para assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde; deve respeitar os requisitos do Nível de Garantia de Segurança-2 (NGS2), o padrão da infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) e as definições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (1–3). Desde 1959, a telessaúde simboliza ampliação do acesso ao serviço de saúde, versatilidade, redução dos custos, menos tempo despendido e pacientes mais comprometidos com o seguimento (4).

A telessaúde envolve diversas áreas e a telemedicina abrange várias modalidades como: teleconsulta, teleinterconsulta, telediagnóstico, telecirurgia, telemonitoramento ou televigilância, teletriagem e teleconsultoria. O avanço

tecnológico da informática, especialmente no âmbito das telecomunicações, possibilitou a inserção da telemedicina nos serviços de saúde, melhorando a prática médica, desde que seja preservada uma boa relação médico-paciente e seja mantida a cautela com a confidencialidade (1,3).

A telessaúde no Brasil tem como objetivo levar serviços de saúde à toda população de maneira segura, conveniente, eficiente e efetiva; diminuir o tempo de espera pelo atendimento; ultrapassar as dificuldades geográficas, socioeconômicas e culturais, evitando o deslocamento desnecessário da equipe de saúde ou do paciente; e reduzir os custos dos serviços de saúde. Acabou sendo substancial após o início da pandemia, reduzindo o fluxo de pessoas, principalmente aquelas com comorbidades e mais vulneráveis às doenças, disponibilizando serviços de saúde em áreas remotas e conectando os pacientes às equipes de

especialistas que geralmente estão disponíveis apenas nos grandes centros (3,5,6).

Além disso, no Brasil e no mundo, há uma tendência a maior longevidade da população, trazendo consigo um aumento na prevalência dos agravos crônicos de saúde e da demanda dos serviços de saúde (3). O uso da tecnologia na área médica viabiliza o acompanhamento mais frequente do paciente, possibilitando as intervenções precoces que diminuem as agudizações e intercorrências e, assim, reduzem os custos da assistência em saúde e melhoram a qualidade de vida do paciente (1).

No ano de 2019, de acordo com o IBGE, 84% dos domicílios no Brasil tiveram acesso e utilizaram internet, sendo que em 99,5% dos casos o acesso também se deu por meio de telefone celular (7). Sendo assim, pode-se considerar que o acesso à internet é amplo no Brasil, facilitando a implementação da telemedicina (5). A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 foi estruturada pelo DATASUS e tem como objetivo estabelecer a saúde digital no Brasil com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), bem como associá-la com projetos de Governo Digital e outras políticas públicas e de saúde, em continuidade com diretrizes e ações do Sistema Único de Saúde (SUS) (6,8).

A Associação Médica Mundial e o Conselho Federal de Medicina ainda consideram o atendimento presencial como sendo superior à assistência realizada a distância. Com o uso autorizado da telessaúde durante a pandemia do Covid-19 no Brasil, observaram-se muitas fragilidades no sistema, sobretudo no que diz respeito à segurança dos dados dos pacientes. Existe então a necessidade de uma revisão imediata das normas e leis que fiscalizam e regulamentam a atuação dos profissionais na telemedicina (1).

A perícia médico-legal é um ato médico, científico e elaborado por um profissional habilitado, o médico perito, a fim de produzir uma prova técnica e esclarecer a justiça sobre um fato (5,9,10).

Quando o assunto é a perícia médica, lidamos com um problema social também, uma vez que os indivíduos que solicitam os benefícios previdenciários por incapacidade temporária ou permanente dependem desse valor para suprir necessidades básicas de alimentação, moradia,

entre outros (5). No próprio Código de Processo Civil, de 2021, a lei permite o uso de recursos tecnológicos para esclarecimento dos fatos, como consta no art. 236, §3º, orienta que os atos processuais serão cumpridos por ordem judicial e que esses atos podem ser realizados através de videoconferência ou outros meios tecnológicos (11).

2. MATERIAL E MÉTODO

O trabalho foi realizado com o propósito de explorar as possibilidades do uso da telemedicina no âmbito das perícias médicas. Dessa forma, foi feita uma coleta qualitativa de dados, na tentativa de compreender as melhores alternativas de aplicação da teleperícia através de uma revisão de literatura realizada com pesquisa de artigos e publicações nas bases de dados Lilacs, Pubmed, Scielo e Embase; com o uso dos descritivos: "telemedicina", "telessaúde", "e-saúde", "teleperícia" e "forense", além de buscas na legislação brasileira e no Conselho Federal de Medicina, das normas, resoluções, leis e protocolos vigentes.

3. RESULTADOS

3.1 A PERÍCIA MÉDICA NO CENÁRIO DA PANDEMIA DO COVID-19

O surto do covid-19 se iniciou em dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, mas tomou proporções globais em questão de pouco tempo, chegando ao Brasil em fevereiro de 2020. O novo coronavírus (vírus Sars-Cov-2) apresenta alta infectividade e é o agente etiológico de uma síndrome gripal que, em alguns casos, apresenta intensa resposta inflamatória e evolui desfavoravelmente para pneumonia e síndrome respiratória aguda grave (12,13).

Com o surto do Sars-Cov-2 houve um processo de isolamento social repentino, com a paralisação de diversos serviços, inclusive as atividades médico-periciais que, no Brasil, foram suspensas no dia 18 de março de 2020, após determinação do Tribunal Regional do Trabalho com o Ato nº 003/2020/TRT14/GP, artigo 2º, item V (12). Porém, em 15 de abril de 2020, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.989, permitindo o uso da telemedicina durante a crise do coronavírus (9,13,14); e em 30 de abril de 2020, o Conselho

Nacional de Justiça (CNJ) publicou a Resolução nº 317 permitindo a realização de perícias assistenciais ou para benefícios previdenciários por incapacidade através de meios eletrônicos (9,12). E, devido ao acúmulo de ações nesse período e levando em consideração que o processo deve ser concluído em tempo satisfatório, de acordo com a Constituição Federal de 1988, em 19 de maio de 2020, o Comitê de Crise do CNJ determinou a viabilidade das perícias presenciais desde que: (1) a perícia presencial fosse indispensável; (2) houvesse avaliação minuciosa da condição local quanto à evolução da pandemia e regras de distanciamento social; e (3) fossem cumpridas as normas sanitárias, de higiene etc. (12).

Apesar do parecer do CFM (Conselho Federal de Medicina), em 2012, descrevendo a possibilidade da realização de perícias médicas administrativas por videoconferência e das diversas propostas para a realização de teleperícia, seguindo as normas da telemedicina redigida pelo CFM na Resolução nº 1.643/2002 (atualmente já revogada) e na Portaria nº 467/ 2020, o próprio CFM destacou, com o Parecer nº 03/2020 e a Resolução nº 10/2020, que a perícia técnica efetuada à distância estaria infringindo o Código de Ética Médico (CEM) (12,15). Dessa maneira, o Juizado Especial Federal, em 24 de julho de 2020, alterou a Portaria nº 10.587.376 que dispunha sobre a prática das perícias médicas nos consultórios dos peritos durante a pandemia do Covid-19 (12).

3.2. LEGISLAÇÃO ATUAL

O pós-pandemia no Brasil nos trouxe várias atualizações no âmbito da saúde digital. A mais recente delas é a Resolução do CFM nº 2.314, de 05 de maio de 2022, criada para disciplinar o exercício da medicina e garantir os preceitos éticos e legais no que diz respeito a telemedicina; definida pela prática da medicina através das Tecnologias Digitais, de Informação e Comunicação (TDICs) para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde. Ainda nessa resolução, o CFM reitera que a consulta presencial continua sendo a referência no atendimento ao paciente e que a telemedicina não a substitui (1).

No presente momento, temos em vigência o CEM atualizado em 2019, que trata sobre “Auditoria e

perícia médica” em seu capítulo XI e que, em seu art. 92, dispõe da necessidade de se realizar o exame médico-legal presencialmente, artigo este que entra em confronto com a Resolução nº 317 do CNJ, de 2020 e também atualmente ativo, que permite a utilização de TDICs em perícias que avaliam benefícios assistenciais ou previdenciários por incapacidade (16)(17).

Porém, desde 15 de abril de 2020, pela Lei nº 13.989 aprovada pelo Congresso Nacional, a telemedicina foi autorizada durante a crise da Covid-19, em caráter emergencial e em todo o território nacional (14). Bem como, em 30 de março de 2021, através do artigo 6º da Lei nº 14.131, o INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) foi autorizado, até o dia 31 de dezembro de 2021, a liberar o benefício por incapacidade temporária por até 90 dias para os segurados e sem possibilidade de prorrogação, sendo efetuada nos moldes de uma perícia indireta, de forma remota, sem a necessidade da avaliação presencial e mediante atestado médico e documentos complementares que evidenciem a doença alegada como causa da incapacidade (18).

Recentemente, em 30 de março de 2022, foi publicada a Portaria nº 673 do Ministério do Trabalho e Previdência (MTP), que estabelece a possibilidade da substituição da perícia presencial pela avaliação pericial a distância e as condições necessárias para que isso ocorra. Essa portaria leva em consideração as perícias para verificação de capacidade laboral nas solicitações de auxílio por incapacidade temporária com duração menor que 90 dias portaria (19).

Outro fator importante a ser discutido é a segurança de informação de dados. Em 2007, com a Resolução nº 1.821 (modificada pela Resolução nº 2.218/2018) o CFM já ditava algumas normas técnicas quanto à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, através do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (20). Em 27 de dezembro de 2018, foi publicada a Lei nº 13.787 que também estabelece sobre a digitalização do prontuário do paciente, bem como determina normas sobre a utilização de sistemas informatizados para a sua guarda, armazenamento e manuseio; de modo a garantir a integridade, a

autenticidade e a confidencialidade do documento digital (21).

Através da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018 (alterada pela Lei nº 13.853/2019), foram disciplinados os cuidados que devemos tomar com os dados pessoais, que são informações relacionadas a pessoa natural identificada ou identificável. Essas determinações são válidas para todas as pessoas, física e jurídica; todas as esferas, sendo incluído o meio tecnológico; e em todo o território nacional. E tem o objetivo de proteger a liberdade, a privacidade, o desenvolvimento econômico e tecnológico, os direitos humanos e o livre desenvolvimento da personalidade do indivíduo (22).

3.3. TELESSAÚDE

O uso da telemedicina já vem sendo difundido desde 1960, porém, a pandemia do Covid-19 proporcionou um rápido avanço das tecnologias disponíveis para realização de videoconferências (23).

A telessaúde (telecare, e-health e telehealth) pode ser descrita como a utilização da tecnologia para prestar assistência ou educação relativas as áreas da saúde. Apesar de ser usada, por alguns autores, como sinônimo, a telemedicina é uma modalidade da telessaúde (24,25). A OMS, em 2019, adotou o termo saúde digital para referir-se a telessaúde.

O surgimento e fortalecimento da telessaúde é o resultado de condições socioculturais e demográficas. Principalmente em um país de grande diversidade cultural e territorial, diferenças sociais e econômicas, como o Brasil, onde o acesso à saúde – em seus mais diversos territórios e contextos – torna-se um desafio. No contexto da pandemia de SARS-CoV-2, sua necessidade tornou-se ainda mais evidente, visto que – em decorrência das medidas de isolamento social para contenção das infecções – ficou explícita a urgência de levar saúde à casa dos pacientes, dispondo de profissionais especializados e exames complementares, bem como de medidas de comunicação e educação em saúde.

É composta por diversas modalidades, contemplando temas como: assistência, prevenção, promoção de saúde e educação (6,13).

3.3.1. Telemedicina

Há diversas definições para a Telemedicina, visto que ainda não há um consenso na literatura para delimitá-la, mas – muito embora diverjam em alguns pontos – é comum o seu entendimento como o uso de tecnologias para a prática da medicina, seja de forma assistencial, educacional ou de pesquisa. O CFM define telemedicina como o “exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde.” (CFM 2002). A definição da OMS (2019), dá destaque ao seu exercício “especialmente nos casos onde a distância é um fator crítico”.

Apesar de existirem discordâncias quanto aos termos, para este estudo, entendemos na como a modalidade de telessaúde que abrange especificamente as interações à distância com profissionais médicos (25). A telemedicina utiliza categorias de atividades como: educacionais e treinamentos; pesquisa multicêntrica; e assistência, que também se subdivide.

Categorias de atividades da Telemedicina	
Atividades educacionais e treinamentos	Acesso a centros de referência com compartilhamento de experiências, resultados, transmissão de cirurgias e compartilhamento e treinamento de novas técnicas, etc.
Assistência	Atividades de assistência médica a distância (segunda opinião especializada, monitoramento de pacientes, análise e emissão de laudos; e teleconsultas).
Pesquisa multicêntrica	Colaboração entre centros de pesquisa com possibilidade de padronização de métodos, otimização de tempo e custo; e compartilhamento de dados.

(Wen, 2008; Hassibian & Hassibian, 2016; Jani et al, 2017).

Modalidades da Telemedicina assistencial	
Teleassistência	Auxílio médico remoto a um profissional de saúde.
Teleconsulta	Consulta médica, remotamente.
Tele-expertise	Auxílio médico especializado a outro médico.
Telemonitoramento	Interpretação remota dos dados de acompanhamento médico de um paciente e quando apropriado, orientação de cuidados.

3.3.2. Teleconsulta

Essa modalidade, possibilita que a consulta médica seja feita remotamente, ampliando o acesso à assistência médica para a população. Sua regulamentação principal motivo de discussão dos órgãos reguladores, profissionais e sociedades de classe e, por isso, existem diferenças entre os países quanto à sua prática. Como, quando e quem pode usufruir da telemedicina - sobre as teleconsultas principalmente -; bem como o contato direto entre médicos e pacientes, sem a mediação de uma instituição ou de outro profissional saúde, são motivos de controvérsias (13), uma vez que o tema envolve fatores culturais

e socioeconômicos, como também interesses sociais, profissionais, comerciais e econômicos.

A qualidade na assistência, o aumento eventual de diagnósticos equivocados, a utilização exagerada, a insegurança de dados e de informações privadas, bem como a possibilidade de se tornar um vetor de desemprego de profissionais médicos - conforme apontado pela revista AMF (2018) - são questões levantadas quanto aos malefícios dessa nova prática médica. Há quem defenda que as teleconsultas são uma oportunidade melhorar o acesso a serviços de saúde, diminuir o deslocamento dos pacientes, reduzir os custos em saúde, aproximar o acesso à especialista, principalmente em regiões remotas; outros creem que ela é uma ameaça à assistência médica e a própria carreira médica (13).

3.3.3. Teleassistência

Contempla atividades de assistência médica à distância, como: segunda opinião especializada; monitoramento de pacientes; análise e emissão de laudos; e teleconsultas. Desta forma, proporciona auxílio a um profissional de saúde, por um médico, remotamente (13).

3.3.4. Tele-expertise ou teleconsultoria

Essa modalidade de telessaúde permite médicos solicitem a opinião de um ou mais médicos especialistas, por meios digitais, quando surgirem dúvidas em relação a um diagnóstico ou escolha de tratamento relacionado a outra disciplina médica. Deste modo, evita-se que os pacientes precisem aguardar por uma consulta com um especialista, além de eliminar os custos associados; e a rápida troca de conhecimentos favorece a qualidade dos diagnósticos e tratamentos, vez que se tornam melhor fundamentados (13).

3.3.5. Telediagnóstico

Segundo o Ministério da Saúde, é o serviço que “utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal” (26). A Resolução nº 2.227/18 do CFM, define o telediagnóstico como a transmissão de gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer (13).

De forma simplificada, como o próprio nome indica, trata-se do diagnóstico efetuado a distância, seu principal benefício reside na melhoria do acesso a métodos diagnósticos essenciais à saúde, principalmente nas áreas remotas - distantes dos grandes centros urbanos. Diversos exames diagnósticos podem se valer das tecnologias da informação e comunicação, dependendo da transmissão de sinais biológicos, como sinais elétricos e imagens médicas ou radiológicas (27).

3.3.6. Telemonitoramento

A Resolução nº 2.227/18 do CFM, o caracteriza como uma ação feita de acordo com a orientação e supervisão médica para monitoramento - à distância - de parâmetros de saúde ou doença do local onde o paciente se encontra, até um centro especializado de monitoramento, interpretação e análise, sendo uma das mais importantes aplicações da telemedicina. Dá-se através da obtenção direta de imagens, sinais e dados de equipamentos ou dispositivos agregados ou implantáveis no paciente (13). Nessa modalidade, o registro e a transmissão de dados podem ser realizados pelo próprio paciente ou por um profissional de saúde.

Ele traz reflexos positivos no que diz respeito à desospitalização, saúde preventiva, diagnóstico precoce, aumento na expectativa de vida e conforto. Trata-se de um importante instrumento para enfrentar o crescimento dos custos com as doenças crônicas não transmissíveis, pelos sistemas nacionais de saúde, um dos notáveis desafios na prestação de serviços de saúde mundialmente (28).

3.3.7. Telerregulação

Entende-se telerregulação por um conjunto de ações em sistemas de regulação cuja finalidade é proporcionar respostas pertinentes às demandas existentes. Em última análise, visa proporcionar a assistência em saúde adequada, por meio da garantia do acesso e equidade aos serviços de saúde. Em seu escopo, também abrange a avaliação e o planejamento das ações - inteligência reguladora operacional à gestão. Atualmente, tem importante relevância à Atenção Primária em Saúde (1).

3.3.8. Tele-educação

O serviço de tele-educação integra o conjunto de ações de telessaúde, utilizando tecnologia para aperfeiçoamento de conhecimentos de alunos e profissionais. Objetiva contribuir para a educação permanente dos profissionais, sem precisar deslocá-los de suas atividades diárias no território (27).

3.3.9. Teleperícia

A perícia médica se caracteriza por um conjunto de procedimentos técnicos cujo objetivo é esclarecer um fato de interesse da justiça, e o perito é o técnico incumbido pela autoridade de esclarecer o fato da causa, auxiliando, desse modo, na formação da convicção da autoridade judicial. Dessa forma, a perícia é um meio de prova, e o perito médico, um auxiliar imparcial e de confiança do juiz. Assim, a teleperícia seria a perícia médica realizada através de videoconferência associada ao estudo virtual dos documentos médico-legais (15,29).

Diferentemente da perícia indireta – como nos casos em que o periciando já é falecido ou não pode comparecer à perícia médica por algum motivo – que consiste na avaliação dos documentos médico-legais do processo e das informações colhidas com familiares ou pessoas próximas, quando o exame físico do periciado é inviável (5,9).

O apoio da tecnologia digital no âmbito judiciário das perícias médicas, assim como na medicina assistencial, também visa superar os obstáculos sociais, culturais, geográficos e econômicos, para que se possa alcançar toda a população (5,9).

Considerando que, através da telemedicina, conseguimos conectar o paciente a uma equipe com elevada expertise, na área da perícia médica não é diferente, a teleperícia viabiliza que o periciando seja entrevistado por um perito especialista mesmo que estejam em locais distintos, inclusive no âmbito criminal (30).

A adesão dos meios digitais na perícia dependerá do preparo das instituições e dos participantes envolvidos. Luxton et al. propõem etapas essenciais para a implantação da teleperícia: 1) Avaliação das necessidades com pesquisas sobre a demanda e análise dos recursos, custos e tipos de tecnologia a ser utilizada; 2) Compra de

equipamentos e instalação da infraestrutura, levando-se em consideração o sigilo e a segurança de dados com o desenvolvimento de documentação técnica; 3) Revisão do estatuto e políticas da instituição, com elaboração de novas regras quando necessário; e 4) Capacitação e coordenação, com investimento em educação e treinamento dos profissionais (31).

Inúmeros países já implementaram o uso da teleperícia com sucesso, investindo em tecnologia de ponta para diminuir as limitações do exame remoto. Além disso, nos locais mais afastados onde o atendimento presencial é difícil e dispendioso, há risco do serviço nem ser feito, levando a um prejuízo maior do que as eventuais restrições que a teleperícia apresenta (15). Outra conveniência da teleperícia é proporcionar a comunicação com os tribunais e estabelecimentos prisionais para discussão de pareceres técnicos, através de teleconsultorias (32).

Uma das fragilidades na teleperícia é a vulnerabilidade do sigilo processual (29), por isso é imprescindível a elaboração de normas e sua fiscalização para que este seja garantida (33). No Reino Unido, dentro do sistema de justiça criminal, as instalações digitais são conectadas por meio de uma rede segura e nenhuma gravação de qualquer tipo é permitida (33).

Além disso, alterações clínicas ao exame físico relevantes podem passar despercebidos sob a ótica de uma câmera, como impressões olfativas do periciado, contato visual e aspectos vistos do seu corpo inteiro (movimentos psicomotores). São fatores a serem adaptados com tecnologia avançada, ajuste da disposição da câmera em sala apropriada e capacitação para uso desse método de avaliação (31).

3.4. CAMPOS DE APLICAÇÃO DA TELEPERÍCIA

3.4.1. Perícias em vítimas de violência sexual

Segundo dados do IGBE, 1 em cada 7 adolescentes sofreu algum tipo de violência sexual no Brasil (34). Frente a uma suspeita de abuso sexual infantil são necessários profissionais habilitados a realizar o acolhimento; a entrevista; e o exame médico-legal para investigação, coleta de vestígios e diagnóstico. A falta de competência para tais condutas pode suscitar avaliações incompletas, diagnósticos incorretos e procedimentos

descabidos; levando até ao comprometimento das investigações e da segurança da vítima (35).

Alguns estudos foram realizados a fim de comparar a efetividade da entrevista presencial e à distância em vítimas infantis (30,36–38), não sendo demonstrados padrões consistentes de diferenças entre os modos de entrevista. Dickinson et al. (2021), em pesquisa realizada com crianças de idades entre quatro e oito anos, concluiu que nos casos em que a entrevista pericial é a melhor opção, a modalidade à distância é uma escolha razoável (30).

Sobre as percepções dos adolescentes vítimas de violência sexual, Stavos et al. (2018) obteve que a telemedicina é amplamente aceita, mesmo em situações nas quais o abuso envolveu tecnologia e nos diversos graus de conhecimento tecnológico. Este estudo avaliou - além da tele-entrevista - o exame médico, cuja colposcopia foi realizada por médico assistente, com uma câmera de alta resolução acoplada ao equipamento, e transmitida para um médico perito, que pode avaliar o exame e conversar com o examinado e seu cuidador (39). Em estudo de 2014, com o objetivo de avaliar a qualidade e acurácia diagnóstica dos exames de abuso sexual em crianças, Miyamoto et al. compararam aqueles realizados em hospitais com acesso à telemedicina e hospitais semelhantes, sem esse recurso. A qualidade e a precisão do exame foram avaliadas independentemente por revisão especializada de documentos médico-legais, registros fotográficos ou em vídeo. Mediante essa análise, foi demonstrado que os hospitais que dispunham do recurso da teleperícia apresentaram avaliações de qualidade significativamente mais altas, exames mais completos e diagnósticos mais precisos (35).

Existem meios que fazem a telemedicina ficar mais fidedigna, como o exame sexológico feito com colposcópio integrado à uma câmera de vídeo de alta resolução, no qual a imagem é transmitida ao consultor. Ou quando o especialista está disponível para videoconferências em tempo real com o profissional e o paciente, viabilizando a discussão do caso, bem como a interpretação em conjunto dos achados do exame físico. Em alguns locais, o orientador mantém um sistema instalado no seu computador, permitindo que se forneça a assistência de sua casa, a qualquer hora do dia.

Além do suporte através do contato telefônico para esclarecimento de dúvidas (35).

Em locais de difícil acesso, as vítimas são mais dificilmente examinadas de forma integral no âmbito forense pela falta de profissionais capacitados para tal avaliação, necessitando de encaminhamentos para unidades especializadas em violência sexual, situação que traz risco de degradação dos vestígios, pelo tempo decorrido, e maior desgaste emocional à vítima e seus familiares. Como já pormenorizado anteriormente, o uso de meios digitais pode aproximar essas vítimas dos especialistas situados nos grandes centros, possibilitando discussões dos casos e orientações aos médicos menos experientes (35).

3.4.2. Perícias em idosos vítimas de violência

A telessaúde mostra-se como uma oportunidade de cuidado com a população geriátrica, vez que a porcentagem de idosos vem aumentando no mundialmente e, com ela, a prevalência de pessoas com deficiência cognitiva, em virtude de patologias como a demência de Alzheimer. Portanto, cada vez mais, esses adultos apresentarão dificuldades para cuidar de si mesmos, apresentando-se em risco para situações de abuso (físico, sexual, psicológico, financeiro ou negligência do cuidador) ou autonegligência. A fim de garantir o correto acompanhamento e cuidado, faz-se necessária avaliações periódicas desses pacientes, seja do ponto de vista médico-assistencial, seja do médico-legal, como a avaliação da capacidade civil (40).

A experiência estadunidense, no estado do Texas, evidenciou a importância do tema para a prática médica e sua necessidade de sua introdução na formação acadêmica. As avaliações periciais foram feitas via FaceTime – devido sua ampla disponibilidade e por garantir criptografia de ponta a ponta, com acesso por senha – com o auxílio do especialista do Serviço de Proteção a Adultos, que acompanha o caso (41). Desta forma, conseguiram expandir o acesso a esse serviço para áreas remotas e garantir avaliações periódicas com maior frequência, pois diminui a fila de espera e a avaliação pode ser feita de casa, visto que o exame físico presencial, geralmente, não se faz necessário nessas situações. Identificaram como problemas desse método os problemas ocasionais de conexão e o alto custo do desenvolvimento de uma

plataforma específica para tanto (41).

3.4.3. Perícias psiquiátricas

A telepsiquiatria forense pode ser definida como o uso de tecnologias de telecomunicação para prestar serviços em saúde mental no contexto médico-legal (33). Tem sido cada vez mais utilizada em países como EUA, Síria, Austrália e Inglaterra, ampliando o acesso e rentabilizando a avaliação técnica (15,32).

As perícias psiquiátricas mais comumente solicitadas e realizadas são as criminais, para avaliação da imputabilidade penal, ou seja, para a análise do grau de sanidade mental do indivíduo à época do delito; as cíveis, para verificar a capacidade em exercer os direitos de vida cível; e as administrativas, para avaliação da capacidade laborativa, qualificação de situações que enquadrem recebimento de algum benefício, entre outros (29). Algumas características são importantes para a boa execução da perícia psiquiátrica: capacidade técnica; conhecimento da legislação vigente; cumprimento das normas éticas relacionadas ao processo pericial; e habilitação para o cargo de perito (42).

Uma perícia psiquiátrica realizada de forma remota, pode ser prejudicada levando em consideração que a avaliação do periciado, quando presencial, já se inicia na sala de espera, pois ao chamar o periciado é feita uma primeira análise sobre: sua forma de andar; sua interação com o acompanhante, se estiver presente, e com outras pessoas; entre outros. Além disso, a análise do nexos de causalidade pode ficar prejudicada em casos mais complexos, ao se avaliar poucas variáveis isoladamente (29).

Entretanto, o exame físico na perícia médica psiquiátrica envolve essencialmente a apreciação do exame do estado mental do periciado: aparência, comportamento durante a avaliação, lucidez, psicomotricidade, orientação, inteligência, linguagem, memória, pensamento com seu curso, forma e conteúdo, senso, percepção, humor, vontade, pragmatismo, afeto, atenção e crítica. Isto posto, a perícia psiquiátrica é viável e não apresenta prejuízos comparando-se com a avaliação presencial em grande parte dos casos (15).

A perícia psiquiátrica remota também tem mostrado utilidade singular no atendimento das vítimas de violência doméstica, crianças vítimas de abuso sexual e indivíduos em centros de detenção (32). Além disso, há muitas situações em que os quadros clínicos são evidentes que, mesmo com a avaliação clínica através do meio digital não sendo tão rica quanto a presencial, é possível determinar a presença de tal patologia (32). E tem sido amplamente utilizada por órgãos da justiça para elucidação e produção de pareceres e laudos forenses, esclarecimento de incertezas sobre temas da especialidade e prestar testemunho; tanto no âmbito penal (em tribunais, estabelecimentos prisionais etc.), quanto no civil (32,33).

Em Nottinghamshire, um condado da Inglaterra, foi instituído um serviço de telepsiquiatria forense responsável pelos atendimentos de indivíduos reclusos em uma unidade de baixa segurança, dentre os serviços realizados estão as avaliações periciais para produção de relatórios médico-legais e os planejamentos de alta, com as avaliações de periculosidade (33).

Muito profissionais adotaram a telepsiquiatria apenas para reuniões, supervisão, educação e administração, mas não para fins clínicos. Existe um receio no uso dos meios digitais entre os especialistas que pode estar relacionado com preconceito, defensividade profissional, dúvidas sobre a utilidade, resistência à mudança, falta de experiência ou treinamento e preocupação sobre seu efeito na comunicação e na confidencialidade (33). Mas de acordo com Saleem et al., a literatura conclui que a telepsiquiatria é confiável, aceitável e econômica no cenário forense, ponderando-se a necessidade de um consentimento informado para se realizar a entrevista por meio digital, o periciado deve ser informado dos riscos associados à telepsiquiatria e dos limites de privacidade e confidencialidade.

De acordo com Luxton et al., a avaliação remota é confiável para realizar entrevistas com a maioria dos réus, inclusive que apresentam sintomas psicóticos. Além disso, também é vantajoso no que diz respeito a segurança do perito, já que na avaliação presente pode haver risco à integridade física quando o periciado está descompensado e/ou agressivo; há uma preservação da

confidencialidade em situações em que terceiros (agentes penitenciários, funcionários da instituição etc.) insistem em permanecer juntamente na avaliação; e evitam a contenção do periciado durante a entrevista (31).

3.4.4. Perícias de dpvat (danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre)

No Brasil, enfrentamos um fenômeno de demandas processuais numerosas e repetitivas, com conseqüente necessidade de rápida decisão. O seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre) é uma delas, sendo uma indenização obrigatória, que objetiva ressarcir as vítimas de acidente de trânsito e prescreve após três anos após o estabelecimento inequívoco da incapacidade. Dessa forma, a teleperícia seria um meio para a gestão processual agilizar os litígios que envolvem o seguro DPVAT (43).

Neste cenário, políticas judiciárias direcionadas às metas e produtividade de juízes e tribunais foram adotadas pelo CNJ a fim de frear a acentuada judicialização. Ainda assim, entre os anos de 2009 e 2018 houve um aumento de 32% no número de processos (43).

Em 2020, com o aval para realização das perícias através de meios eletrônicos, foram tomadas algumas providências para a realização das teleperícia, foram selecionados 15 processos, exigidos exames atualizados (realizados em até um ano da data da perícia), agendada reunião prévia para esclarecimento da execução das perícias e feita intimação para o comparecimento do periciado à teleperícia ao escritório de seu advogado, à sala de videoconferência disponibilizada ou para o acesso ao Sistema Webconferência designado. Além disso, determinou-se que apenas o perito, o autor e o assistente técnico teriam acesso à sala; que o início da perícia seria gravado, para fins de identificação; e que o médico perito e o assistente preencheriam um formulário pré-determinado. Finalizada a avaliação pericial, seria realizada uma conferência entre o conciliador e os advogados das partes, na qual seriam informados do resultado da perícia com a exposição do formulário preenchido. Em março de 2021, foram realizadas mais 10 perícias através de meios eletrônicos, nos mesmos moldes

das anteriormente citadas (43).

Dessa forma, o uso de tecnologias de informação permitiu ao Poder Judiciário um desenlace dos litígios de forma mais rápida, mais barata e respeitando-se a integridade do processo (43).

3.4.5. Perícias previdenciárias

É sabido que no Brasil existe uma população com altos níveis de pobreza e vulnerabilidade social, agravados pela pandemia de COVID-19, que trouxe taxas maiores de desemprego e falta de assistência em saúde. Essa problemática certamente foi acompanhada de maiores demandas ao sistema de previdência social no Brasil (29).

O trabalhador contribuinte tem sua subsistência assegurada pela Previdência Social, através dos benefícios previdenciários, quando incapacitado de realizar suas atividades laborais; quando desempregado involuntariamente; na maternidade; na senectude; e após determinado tempo de contribuição; bem como seus dependentes, em casos de reclusão ou morte do segurado (44,45). Dessa forma, esses auxílios previdenciários são de extrema importância para o cidadão brasileiro, já que o segurado provavelmente fará uso desse direito em algum momento de sua vida e sendo garantia de uma renda num período de maior fragilidade e dificuldade (45).

Para o deferimento dos auxílios por incapacidade, seja temporária ou permanente, o segurado deve passar por uma perícia médica obrigatoriamente. Com o surto do covid-19, no início de 2020 houve a suspensão dessas perícias do INSS e, conseqüentemente, a paralisação no fornecimento de novos benefícios previdenciários. Nesse contexto da pandemia, permitiu-se o uso da teleperícia buscando reduzir a fila de mais de 750 mil contribuintes aguardando perícia médica para concessão do auxílio da previdência (45).

Em 2020, o Tribunal de Contas da União, através de uma medida cautelar, aprovou a implementação de um projeto piloto para realização de perícias médicas de forma remota, para análise de requerimento inicial do auxílio por incapacidade temporária, sem possibilidade de prorrogação do benefício, limitando-se aos segurados de empresas que firmaram o acordo com o INSS por meio do "Termo de adesão de participação da experiência

piloto para realização de perícias médicas com uso de telemedicina, enquanto perdurarem os efeitos da crise ocasionada pela pandemia do novo Coronavírus”. O projeto pretendido estabeleceu que a teleperícia seria desempenhada através da plataforma Teams; os documentos médico-legais seriam previamente enviados; e o periciado estaria nas instalações da própria empresa, responsável pelo acesso à sala da teleperícia, na presença do médico do trabalho para realização dos testes necessários, logo, a realização da teleperícia restringiu-se a empresas de médio e grande porte, que possuíssem médico do trabalho (5,45,46).

3.4.6. Perícias em indivíduos sob tutela do estado

O uso da teleperícia em instituições prisionais vem sendo amplamente utilizada e aprimorada em países como Austrália, África do Sul e Estados Unidos (47).

A telepsiquiatria, poderá ganhar-se tempo e dinheiro, reduzindo a necessidade de deslocamento do especialista ao local, outro tanto sucedendo com o transporte de reclusos, que envolve questões de segurança e despesas consideráveis (32). É descrita, inclusive, a possibilidade da realização de exame físico mediante um profissional da enfermagem presente e capacitado para realizar algumas constatações e executar algumas tarefas (manipulação e posicionamento correto de aparelhos como estetoscópio, eletrodos etc.) (47).

Entre os obstáculos apontados para a instalação de um serviço de telepsiquiatria prisional, assinalam-se as resistências das equipes médicas, as dificuldades de coordenação de um serviço desta natureza e a própria cultura prisional, onde as questões da segurança têm prioridade sobre as da saúde (32).

A equipe prisional necessita de treinamento em telessaúde e equipamentos de qualidade para se colocar essa modalidade em prática, já que algumas informações e alterações podem ser mais difíceis de serem captadas pela avaliação remota (47).

3.4.7. Perícias *post-mortem*

Os médicos legistas têm como função geral realizar exame de corpo de delito, seja em vítimas de agressão, de abuso sexual, entre outros; coletar

vestígios; e realizar exame externo post-mortem e necrópsia em casos de mortes violentas ou suspeitas (48).

Na Holanda, membros da equipe médica, autoridade policial ou profissional da área jurídica podem, a qualquer momento, solicitar orientação ou informação ao médico legista. Inicialmente é realizado um contato telefônico para, a partir deste, o legista ponderar sobre a necessidade de um encontro presencial junto ao demandante ou se o caso pode ser concluído unicamente com a ligação. Há diversas variáveis que influenciam na acurácia do esclarecimento fornecido através da chamada telefônica, como: horário de atendimento, experiência de trabalho do legista, entre outros (48).

Em estudo realizado por Smits et al. foi constatado que diversas instituições fizeram uso da tele-expertise com médicos legistas, como: hospitais; clínicas; e lares de idosos. E dentre os profissionais que mais utilizaram esse serviço estão: médicos (intensivistas, clínicos, neurologistas, cirurgiões, cardiologistas, emergencistas etc.); investigadores criminais; responsáveis pela coordenação de transplantes; e enfermeiros. Na maioria das vezes, o esclarecimento foi acerca da causa da morte, contudo, houve também diligências sobre a realização de exames, questões administrativas e preenchimento da declaração de óbito, definição da hora estimada da morte e da identidade do indivíduo. O aconselhamento telefônico foi falho em 11,6% dos casos analisados e envolviam, majoritariamente, dúvidas quanto a causa do óbito. Esses lapsos podem ser explicados pela deficiência no conhecimento forense, carga de trabalho excessiva, interpretação interpessoal errônea e negligência (48).

Trabalhos realizados na Inglaterra e na Holanda compararam a acurácia da orientação que médicos legistas forneciam a distância, confrontando essas instruções com a causa da morte diagnosticada por um patologista após a necrópsia; foram observadas inconsistências em 17% e 30%, respectivamente. E a literatura apresenta-se divergente quanto a influência dos anos de experiência dos médicos legistas para chegar a um diagnóstico correto da causa da morte (48).

3.4.8. Perícias no cenário de catástrofe

Situações de catástrofe envolvem emergências médicas, com necessidade de intervenção imediata, onde há incompatibilidade entre o número de vítimas e a capacidade de suporte (equipe e materiais para manejo adequado dos pacientes). A catástrofe compreende um cenário em que há uma demanda súbita, inesperada, excessiva e insuficiente de cuidados médicos de urgência (49).

Por sua vez, a medicina de catástrofe consiste num sistema de organização, logística e socorro; com o desempenho de profissionais direcionando a triagem e visando o suporte e o encaminhamento das vítimas às unidades de saúde para tratamento definitivo. Tenta-se manter acesso restrito à área onde ocorreu o desastre e estruturar algumas zonas para melhor organização do fluxo de trabalho e atendimento: 1) Zona de Apoio, próxima à região da catástrofe, para suporte logístico de resgate e salvamento das vítimas; 2) Zona de Concentração e Reserva, onde são realizadas triagem, assistência pré-hospitalar para estabilização das vítimas e posterior evacuação, neste local que foi aventada a implementação da telemedicina; 3) e Zona de Recepção e Reforços, local onde se concentram os recursos que chegam ao local e que serão manejados conforme o planejamento (49).

Com a implementação da telemedicina nas situações de catástrofes, há a possibilidade de utilizar o conhecimento do médico especialista e mantê-lo atuando no seu local de trabalho habitual, nos cuidados com as vítimas já encaminhadas. Além disso, se houver exames disponíveis no local (raio X, ultrassom, eletrocardiograma etc.) pode-se realizar a interpretação dos resultados a distância, com expertise de médicos especialistas. E, através dos meios de comunicação digitais, fica muito mais viável a comunicação entre profissionais, poupando tempo, economizando recursos e permitindo a formação de conhecimento (49).

Além dos contextos já citados, outro âmbito de atuação da telessaúde seria na identificação das vítimas, principalmente numa etapa inicial em que não se disponha dos dados convencionais como nome, data de nascimento, número de documentos etc.; pode-se utilizar das impressões digitais, imagens, entre outros (49).

4. DISCUSSÃO

A teleconsultoria com médicos mais experientes e especialistas pode ser utilizada substancialmente em todos os domínios da medicina legal e perícia médica. Em alguns campos, fazendo-se algumas ressalvas, a própria avaliação do indivíduo pelo perito pode ser realizada a distância.

Da revisão da literatura, sobretudo nos casos infantis, é possível inferir que o uso da teleperícia nos casos de abuso sexual parece ser uma alternativa viável para levar um serviço especializado a populações que não dispõem dele, através de tele-expertise, uma vez que a relevância do uso da teleperícia no contexto de violência sexual advém da falta de profissionais qualificados para atender às vítimas dessa qualidade de crime tão prevalente no país, especialmente em regiões periféricas.

Considerando-se a população idosa, o aumento da expectativa de vida é um marcador de melhoria da saúde, mas traz consigo novos desafios de avaliação, vigilância e assistência, sendo necessários novos métodos para saná-los, como a teleperícia.

No que diz respeito ao exame médico pericial no âmbito da psiquiatria, considerando-se que o exame físico na perícia médica psiquiátrica envolve fundamentalmente a apreciação do exame do estado mental do periciado e também a boa aceitação apresentada pelo Judiciário, esse tipo de teleperícia apresenta-se conveniente e vantajosa no Brasil.

A avaliação pericial de DPVAT já foi colocada em prática, demonstrando sua viabilidade e uma boa saída para o desenlace dos litígios de forma mais rápida e barata, porém foi realizada de forma breve e pontual, necessitando de maiores apreciações e testes.

Em algumas situações, os indivíduos sob tutela do Estado também podem valer-se da teleperícia para serem avaliados sem o deslocamento do profissional e do detido.

No que concerne a perícia post mortem, as tecnologias digitais podem auxiliar médicos menos experientes através da consultoria, da mesma forma que pode ser utilizada na tele-educação.

As situações de catástrofes, apesar das tentativas de evitá-las, ainda são muito prevalentes no mundo. Além de medidas para prevenção, convém

o aperfeiçoamento de procedimentos para diminuir os danos e agilizar as condutas, como a identificação de pessoas precocemente, quando ainda não se dispõe de dados convencionais de identificação.

A perícia médica através de meios eletrônicos deve ser feita com ressalvas e precauções. Uma delas é garantir ao perito a autonomia para determinar que, quando necessário, a perícia seja reagendada e realizada de forma presencial; conforme prevê o CNJ com a Resolução nº 317/2020. Bem como, nenhum perito ou periciado deve ser compelido a realizar ou se submeter a avaliação médico pericial a distância contra sua vontade.

Outra necessidade é a formulação de normas mais específicas para o uso dos meios tecnológicos na perícia médica e sua devida fiscalização a fim de preservar o sigilo processual da teleperícia e manter a execução das teleperícias de forma íntegra, ética e adequada. Cabe ressaltar que as responsabilidades e deveres éticos dos peritos devem ser mantidos e respeitados.

Dispor de tecnologia de ponta é primordial para o máximo aproveitamento da teleperícia; evitando falhas, atrasos e distorções na comunicação e na imagem. Além do exposto, para uma execução satisfatória da avaliação do periciado a distância, faz-se mandatória elaboração de uma diretriz prática de trabalho, com desenvolvimento de módulos de treinamento para o uso das tecnologias de comunicação a serem utilizadas por uma equipe a ser contratada de forma estável, para atuar por longo prazo.

E, por fim, para otimizar o fluxo das perícias, cabe a elaboração de um método de triagem para indicar e definir o modelo de avaliação a ser aplicada: teleperícia ou perícia presencial.

5. CONCLUSÃO

A teleperícia é possível, porém com ressalvas e precauções. Uma forma de otimizar o fluxo das perícias seria através de uma triagem a fim de discriminar quais casos seriam avaliados de forma presencial e a distância. É imprescindível a elaboração de regulamentação com normas específicas para esse modelo de atendimento no que diz respeito a ética, responsabilidade médica, sigilo processual, atuação e execução das avaliações. Assim como os médicos peritos estarão

sujeitos às punições caso não sigam as regras pré-estabelecidas, devem ter o direito de optar pela realização da avaliação remota ou rejeitá-la. Além do mais, faz-se necessário o emprego de equipamentos e materiais de alta qualidade e a contratação de equipe com proposta de estabilidade, para que sejam capacitados e atuem conforme diretrizes estabelecidas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.314 /2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Diário Oficial da União. 2022. p. 227.
2. Sgrinholi DLML, Moura GM de, Gurgel M, Oliveira LP de, Garcia LF. Perspectivas em telemedicina/telessaúde no contexto brasileiro: notas introdutórias [Internet]. Encontro Internacional de Produção Científica da Unicesumar. Maringá: Unicesumar; 2021. Available from: www.unicesumar.edu.br/epcc2021
3. Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(suppl 2).
4. Kois LE, Cox J, Peck AT. Forensic e-mental health: Review, research priorities, and policy directions. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2021 Feb;27(1):1–16.
5. Júnior HM, Reis D, Martelli B, Medeiros Pereira W, Lopes Coelho M. A adoção da teleperícia como necessidade pública. Vol. 47, *Revista da AJURIS*. Porto Alegre; 2020. p. 161–79.
6. Sgrinholi DLML, Moura GM de, Gurgel M, Oliveira LP de, Garcia LF. Perspectivas em telemedicina/telessaúde no contexto brasileiro: notas introdutórias [Internet]. Encontro Internacional de Produção Científica da Unicesumar. Maringá: Unicesumar; 2021. Available from: www.unicesumar.edu.br/epcc2021
7. IBGE 2019: Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 24]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/ciencia-tecnologia-e-inovacao/17270-pnad-continua.html?edicao=30362&t=resultados>
8. Estratégia de saúde digital para o Brasil.

Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

9. Costa Sá E, Ferro EZ, Zuza R dos S, Gomes Filho CH. A atuação do médico perito durante a pandemia da Covid-19 [Internet]. Vol. 10, Rev. Laborativa. São Paulo; 2021. p. 128–39. Available from: <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>
10. França GV. Medicina Legal. 11a. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LDTA; 2017.
11. Código de Processo Civil e normas correlatas. 14a. Brasília: Senado Federal; 2021.
12. Jakobi HR, Miguel A. As perícias judiciais no pós-pandemia. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. 2021;19(4):541–7.
13. Santos WS, de Sousa Júnior JH, Coelho Soares J, Raasch M. Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça? Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. 2020 Oct 22;9(3):433–53.
14. Brasil. Lei no 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União. 2020.
15. Macedo AC, Moreira BSP, Garrido RG. O Controvertido Uso Das Teleperícias Em Tempos De Isolamento Social Pela Pandemia De Covid-19. Prim Facie. 2020 Dec 5;19(42):217–49.
16. Conselho Nacional de Justiça. Resolução no 317, de 30 de abril de 2020. Dispõe sobre a realização de perícias em meios eletrônicos ou virtuais em ações em que se discutem benefícios previdenciários por incapacidade ou assistenciais, enquanto durarem os efeitos da crise ocasionada pela pandemia do novo Coronavírus, e dá outras providências. [Internet]. [cited 2022 Sep 14]. Available from: <https://atos.cnj.jus.br/files/original161656202005085eb585f8b31d5.pdf>
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 2019.
18. Brasil. Lei no 14.131, de 30 de março de 2021. Dispõe sobre o acréscimo de 5% (cinco por cento) ao percentual máximo para a contratação de operações de crédito com desconto automático em folha de pagamento até 31 de dezembro de 2021; e altera a Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial da União. 2021.
19. Ministério do Trabalho e Previdência. Portaria/MTP no 673/2022. Estabelece as hipóteses de substituição de exame pericial presencial por exame remoto e as condições e limitações para sua realização [Internet]. [cited 2022 Sep 24]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria/mtp-n-673-de-30-de-marco-de-2022-389606684>
20. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.821, de 23 de novembro de 2007 modificada pela Resolução CFM no 2.218/2018. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Diário Oficial da União. 2007.
21. Brasil. Lei no 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Diário Oficial da União. 2018.
22. Brasil. Lei no 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), redação dada pela lei no 13.853 de 2019. Diário Oficial da União. 2018.
23. Ranavaya M, Vieira DN. COVID-19 pandemic and evolution of telemedicine to TeleIME. Forensic Sci Res. 2021 Apr 3;6(2):183–6.
24. Sabbatini RME. A telemedicina no Brasil: evolução e perspectivas. 2012.
25. Draft global strategy on digital health 2020–2024 [Internet]. World Health Organization. 2020 [cited 2022 Sep 24]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/documents/g4dh.pdf?sfvrsn=cd577e23_2
26. Ministério da Saúde. Portaria no 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). 2011.
27. Telediagnóstico [Internet]. Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas – UFMG. [cited 2022 Sep 24]. Available from: <https://telessaude.hc.ufmg.br/servicos/telediagnostico/>
28. Paula AC, Maldonado JMSV, Gadelha CAG.

Healthcare telemonitoring and business dynamics: challenges and opportunities for SUS. *Rev Saude Publica*. 2020 Jul 16;54:65.

29. Valença AM, Telles LE de B, Barros A, Silva AG da. Perícia psiquiátrica em tempos de covid-19 [Internet]. *Debates em psiquiatria*. 2020. p. 6–8. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2020/07/00016.html.

30. Dickinson JJ, Lytle NE, Poole DA. Teleforensic interviewing can be a reasonable alternative to face-to-face interviewing of child witnesses. *Law Hum Behav*. 2021 Apr;45(2):97–111.

31. Luxton DD, Lexcen FJ, McIntyre KA. Forensic Competency Assessment with Digital Technologies. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Jul 20;21(7):60.

32. Pereira B, Cintra P, Vieira F, Santos JC. Telepsiquiatria forense em Portugal: algumas reflexões [Internet]. Vol. 24, *Acta Med Port*. 2011. p. 595–602. Available from: www.actamedicaportuguesa.com

33. Saleem Y, Taylor MH, Khalifa N. Forensic telepsychiatry in the United Kingdom. *Behavioral Sciences & the Law*. 2008 May;26(3):333–44.

34. Laboissière P. 1 em cada 7 adolescentes sofreu algum tipo de violência sexual [Internet]. IBGE. 2022 [cited 2022 Sep 24]. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-07/um-cada-sete-adolescentes-sofreu-algum-tipo-de-violencia-sexual#:~:text=No%20Brasil%2C%2014%2C6%25,6%25%20tiveram%20rela%20sexual%20forçada>

35. Miyamoto S, Dharmar M, Boyle C, Yang NH, MacLeod K, Rogers K, et al. Impact of telemedicine on the quality of forensic sexual abuse examinations in rural communities. *Child Abuse Negl*. 2014 Sep;38(9):1533–9.

36. Doherty-Sneddon G, McAuley S. Influence of video-mediation on adult-child interviews: implications for the use of the live link with child witnesses. *Appl Cogn Psychol*. 2000 Jul;14(4):379–92.

37. Hamilton G, Whiting EA, Brubacher SP, Powell MB. The effects of face-to-face versus live video-feed interviewing on children's event reports. *Legal Criminol Psychol*. 2017 Sep;22(2):260–73.

38. Brown D, Walker D, Godden E. Teleforensic interviewing to elicit children's evidence—

Benefits, risks, and practical considerations. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2021 Feb;27(1):17–29.

39. Stavas N, Shea J, Keddem S, Wood J, Orji W, Cullen C, et al. Perceptions of caregivers and adolescents of the use of telemedicine for the child sexual abuse examination. *Child Abuse Negl*. 2018 Nov;85:47–57.

40. Burnett J, Dyer CB, Clark LE, Halphen JM. A Statewide Elder Mistreatment Virtual Assessment Program: Preliminary Data. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Jan;67(1):151–5.

41. Halphen JM, Solis CF, Burnett J. A statewide elder mistreatment virtual assessment program: Legal, ethical, and practical issues. *J Am Geriatr Soc*. 2021 Oct 30;69(10):2759–65.

42. Silva CGS, Barros AJ, Telles LE de B. Perspectivas éticas e legais em perícias de psiquiatria forense. *Revista Bioética*. 2022 Jun;30(2):346–54.

43. Amorim M, Diniz SS. Teleperícia como ferramenta adequada para a solução de litígio: um relato de experiência a partir das demandas de DPVAT. Vol. 8, *Rev. Humanidades e Inovação*. 2021. p. 100–9.

44. Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Congresso Nacional. 1991.

45. Borges AA. Benefício por incapacidade temporária face ao Covid-19 [Monografia]. [Anápolis]: UniEvangélica; 2021.

46. Realização de perícia médica com uso da telemedicina: roteiro do projeto piloto. Visa cumprir Medida Cautelar proferida no TC 033.778/2020-5, referendada pelo Acórdão no 2597/2020 – TCU – Plenário, nos termos do Parecer de Força Executória no 00001/2020/DEAEX/CGU, aprovado pelo Despacho no 00417/2020/DEAEX/CGU/AGU e pelo Despacho no 00866/2020/GAB/CGU/AGU. 2020.

47. Gunn J, Taylor PJ, Forrester A, Parrott J, Grounds A. Telemedicine in prisons: A crime in mind perspective. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2020 Jun 26;30(2–3):65–7.

48. Smits LJM, Dorn T, Bakker K, Reijnders UJL. Calling for advice: Aspects of telephonic consultation in post-mortem examinations. *J Forensic Leg Med*. 2017 May;48:55–60.

49. Baptista FJ. Telemedicina em catástrofe [Mestrado]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2010.

MEDICINA LEGAL E TAFONOMIA FORENSE
FORENSIC MEDICINE AND FORENSIC TAPHONOMY

**Estudo publicado em Outubro de 2021 pela Editora Pasteur, Irati/PR, no livro "Estudos em Ciências Forenses", capítulo 14
Os autores informam não haver conflito de interesse.**

ARTIGO DE REVISÃO recebido 28/10/2022 aceito em 10/04/2023

Como citar: Castro GRS, Duarte ABA, Araújo MS, Santos HJ, Santana JVL, Santos LHO, Maciel SP. Medicina legal e tafonomia forense. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230414
<https://dx.doi.org/10.47005/230414>

Gabriel Ribeiro Sciuli de Castro ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1115563812135073> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3996-5160>

Ana Beatriz Araujo Duarte ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4880802511721537> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1933-5527>

Malanny Santos Araújo ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0663199338309312> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0841-8981>

Hellen Jesus Santos ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6119204535531155> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4257-075>

José Vinícius Lima Santana ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7387957005856536> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0977-8658>

Lucas Henrique Oliveira Santos ⁽²⁾

Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3982150010030439> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5168-0259>

Suzana Papile Maciel ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3629324754806085> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1549-5419>

⁽¹⁾ Universidade Tiradentes, Faculdade de Medicina, Aracaju -SE, Brasil (Autor principal)

⁽²⁾ Universidade Tiradentes, Faculdade de Medicina, Aracaju -SE, Brasil (Co-autor)

⁽³⁾ Universidade Tiradentes, Departamento de Odontologia e Medicina, Aracaju-SE, Brasil (Orientadora)

Email: gabrielrscastro@gmail.com

RESUMO

Introdução: Tafonomia é um termo que passa a ser inserido no estudo dos fenômenos transformativos para designar o estudo da transição dos restos biológicos a partir da morte até a fossilização. Este artigo tem como objetivo elucidar o conceito, a abrangência e a importância desse estudo para a medicina legal. **Material e Método:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de agosto a setembro de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados como PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores: tafonomia, medicina legal e fenômenos transformativos. **Resultados:** A tafonomia acontece por ser um estudo que visa a compreensão das fases que o ser humano passa após sua morte, seja esse fenômeno tendo uma transformação destrutiva (autólise, maceração e putrefação) ou conservadora (mumificação, calcificação, saponificação, congelamento, corificação e fossilização). **Discussão:** Os fenômenos transformativos destrutivos são processos capazes de acelerar a destruição do corpo e de toda sua composição, assim, os conservativos em cadáveres serão os que vão retardar o evento de putrefação, fazendo com que características habituais do pós morte sejam modificadas em ritmo e tempo. Além disso, os mesmos estarão relacionados com fatores intrínsecos e extrínsecos. **Conclusão:** A morte não é um momento, é um processo gradativo até a cessação vital das funções vitais do indivíduo ou sua morte encefálica. Por conseguinte, os fenômenos cadavéricos, que compõem este estudo, definem as alterações que o corpo sofre durante a decomposição, sendo de extrema importância para a medicina legal e investigação criminal.

Palavras-chave: medicina, legal, tafonomia.

ABSTRACT

Introduction: Taphonomy is a term that comes to be inserted into the study of transformative phenomena to designate the study of the transition of biological remains from death to fossilization. This article aims to elucidate the concept, scope and importance of this study for legal medicine. **Material and method:** This is an integrative review carried out in the period from August to September 2021, through searches in databases such as PubMed, SciELO and Google Academic. Descriptors were used: taphonomy, legal medicine and transformative phenomena. **Results:** Taphonomy is a study aimed at understanding the stages that human beings go through after their death, whether this phenomenon has a destructive transformation (autolysis, maceration and putrefaction) or conservative (mummification, calcification, saponification, freezing, corification and fossilization). **Discussion:** Destructive transformative phenomena are processes capable of accelerating the destruction of the body and all its composition, so the preservatives in corpses will be those that will delay the event of putrefaction, causing the usual characteristics of post-death to be modified in rhythm and time. In addition, they will be related to intrinsic and extrinsic factors. **Conclusion:** Death is not a moment, it is a gradual process until the vital cessation of vital functions of the individual or his brain death. Therefore, the cadaveric phenomena, which make up this study, define the alterations that the body undergoes during decomposition, being of extreme importance for legal medicine and criminal investigation.

Keywords: medicine, legal, taphonomy.

1. INTRODUÇÃO

Tafonomia é um termo que passa a ser inserido no estudo dos fenômenos transformativos para designar o estudo da transição dos restos biológicos a partir da morte até a fossilização(3). Dessa forma, sendo utilizado para determinar as circunstâncias e o tempo de morte, assim, podendo ser definida

como o estudo dos processos pós-morte que afetam a conservação, análise e recuperação dos seres mortos, na reformulação da sua biologia ou ecologia, ou a reconstrução das circunstâncias referente a morte ocorrida. Na história, o termo tafonomia foi utilizado pela primeira vez no ano de 1940 pelo paleontólogo russo, Efremov, para se referir a disciplina que estuda as "leis de

enterramento", quer dizer, a transição dos restos de animais desde a biosfera até a litosfera(7). Vinte e três anos depois (1963), Müller, fez uso da mesma terminologia, atualmente diagênese, para explicar os processos de fossilização que ocorrem após o enterro. Desse modo, a tafonomia começou a se dividir em duas fases, pré e pós morte. É uma disciplina que integra um conjunto de métodos científicos desenvolvidos principalmente para a paleontologia, arqueologia e ciências forenses. Dessa forma, os fenômenos transformativos possuem duas ordens: os destrutivos e conservadores. Compreendem os destrutivos (autólise, putrefação e maceração) e os conservadores (mumificação e saponificação). Resultam de alterações somáticas tardias tão intensas que a vida se torna absolutamente impossível. São, portanto, sinais de certeza da realidade de morte(5). O objetivo deste estudo foi elucidar o conceito de Tafonomia Forense, o que ela abrange e a sua importância para a Medicina Legal.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de agosto a setembro de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados como PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores: tafonomia, putrefação, medicina legal e fenômenos transformativos. Desta busca foram encontrados cerca de 55 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados no período de 2000 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, em todos os tipos de estudos, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Após os critérios de seleção restaram 15 fontes para o presente estudo, incluindo livros e artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando os fenômenos transformativos destrutivos e estes destrinchados pelos eventos de autólise, putrefação e maceração, seguidos dos fenômenos transformativos conservativos, formados pela

mumificação, calcificação, saponificação, congelamento, corificação e fossilização.

3. DISCUSSÃO

Ao longo da história, a Tafonomia Forense vem ganhando destaque na medicina legal devido as suas contribuições para a resolução de vários casos. Essa importância acontece por ser um estudo que visa a compreensão das fases que o ser humano passa após sua morte, seja esse fenômeno tendo uma transformação destrutiva (autólise, maceração e putrefação) ou conservadora (mumificação, calcificação, saponificação, congelamento, corificação e fossilização).

3.1. FENÔMENOS TRANSFORMATIVOS DESTRUTIVOS

Os fenômenos transformativos destrutivos são caracterizados por processos que são capazes de acelerar ou fomentar a destruição do corpo e de toda sua composição. Portanto, os fenômenos destrutivos poderão ser divididos e estruturados em três categorias, sendo definidos e exemplificados a seguir: A autólise é a decomposição do corpo por substâncias endógenas. Ela ocorre por uma série de fenômenos fermentativos anaeróbicos que se verifica na intimidade da célula. Quando ocorre a parada na circulação e nutrientes não chegam às células, começam a ocorrer sem nenhuma interferência bacteriana, como se a célula estivesse programada para agir desta forma em determinado momento e de forma rápida e intensa(3). Esse ataque pode ser dividido em duas fases: A fase latente, na qual, as alterações ocorrem apenas no citoplasma da célula e na fase necrótica em que ocorre o desaparecimento do núcleo celular. Ao decorrer da autólise o meio passa a se tornar cada vez mais ácido. A acidez que resulta da autólise celular e tissular, e pela velocidade que aparece e sua constância, é um importante elemento indicativo de morte real(11). Ao analisar essa acidez podemos encontrar sinais como: Sinal de Labord, Sinal de Brissemoret e Ambard, Sinal de Sílvia Rebelo dentre outros sinais que através da detecção de uma variação do PH podem sinalizar a morte do indivíduo. Por fim, devemos lembrar que na maioria das vezes a autólise e a putrefação ocorrem em conjunto(2). Esse fenômeno misto ocorre em maior

intensidade em órgãos como o pâncreas e o estômago devido a presença de uma rica microbiota natural como também a presença maior de enzimas específicas nesses órgãos podendo aumentar a velocidade da destruição tecidual. A putrefação é um fenômeno destrutivo cadavérico, que para ocorrer são necessárias bactérias, cujas enzimas, produzem a desintegração do material orgânico. As bactérias que nós temos no interior do nosso corpo são as principais responsáveis pelo processo de putrefação do cadáver. Esse processo transformativo destrutivo, constitui de 4 períodos e consiste na decomposição fermentativa da matéria orgânica. A marcha de putrefação, representa ações que seguem uma evolução de eventos e são divididas em 4 períodos: o período cromático, o período enfisematoso, o período coliquativo e o período de esqueletização. Essas fases podem acontecer concomitantemente em um mesmo cadáver. O primeiro evento é chamado de cromático ou de coloração e é marcado pela mancha verde abdominal. A cor esverdeada, fruto da sulfameta-hemoglobina, que surgiu a partir da degradação da hemoglobina com as lises celulares que aconteceram após o óbito no corpo. O início da putrefação se dá pelo período da coloração, onde ocorre o surgimento de manchas verdes na fossa ilíaca direita, devido aos gases produzidos pelos microrganismos alojados no intestino grosso, que posteriormente se difundem pelo tronco, cabeça e membros(15). A fase gasosa é marcada pelo gigantismo do cadáver, os olhos e a língua sofrem protrusão, como ilustração, a presença de gases e as flictenas. O período gasoso iniciase com a produção de gases no interior do cadáver, que se expandem por todo o corpo, gerando bolhas de conteúdo leucocitário hemoglobínico na epiderme. O acúmulo desses gases faz com que o cadáver aumente o seu volume, na face, no abdômen e nos órgãos genitais masculinos(15). O gás sulfídrico, por exemplo, é um dos responsáveis pelo odor característico dos cadáveres. A grande produção de líquidos, que migram para a superfície dá origem a bolhas de tamanhos variados, nos tegumentos, local onde a epiderme vai se destacando deixando a derme exposta, chamadas de flictenas putrefativas(9). É no terceiro evento, chamado coliquativo, que o cadáver começa a apresentar partes moles e há uma ação dos insetos, germes e

larvas, trabalhando na destruição do mesmo. Esse período é o da dissolução pútrida do cadáver, devido à desintegração progressiva dos tecidos, no qual as partes moles diminuem de volume, resultando em um efluente líquido intermitente, denominado de produto de coliquação, líquido humoroso ou necrochorume(15). Estudada pela entomologia forense (EF), o estudo desses insetos e artrópodes são de fundamental importância para identificar o estágio de putrefação e tempo de morte, conseqüentemente. É uma ferramenta importante em perícia criminal que permite determinar características do cadáver, circunstâncias de sua morte e, principalmente, o intervalo pós-morte (IPM), mediante análise da colonização da carcaça pela entomofauna(10). O período final da putrefação é o de esqueletização, onde os ossos se soltam por atuação do ambiente e dos elementos de degradação do corpo, ligados em partes por alguns ligamentos articulares. Dependendo de algumas condições ambientais, os ossos podem resistir por centenas de anos, mas com o passar do tempo, esses perdem sua estrutura típica, tornando-se friáveis e mais leves(12). A maceração consiste no terceiro tipo, no qual é possível perceber o achatamento do ventre e o amolecimento dos tecidos e órgãos, devido à submersão do cadáver em meio líquido. Uma vez amolecidas, tais estruturas tendem a se soltar dos ossos, formando as chamadas luvas. Esse processo é mais comum na região das mãos, o que coíbe o desaparecimento das impressões digitais de maneira mais rápida(6). Além disso, a maceração pode ser dividida em séptica e asséptica. No primeiro caso, tal fenômeno ocorre em cadáveres mantidos em meio líquido estático sob a ação de bactérias e germes, o que é comum em vítimas de afogamento(6). Já a maceração séptica acontece em casos de óbito intrauterino e tem como característica marcante o tom avermelhado dos tecidos, uma vez que a lise das hemácias gera o processo de embebição da hemoglobina. Por fim, a maceração pode apresentar alguns sinais como: sinal de Hartley (perda da configuração da coluna vertebral), sinal de Spangler (achatamento da abóbada craniana), sinal de Horner (assimetria craniana), sinal de Tager (curvatura acentuada da coluna vertebral), sinal de Robert (presença de gases nos grandes vasos e vísceras), sinal de

Brakeman (queda do maxilar inferior - sinal da boca aberta)(3).

3.2. FENÔMENOS TRANSFORMATIVOS CONSERVATIVOS

Os fenômenos transformativos conservativos em cadáveres serão todos os processos que vão retardar o evento de putrefação, que estarão relacionados com fatores intrínsecos e extrínsecos, como características do próprio cadáver e interferências ambientais, respectivamente. Nesse cenário, é possível uma avaliação mais específica desses recursos, já que o estado conservativo pode ser indicador de características ambientais da localidade de morte, além de ser mais palpável a avaliação cadavérica pelo fato da estruturação de algumas peças anatômicas serem encontradas em estado razoável para análise forense. Portanto, os fenômenos conservantes poderão ser divididos e estruturados em seis categorias: A mumificação é um fenômeno conservante histórico, tendo seu principal reconhecimento as famosas múmias postas em catacumbas. Esse processo era produzido de forma artificial, estando ligado a rituais religiosos e cultura egípcia de vida após a morte, necessitando de um corpo bem preservado e com poucas perdas estruturais(8). A cultura egípcia antiga popularizou tal fenômeno como um processo unicamente artificial. Desse modo, com o avançar dos estudos sobre a tanatologia forense e o avançar das práticas de análises cadavéricas, foi compreendido que a mumificação pode ocorrer de forma natural, artificial e mista, havendo com a presença das duas formas interligadas. Na atualidade, os processos artificiais são produzidos através de métodos de embalsamentos provisórios, a pedido da família ou por questões sanitárias(3). O método de mumificação natural vai consistir na perda fisiológica de alguns componentes que influenciam no processo putrefativo, sendo o principal deles a desidratação rápida. Dessa forma, evita que sejam iniciados os processos relacionados a ação de microrganismos. Esse fenômeno se dará em cadáveres não sepultados expostos a grande insolação e ao meio externo quente e seco, por isso a frequência desse acontecimento ocorrerá em clima seco e árido, principalmente em regiões desérticas. Além disso, a mumificação natural também pode ocorrer devido à presença de fatores

relacionados ao próprio indivíduo, como idade, sexo e causa mortis, sendo frequente nos dias atuais em recém-nascidos e mais prevalente no sexo feminino, estando relacionados com abortos retidos sem contaminação de bactérias ou outros agentes. Ademais, a mumificação de causa artificial é incomum na realidade atual, mas pode acontecer de forma acidental através de uso de substâncias ou produtos pelo indivíduo ante morte, as quais irão alterar a marcha de putrefação, agindo de forma conservativa. Já no Egito Antigo, a prática era feita por meio de incisões para retiradas dos órgãos e lavagem interna, sendo substituído por ervas e sais que atuam na conservação(13). Os demais órgãos sofreram outros processos para serem mantidos em sua estrutura original. Por fim, a mista seria aquela resultante do conjunto de características tanto ambientais como de substâncias químicas, resultando num processo final de conservação. A calcificação é um fenômeno bioquímico caracterizado pela petrificação ou calcificação de partes do cadáver em virtude da putrefação rápida e assimilação pelo esqueleto de grande quantidade de sais calcários. Ela preserva o cadáver devido a razões externas, como condições do ambiente em que se encontra, mantendo sua estrutura corpórea íntegra por muitos anos(1). É um fenômeno conservativo raro, mas aparece com mais frequência na morte fetal retida, onde o organismo materno envolve o feto com cálcio, encapsulando-o, e assim formando um litopédio (chamado popularmente de "bebê de pedra"). Na forma extrauterina, esse processo ocorre de forma menos frequente, surgindo quando as partes moles se desintegram rápido pela putrefação e o esqueleto começa a assimilar uma grande quantidade de sais de cálcio, fazendo com que essas partes do corpo passem a apresentar uma aparência pétreas. O processo de saponificação se caracteriza pela reação química da hidrólise de gordura que ocorre liberação de ácidos graxos, deixando o meio ácido. Devido a isso, as bactérias putrefativas são inibidas e, conseqüentemente, a decomposição do cadáver é atrasada. Para que isso aconteça, é preciso que o corpo seja sepultado em ambiente pantanoso, em que possui características típicas como solo argiloso, poroso, impermeável, que ao ser saturado de água estagnada ou pouco corrente, irá facilitar esse fenômeno, podendo inicia-se entre um ou dois

meses. Além disso, está sujeito a outros fatores que envolvam idade, sexo, obesidade e doenças que originam degeneração de gordura(14). Nesse contexto, as partes moles do cadáver adquirem consistência de cera, referida como adipocera, caracterizada por uma massa branca, mole, quebradiça e com aspecto semelhante à uma cera, que apresentará odor de queijo rançoso. Por conta da conservação maior do tecido celular subcutâneo, apresenta importante relevância médico-legal, porque permite que certas lesões sejam melhores investigadas, como nas feridas produzidas por armas de fogo ou de arma branca, como também, contribuições através de exames toxicológicos e histopatológicos(4). A corificação é um dos fenômenos transformativos, que consiste em uma fase inicial da putrefação, mas por motivos ainda não explicados tão claramente a continuação do processo é interrompida, sucedida posteriormente em um processo de mumificação natural, ou seja, o corpo é preservado da decomposição. Os cadáveres foram encontrados em urnas metálicas hermeticamente fechadas, e por isso, a pele fica intacta, porém com aspecto de couro. Ademais, os órgãos também permanecem intactos, mas se encontram amolecidos. O fenômeno de congelamento, por sua vez, há uma atenuação da marcha de putrefação em consequência da diminuição da temperatura. Por intermédio de temperaturas abaixo de -40°C, tem-se a conservação de materiais orgânicos como ossos e tecidos, inclusive de espermatozoides, pois o cadáver se mantém em perfeito estado de conservação, o que é de fundamental importância para a medicina legal, facilitando o método de identificação do indivíduo. Já a fossilização é um dos fenômenos conservadores mais raros devido ao tempo prolongado exigido para a sua ocorrência. Mantém a forma do cadáver, mas não conserva qualquer componente de sua estrutura orgânica.

4. CONCLUSÃO

Ao final deste trabalho pode ser concluído que a morte não é um momento, é um processo gradativo até a cessação das funções vitais do indivíduo ou sua morte encefálica, assim o estudo de todas as fases em que o ser humano passa após a sua morte até a fossilização, no interesse forense ou médico legal, é denominado tafonomia forense. Desse

modo, é possível analisar a real importância da compreensão das fases que ocorrem ao corpo logo após a morte e os fenômenos desse período, e extrair informações que não poderiam ser acessadas de outra maneira, como o tipo de solo, variações climáticas, interação com substâncias químicas, que contam a história que a matéria passa após sua morte. Por conseguinte, os fenômenos cadavéricos definem as alterações que o corpo sofre durante a decomposição, sendo de extrema importância para a medicina legal e investigação criminal.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BINA, R.A.F. Medicina Legal. 1. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
2. ERIN, S. et al. Postmortem Changes. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/1680032-overview>. Acesso em: 23 set. 2021.
3. FRANÇA, G.V. Tanatologia médico legal: Fenômenos transformativos conservadores. In: Medicina Legal. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
4. GALLI, L. Sinais abióticos: putrefação, autólise, maceração, fauna cadavérica, mumificação e saponificação. JUS.com.br, 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/33919/sinais-abioticos/>. Acesso em: 23 set. 2021
5. JÚNIOR, D. C. Manual de Medicina Legal. 8. Ed. São Paulo, São Paulo: Saraiva, 2012.
6. LEITE, G, PRADO, F. Sinais abióticos: putrefação, autólise, maceração. Etic - Encontro de Iniciação Científica, São Paulo, v. 15, n. 15, 2019. Disponível em <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/7892/67648627>. Acesso em: 23 set. 2021.
7. LLOVERAS, L. et al. Tafonomía forense. Patología y antropología forense de la muerte, p.453-523, Jan, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/310454877_Tafonomia_Forense/. Acesso em: 24 set. 2021.
8. MARTUSEVICZ, HL. A morte e rituais funerários. A mumificação no Egito Antigo: Elementos históricos e biotecnológicos em práticas e rituais fúnebres e religiosos. 2018. TCC ((Técnico em biotecnologia) - Instituto Federal do Paraná, [S. l.], 2018. Disponível

em:<https://londrina.ifpr.edu.br/wpcontent/uploads/2020/03/HELOISA-LIMA-A-mumifica%C3%A7%C3%A3o-no-Egito-Antigo-e-Elementos-hist%C3%B3ricos-e-biotecnol%C3%B3gicos-em-pr%C3%A1ticas-erituais%C3%BAnebres-e.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

9. NETO AP. et. al. Estimativa de tempo de morte por meio da entomofauna cadavérica em cadáveres putrefeitos: Relato de Caso. Saúde, Ética & Justiça. V.14 n.2 p.92- 96, 2009.

10. OLIVEIRA, JC. Entomologia forense: quando os insetos são vestígios. 3. Ed. Campinas: Millennium; 2011.

11. PAULETE, J. Fenômenos Destrutivos do Cadáver. Disponível em: <https://livros-e-revistas.vlex.com.br/vid/fenomenos-destrutivos-do-cadaver-694678441/>. Acesso em: 23. set. 2021.

12. RODRIGUES, MP. Emprego do método eletromagnético (em) na investigação e mapeamento de contaminações geradas por cemitérios: o caso de Monte Alto/SP. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Geologia) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Geociências e Ciências Exatas; Monte Alto - SP, 2015.

13. SOUZA, P.H.S; et.al. A Tanatognose por Observação dos Fenômenos Cadavéricos. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 07, Vol. 06, pp. 28-42, julho de 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/fenomenos-cadavericos/>. Acesso em: 23. set. 2021.

14. STANCATI, GB. Utilização do método eletromagnético (EM) no subsídio ao diagnóstico do meio físico, no cemitério São João Batista, Rio Claro/SP. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Engenharia Ambiental) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Geociências e Ciências Exatas; Rio Claro - SP, 2016.

15. SILVA, R. W. da C. Aplicação da eletrorresistividade na investigação e mapeamento da contaminação por cemitérios - o exemplo do cemitério de Vila Rezende - Piracicaba/SP. 2008. 142 f. Dissertação (Mestrado em Geociências e Meio Ambiente) - Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11>

449 / 99873 / silva_rwc_me_rcla.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 23. set. 2021.

CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES PROVOCADAS POR DISPAROS COM MUNIÇÃO MENOS LETAL: UMA VISÃO HISTÓRICA

CHARACTERISTICS OF INJURIES CAUSED BY LESS-LETHAL AMMUNITION SHOOTING: A HISTORICAL VIEW

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO DE REVISÃO recebido 05/11/2022 aceito em 11/04/2023

Como citar: Junior OVM, Miziara ID. Características das lesões provocadas por disparos com munição menos letal: uma visão histórica. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230413
<https://dx.doi.org/10.47005/230413>

Orlando Victorino de Moura Junior ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5368323540973280> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-0125-2587>

Ivan Dieb Miziara ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3120760745952876> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7180-8873>

⁽¹⁾ Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação, São Paulo-SP, Brasil. (autor principal)

⁽²⁾ Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação, São Paulo-SP, Brasil. (Orientador)

e-mail: orlando.moura@hc.fm.usp.br; ivan.miziara@usp.br

RESUMO

Introdução: No início da década de 1970, foi introduzido no arsenal militar um novo tipo de arma de fogo com formato e funcionamento idênticos aos que já vinham sendo empregados há séculos por forças de diversos países, porém agora alimentados com uma munição de borracha ou plástico, cujo emprego visava conter os alvos sem provocar danos letais. Até os dias atuais as armas de fogo com projéteis menos letais são empregadas por forças policiais. **Objetivos:** Este trabalho visa expor quais as características das lesões provocadas por este tipo de munição, quais as partes do corpo mais acometidas, além de averiguar quais as sequelas mais frequentes e se há risco de óbito no seu emprego. **Método:** Foi realizada uma revisão bibliográfica no PubMed e todos os artigos e relatos de caso envolvendo lesões em humanos vivos provocados por esse tipo de munição foram analisados. **Resultados:** 37 artigos foram incluídos no presente estudo e, somados, expuseram um total de 932 lesões, sendo que 612 puderam ser classificadas entre contusas ou perfuro-contusas. **Discussão:** Os disparos por munições menos letais, apesar de serem conhecidas como “munição não-letal”, podem resultar em morte ou graves comprometimentos de órgão, sentido ou função, principalmente quando atingem regiões mais sensíveis do corpo humano, como a face ou olhos. **Conclusão:** Das lesões que puderam ser classificadas, 60% foram contusas e 40% perfuro-contusas. A cabeça foi a região mais acometida. Os olhos representaram 32% do total de lesões, o que justifica a perda visual como sequela mais relatada. O risco de óbito existe, sendo que 26 pessoas morreram devido às lesões decorrentes dos tiros.

Palavras-Chave: Ferimentos por arma de fogo; Ferimentos não penetrantes; violência com arma de fogo

ABSTRACT

Introduction: In the early 1970s, a new type of firearm was introduced into the military arsenal, with a format and function identical to those that had been used for centuries by forces from different countries, but now fed with rubber or plastic ammunition, whose use was intended to contain the targets without causing lethal damage. Until the present-day firearms with less lethal projectiles are used by police forces. **Objectives:** This article aims to expose the characteristics of the injuries caused by this type of ammunition, which parts of the body are most affected, in addition to finding out which are the most frequent sequelae and whether there is a risk of death in its use. **Methods:** A literature review was performed on PubMed and all articles and case reports involving injuries in live humans caused by this type of ammunition were analyzed. **Results:** 37 articles were included in the present study and, together, they exposed a total of 932 injuries, of which 612 could be classified as simple blunt or perforated contusion. **Discussion:** Shots by less-lethal ammunition, despite being known as "non-lethal ammunition", can result in death or serious impairment by damaging organs, sense or function, especially when they reach more sensitive regions of the human body, such as the face or eyes. **Conclusion:** Of the injuries that could be classified, 60% were blunt and 40% perforated-contuse. The head was the most affected region. The eyes accounted for 32% of the total number of injuries, which justifies visual loss as the most frequently reported sequelae. The risk of death exists; 26 people died from gunshot wounds.

Keywords: Gunshot wounds; firearms; nonpenetrating wounds; blunt injuries

1. INTRODUÇÃO

Em 1970 o Governo Britânico introduziu ao mundo militar um novo tipo de armamento: armas de fogo com munição composta por projéteis de borracha. Tal evento ocorreu no chamado Conflito na Irlanda do Norte, também conhecido como The Troubles, e eram parecidos com os que foram usados pela coroa inglesa em Hong Kong durante o final dos

anos 60 para combater a revolta de trabalhadores. (1, 3, 4)

Inicialmente, o dispositivo media cerca de 19 centímetros e possuía um metal em seu centro para dar peso. Permitia que a polícia disparasse contra uma multidão mantendo certa distância, sem a utilização de munição convencional (e, portanto, provavelmente letal). Com peso de

aproximadamente 140 a 200 gramas, o então novo projétil apesar de não letal podia causar sérios danos às suas vítimas, e foi o que houve: a estreia nas manifestações em Honk Kong deixou várias pessoas gravemente feridas e uma morta. (4)

Em 1970, os britânicos iniciaram o uso de um novo tipo de composição: um cilindro sólido com ponta romba, medindo cerca de 14 cm de comprimento por 3,8 cm de diâmetro, com um peso de 150 gramas. Capaz de ser projetado a uma velocidade de 70 metros por segundo (ou 257 km/hora). A nova ferramenta para controle de tumultos tinha a pretensão de não ser letal e, para tal, não deveria ser utilizada a uma distância menor que 22 metros, além de a mira ser direcionada para os membros inferiores de quem deveria ser contido. (4)

Assim como ocorreu com as munições tradicionais utilizadas em guerras ao longo da história, a munição não letal evoluiu e teve uma composição muito variada ao longo do tempo. Atualmente, os projéteis vulgarmente chamados de Balas de “borracha” são munições constituídas de elastômero (além do propelente e pólvora), fabricadas pela indústria bélica e empregadas por forças policiais comumente no controle de tumultos em multidões e protestos, com o intuito de serem menos danosas e letais do que as munições tradicionais de ação perfuro-contundente. As armas que deflagram tais munições têm as mesmas características e modo de ação das armas utilizadas para se deflagrar munições letais, isto é, contam com um mecanismo interno para que, após o acionamento do gatilho pelo operador, o percussor da arma choque-se contra a espoleta da munição provocando uma faísca, com conseguinte explosão da carga de pólvora. A pressão desta explosão empurra o projétil através do cano da arma a uma velocidade aproximada de 250 metros por segundo, fazendo-a percorrer um trajeto efetivo de 20 a 50 metros. Ressalta-se que, apesar das características gerais de funcionamento comum, atualmente mais de 75 tipos de munições não letais são fabricadas mundo à fora e, assim como ocorre com as munições tradicionais, há um espectro de características muito amplo para que as forças de segurança pública ou privada decidam qual será o projétil empregado em determinada atividade. (6, 7)

Diferente das munições letais, as munições não

letais apresentam, teoricamente, uma ação apenas contundente. A expectativa para os ferimentos provocados por essas munições de borracha é a de que apenas danos superficiais ocorram, infringindo basicamente dor e lesões dermatológicas devido ao impacto em quem é atingido. Na prática, porém, lesões mais graves e até mesmo fatais podem advir de disparos inadvertidamente efetuados a distâncias inadequadas e em regiões específicas do organismo. Como é de se esperar em qualquer trauma, a localização do corpo acometida é um dos principais preditores de gravidade da lesão perpetrada por determinado instrumento. Assim sendo, os tiros com munições não letais quando efetuados em regiões mais sensíveis do corpo, como a região de face e cervical, podem provocar lesões graves e até mesmo fatais, especialmente se efetuados a distâncias muito curtas. (8, 9)

De acordo com o conceito médico legal, conforme descrito por Genival Veloso de França em seu livro “Medicina Legal”, as lesões mais comuns produzidas por ação contundente são vistas na superfície, apesar de poderem repercutir danos em profundidade (a exemplo das fraturas ósseas). Os objetos causadores deste tipo de lesão podem agir por pressão, explosão, deslizamento, percussão, compressão, descompressão, distensão, torção, fricção, por contragolpe ou de forma mista. Dentre as diversas possibilidades, algumas lesões contusas são: rubefação, escoriação, equimose, edema, hematoma etc. As lesões perfuro-contusas, por sua vez, apresentam um componente de perfuração (geralmente predominante) e de contusão, são lesões provocadas quase sempre por projéteis de armas de fogo.

Já no primeiro relato da literatura médica a respeito das lesões provocadas pelo uso das balas de borracha, publicado no British Medical Journal por J. Shaw em 1972, três casos de crianças com contusão pulmonar são descritos. Três pacientes apresentaram alteração radiológica imediatamente após o ocorrido, demonstrando lesão pulmonar, além de queixas respiratórias, como dispneia. (10)

Em um dos estudos pioneiros no tema e que analisou uma quantidade expressiva de pessoas vitimadas por disparos de munição não letal, R. Millar e colaboradores viram que em um grupo de 90 pessoas que foram atingidas, uma foi a óbito e 17 sofreram sequelas permanentes, além de que as

lesões sofridas por 41 pessoas as levaram a serem admitidas para atendimento hospitalar.(5)

Diversos relatos na literatura de lesões graves provocadas por disparos com munição não letal direcionam nossa atenção para a necessidade de tais equipamentos serem empregados de forma extremamente técnica e consciente. É evidente que os armamentos equipados com munições de borracha têm menor potencial de causar lesões graves e fatais quando comparados com as armas de fogo tradicionais; de qualquer maneira, uma clara noção das lesões que elas provocam é essencial para que se possa estabelecer a forma correta de utilizá-las e em quais situações.

Este trabalho tem por objetivo expor as características das lesões provocadas por uso de armamento com munições chamadas “não letais”. Ou seja, expor quais as características das lesões provocadas por este tipo de munição, quais as partes do corpo mais acometidas, além de averiguar quais as sequelas mais frequentes e se há risco de óbito no seu emprego.

2. MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi feito no Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Universidade de São Paulo através de uma revisão narrativa da literatura médica internacional. No PubMed, foi realizada pesquisa de artigos científicos com os seguintes termos, associados com o booleano “OR”:

Rubber bullet; rubber ammunition; bean bag rounds; plastic ammunition; non lethal ammunition; less lethal ammunition; flexible baton round; plastic bullet; non lethal projectile; crowd control ammunition; rubber coated bullet.

Não foi estabelecido nenhum filtro temporal ou de idiomas.

Os resultados obtidos foram verificados em busca de títulos que contivessem qualquer um dos termos citados e os artigos, bem como os relatos de caso, que trazem descrição das lesões sofridas por vítimas de disparos com munição não letal foram lidos na íntegra e tiveram seus dados computados.

3. RESULTADOS

Após leitura de todos os títulos, 70 trabalhos selecionados estavam relacionados com o tema pesquisado e foram lidos na íntegra; destes, 37

foram incluídos no presente estudo por abordarem disparos com munição não letal contra seres humanos vivos e descreverem as lesões, nenhum destes artigos foi excluído posteriormente. Os demais não foram incluídos por estudarem disparos contra organismos não humanos, cadáveres ou simulacros (por exemplo, gel balístico).

A tabela a seguir sumariza os resultados obtidos com os estudos incluídos.

Estudo (Ref)	N de lesões	Tipo de lesão	Locais atingidos	Sequelas	Óbitos
11	1	perfurocontusa	Tórax lateral Esquerda	Nenhuma	0
12	1	Contusa	Olho Direito	Perda ocular	0
13	182	69 Perfurocontusas 109 contusas	Olhos	Nenhuma: 69 Cegueira: 85 Perda leve: 11 Perda Moderada: 12 Perda Severa: 5	0
15	101	9 Perfurocontusas 92 contusas	Olhos		0
16	3	2 Contusas 1 Perfurocontusa	3 face, 1 olho	Perda ocular, Osteomielite	0
17	1	Perfurocontusa	Crânio	Perda de visão	0
18	1	Contusa	Fossa poplítea	Nenhuma	0
19	3	3 Contusas	Tórax	Nenhuma	0
20	6	5 contusas 1 Perfurocontusa	Tórax	Óbito	1
21	1	Contusa	Tórax	Óbito	1
22	1	Perfurocontusa	Face	Nenhuma	0
23	17	3 Contusas 14 Perfurocontusas	1 Pescoço 9 Crânio 1 Face 1 Olho 1 Tórax 1 Abdômen 3 costas	Óbito	17
24	5	3 Contusa 2 Perfurocontusas	Olho		
25	6	6 Perfurocontusas	2 Olho 1 Crânio 3 Face	2 Perda ocular 1 Paralisia facial 6 grandes cicatrizes	0
26	2	Contusas	Tórax Braço	Nenhuma	0
27	201	123 Contusas 78 Perfurocontusas	27 Face 39 Tórax 35 MMSS 12 Abdômen 38 MMII* 34 Cabeça 16 Costas	1 Psicose pós traumática 3 Cegueira 2 Obstrução intestinal por adesões	3
28	1	Perfurocontusas	Coxa	Nenhuma	0
29	1	Contusas	Olho	Diminuição acuidade visual	0
30	28	Perfurocontusas	9 MMSS** 19 MMII*		0
31	95		51 Cabe/pesc 21 Tórax 4 abdômen 8 MMSS** 11 MMII*	9 Cegueira 5 diminuição acuidade visual 4 Desfiguração em face 3 Anosmia 1 Rigidez articular 62 Nenhuma	1
32	10	7 contusas 3 Perfurocontusas	6 Costas 1 Ombro 1 Tórax 1 Olho 1 abdômen		0
33	1	Contusa	Tórax		0

34	3	2 Perfurocontusas 1 Contusa	1 Olho 2 Face	Paralisia facial Perda de olho	0
35	1	1 contusa	Olho	Nenhuma	0
36	1	1 Perfurocontusa	Tórax	Nenhuma	0
37	1	Perfurocontusa	Tórax	Nenhuma	0
38	189		49 face 41 crânio/pescoço 32 Tórax 12 abdômen 16 MMSS** 39 MMII*		
39	1	Contusa	Tórax	NA	0
40	1	Perfurocontusa	Face		1
41	5	5 Contusas	Olho	1 cegueira 2 diminuição acuidade visual	0
42	3	3 contusas	1 Abdomen 1 Coxa 1 tórax	Nenhuma	0
43	35	Sem detalhes	28 MMII* 6 MMSS** 1 Cervical	Amputações	0
44	3	3 contusas	2 Face 1 Olho	1 perda ocular 1 cegueira	0
45	26	26 Perfurocontusas	Tórax		2

Tabela 1. Sumário dos resultados

*MMII – Membros inferiores

**MMSS – Membros superiores

No total, os estudos apresentam 932 lesões, sendo que podemos dividi-las em 367 contusas, 245 perfuro-contusas e 320 não classificadas. Dentre as partes do corpo mais atingidas, sumarizamos os segmentos anatômicos mais impactados da seguinte maneira, com a ressalva de os olhos serem apresentados em separado das lesões de “cabeça e pescoço”:

Tronco: 193 lesões (20,7%)

Membros: 214 lesões (23%)

Cabeça e pescoço: 226 lesões (24,2%)

Olhos: 299 lesões (32%)

A seqüela mais frequentemente relatada foi a perda visual completa, com 105 casos, acompanhada ou não de perda do globo ocular. Além disso, houve a contabilização de 26 óbitos.

A figura a seguir mostra de forma simplificada a distribuição das lesões no corpo humano:

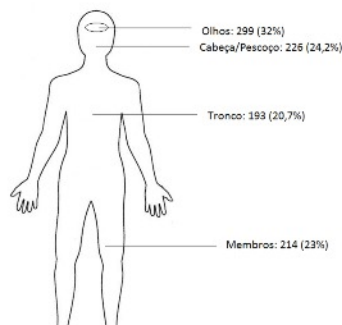


Figura 1. Representação dos locais mais acometidos (imagem realizada pelos autores)

4. DISCUSSÃO

As munições não letais surgiram como uma forma de atenuar as lesões provocadas pela atividade policial nos embates contra a população em manifestações e protestos. Muitos aspectos precisam ser discutidos a respeito de seu uso, pois esses projéteis podem nitidamente ser encarados como armamentos capazes de causar graves lesões e a morte das pessoas vitimadas por seus disparos. Há de se levar em consideração o contexto e a necessidade situacional em que se encontram as forças policiais quando lançam mão de tais armamentos. As armas de fogo apresentam potencial letal até mesmo quando alimentadas com as “balas de borracha”, ou “munição não letal”. Porém, há de se considerar que a sua utilização se faz num contexto operacional de segurança pública em que o uso da força é necessário, permitindo que os policiais possam combater à distância, sem empregarem as clássicas munições que, certamente, seriam mais danosas e letais do que as munições menos letais. Por conta disto, os autores deste trabalho limitam-se a apresentar e discutir apenas aspectos médico-legais do emprego desta nova munição, sem entrar no mérito operacional, sem discutir qual munição ou armamento deve ser utilizada em determinada situação. A discussão do correto tipo de armamento utilizado em determinado combate cabe aos especialistas neste tema, porém, cabe aos profissionais de saúde, especialmente aos especialistas em Medicina Legal, auxiliar nestas análises fornecendo informações do ponto de vista médico sobre o que esperar do resultado no corpo humano impactado por determinado tipo de método ou objeto de combate. Justamente por causa da capacidade que as munições menos letais têm de levar suas vítimas a óbito, é necessária uma breve reflexão a respeito da sua terminologia. O termo “munição menos letal” soa mais adequado levando-se em conta que essas munições podem sim, conforme visto nos resultados deste estudo, obter êxito letal. É difícil de classificar como absolutamente não letal, ou letal, qualquer objeto utilizado para provocar uma lesão, pois muitos aspectos influenciam na consequência que terá determinada agressão.

Apesar de improvável, golpes com relativamente baixa energia cinética também podem ser letais, como socos, por exemplo. Ou, ainda, massas muito pequenas, como a de um chumbinho utilizado nas armas de pressão, também podem causar danos fatais se atingirem regiões corporais mais frágeis. Neste trabalho, utilizamo-nos das diversas formas de se referir a este tipo de projétil, dada a variedade com que se apresentam nos trabalhos científicos ou no uso consagrado pela prática, além de evitar a repetição textual de um mesmo termo. Porém, entende-se que devido à capacidade que as munições de borracha tem de lograr êxito letal, o termo técnico mais adequado para este tipo de munição seria “munição menos letal”. *International law and law enforcement firearms*:

Um outro aspecto importante que não se pode deixar de avaliar é a evolução que as munições menos letais sofreram. Isso deve que ser levado em consideração porque inicialmente a munição de borracha era composta por um “core” de metal, isto é, possuíam um centro de massa mais pesado e rígido, diferente da composição atual de elastômero que as munições apresentam.

Desde a sua introdução, nos anos de 1970, ela vem sofrendo modificações que visaram tornar mais eficiente suas características balísticas. Logo após surgirem essas munições, a indústria começou a produção de unidades em plástico, inicialmente em polietileno e posteriormente em poliuretano. Em 1994, uma nova modificação trouxe um design diferente aos projéteis, tornando-os mais aerodinâmicos e estáveis aos disparos. Em 1997, houve uma melhora no controle de qualidade dos órgãos regulamentadores, e em seguida, em 1999, houve uma revisão, no Reino Unido, dos protocolos de utilização desse tipo de armamento pelas unidades policiais. (3, 46)

A melhora nas qualidades balísticas da munição foi importante para que a trajetória do projétil fosse mais acurada e, aliada a um bom sistema de pontaria e um operador treinado, houvesse uma menor probabilidade de que partes indesejáveis do corpo humano fossem atingidas. Uma ressalva importante consiste no fato de que esses armamentos devem ser utilizados respeitando-se algumas regras para que não causem lesões graves, como distância de disparo e o local do corpo atingido. Entretanto, numa situação real de conflito

e caos social é esperado que os operadores deste tipo de armamento consigam respeitar tais restrições e garantir que os disparos sejam efetuados de forma “segura”?

Diferente do que se espera das munições tradicionais, de chumbo, as munições de borracha teoricamente tem uma ação apenas contundente, e não perfuro-contundente, criando a expectativa de que suas consequências sejam mínimas ou que, pelo menos, não causem grandes lesões.

Os resultados desta revisão, porém, mostram que diversos são os relatos de casos e artigos trazendo a público o potencial que esse armamento tem de causar lesões graves, conforme se observa no resumo apresentado junto à Tabela 1. Foram identificados nas publicações pelo menos 245 lesões com características perfuro-contusas.

Uma limitação do nosso estudo consiste no fato de que muito provavelmente o que estamos constatando em termos epidemiológicos seja composto justamente pelos casos em que o emprego da munição não letal tenha se dado de maneira inadequada. Isto é, nas situações em que o armamento foi empregado de forma adequada - quando os disparos foram feitos a distâncias maiores, atingindo apenas os membros e causando lesões contusas – não houve motivação para procura de atendimento hospitalar, ou, ainda, não resultaram em lesões dignas de publicações ou relatos de caso. Por outro lado, nos casos em que os disparos atingiram região de face e, especialmente, olhos, muito dificilmente as vítimas deixariam de procurar atendimento médico, visto a sensibilidade da região e a susceptibilidade a maiores danos. Diversos foram os relatos em que os olhos foram atingidos pelos disparos e frequentemente a consequência foi a perda da visão devido a rotura de globo ocular, além de fratura na órbita ou até mesmo penetração do projétil para o interior do crânio devido a maior fragilidade das estruturas ósseas no fundo orbitário.

O estudo representa um forte embasamento para o alerta a respeito da periculosidade que o emprego deste tipo de armamento pode representar quando utilizado por mãos despreparadas ou mal-intencionadas. Apesar da terminologia consagrada, as “munições não letais” têm plena capacidade de matar ou, pelo menos, causar graves lesões, acometendo órgãos, sentido ou função do corpo

humano. Os relatos da literatura médica a respeito das intervenções assistenciais muitas vezes necessárias para reparar ou conter danos graves provocados por este tipo de armamento deixam claro que algumas regras de segurança devem ser respeitadas, principalmente no que diz respeito ao local do corpo atingido, visto que quando áreas sensíveis são atingidas o risco de desfechos desastrosos fica muito mais pronunciado.

Qualquer disparo de arma de fogo ao atingir uma pessoa resultará em uma agressão que poderá ter consequências variadas, incluindo o óbito, e mesmo este não seja o objetivo do operador, ele deve estar ciente desta real possibilidade ao executar a ação.

5. CONCLUSÃO

No total, o estudo considerou 932 lesões e evidenciou que, das que puderam ser classificadas em contusas ou perfuro-contusas (612 lesões), 60% foram lesões contusas e 40% perfuro-contusas.

Em termos anatômicos, a cabeça foi a região mais acometida, com aproximadamente 56% dos ferimentos. Ao se considerar as lesões provocadas nos olhos separadamente das provocadas no restante da cabeça, os olhos, cujas lesões mais resultam em sequelas, representam 32% do total de lesões, seguidos por cabeça e pescoço (24,2% das lesões), membros (23%) e tronco (20,7%).

Apesar dos relatos de amputações e grandes cicatrizes, a sequela mais frequentemente relatada foi a perda visual, com 105 casos.

O risco de óbito existe, sendo que 26 pessoas morreram devido às lesões decorrentes de tiros por munição menos letal. Levando-se em conta apenas os casos descritos nos estudos incluídos neste trabalho, tal número pode ser traduzido como um óbito para cada 35 ferimentos por disparo deste tipo de armamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Domingues MO, Pina ME. As Primeiras Lesões por Armas de Fogo – novo paradigma para o cirurgião militar – Ambroise Paré. Revista Portuguesa de Cirurgia [Internet]. 2012 Dec 31 [cited 2023 Mar 1];0(23):77–84. Disponível em: <http://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/29>

Coêlho BF. Histórico da medicina legal. Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo

[Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2023 Mar 1];105:355–62. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67905>

Chaves de Carvalho J. Evolução das armas de fogo. Def. Nac. [Internet]. 15º de junho de 2020 [citado 1º de março de 2023];51(603). Disponível em: <http://www.ebrevistas.eb.mil.br/ADN/article/view/4941>

Metress EK, Metress SP. The Anatomy of Plastic Bullet Damage and Crowd Control. International Journal of Health Services. 1987 Apr;17(2):333–42. Millar R, Rutherford WH, Johnston S, Malhotra VJ. Injuries caused by rubber bullets: A report on 90 patients. British Journal of Surgery. 1975 Jun [citado 25 jul 2021]; 62(6):480-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.1800620613>

Libya Main Armed Groups. 2013. Africa Research Bulletin: Political, Social and Cultural Series, 50(11), 19925B—19925C. 2015. [citado 25 jul 2021]. Global Non-Lethal Weapons Market 2015-2019. Disponível em <http://www.reportlinker.com/p01911331-summary/Global-Non-lethal-Weapons-Market.html> Techinavio 2015. Global Non-Lethal Weapons Market 2015-2019. Disponível em <http://www.reportlinker.com/p01911331-summary/Global-Non-lethal-Weapons-Market>.

Haar RJ, Iacopino V, Ranadive N, et al. Death, injury and disability from kinetic impact projectiles in crowd-control settings: a systematic review. 2017. [citado 25 jul 2021] 7:e018154. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e018154>

Paulo Sérgio, P. M. Bala de Borracha. Repositório institucional da UFSC [Internet]. 2015. [citado 25 jul 2021]. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/134575/baladeborracha.comautor.pdf?Sequence=1>

Shaw J. Pulmonary contusion in children due to rubber bullet injuries. Br Med J. 1972 Dec 30 [citado 25 jul 2021]. 4(5843):764-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1787057/>

Marrufo AS, Boyd WD, Leshikar DE. Minimally invasive surgical management of penetrating chest injury from kinetic impact bean bag projectile. Trauma Case Reports. 2019 Aug;22:100210.

Ifantides C, Deitz GA, Christopher KL, Slingsby TJ, Subramanian PS. Less-Lethal Weapons Resulting in

- Ophthalmic Injuries: A Review and Recent Example of Eye Trauma. *Ophthalmology and Therapy*. 2020 Aug 5;9(3):1–7.
- Rodríguez Á, Peña S, Cavierres I, Vergara MJ, Pérez M, Campos M, et al. Ocular trauma by kinetic impact projectiles during civil unrest in Chile. *Eye*. 2020 Aug 24;
- Elder MJ. Penetrating eye injuries in children of the West Bank and Gaza Strip. *Eye* 1993; 7: 429–432.
- Lavy T, Asleh SA. Ocular rubber bullet injuries. *Eye*. 2003 Oct;17(7):821–4.
- Amaral MBF, Bueno SC, Abdala IB, da Silveira RL. Facial fractures caused by less-lethal rubber bullet weapons: case series report and literature review. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 2017 May 5;21(3):357–61.
- Amelot A, Goutagny S, Ricome S, Peyre M. Penetrating craniocerebral injury caused by a rubber bullet questions the relative harmlessness of these weapons. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2013 Mar;31(3):636.e5–7.
- Best BG, Barros D'Sa AAB. Popliteal vessel injury caused by a plastic bullet. *Injury*. 1987 Nov;18(6):428–9.
- Shaw J. Pulmonary Contusion in Children due to Rubber Bullet Injuries. *BMJ*. 1972 Dec 30;4(5843):764–6.
- Czeslaw Chowanec et al. Case study of fatal gunshot wounds from non-lethal projectiles. *Forensic Science International* 178 (2008) 213–217.
- Contargyris C, Peytel E. Commotio cordis après impact précordial de Flashball®. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2012 May;31(5):469–71.
- Gonzalez SR, Loomba V, Obi-Osuagwu O, Al-Nowaylati A-R, Rahgozar P. Severe Craniofacial Morbidity from a Bean Bag Projectile. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*. 2021 May;9(5):e3589.
- Hiss J, Hellman FN, Kahana T. Rubber and Plastic Ammunition Lethal Injuries: The Israeli Experience. *Medicine, Science and the Law*. 1997 Apr;37(2):139–44.
- Khan S, Maqbool A, Abdullah N, Keng MQ. Pattern of ocular injuries in stone pelters in Kashmir valley. *Saudi Journal of Ophthalmology [Internet]*. 2012 Jul 1 [cited 2023 Mar 1];26(3):327–30. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S131945341200063X>
- Khonsari RH, Fleuridas G, Arzul L, Lefèvre F, Vincent C, Bertolus C. Severe facial rubber bullet injuries: Less lethal but extremely harmful weapons. *Injury*. 2010 Jan;41(1):73–6.
- Kobayashi M, Mellen PF. Rubber Bullet Injury. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*. 2009 Sep;30(3):262–7.
- Mahajna A, Aboud N, Harbaji I, Agbaria A, Lankovsky Z, Michaelson M, et al. Blunt and penetrating injuries caused by rubber bullets during the Israeli-Arab conflict in October, 2000: a retrospective study. *The Lancet*. 2002 May;359(9320):1795–800.
- Biagioni RB, Miranda GC, Mota de Moraes L, Nasser F, Burihan MC, Ingrund JC. Femoral vessel injury by a nonlethal weapon projectile. *Journal of Vascular Surgery Cases, Innovations and Techniques*. 2018 Jun;4(2):175–7.
- Kim HJ, Ali S, Kelly LD. Ocular foam round injury: A case report and literature review. *American Journal of Ophthalmology Case Reports*. 2021 Sep;23:101149.
- Dhar SA, Dar TA, Wani SA, Maajid S, Bhat JA, Mir NA, et al. Pattern of rubber bullet injuries in the lower limbs: A report from Kashmir. *Chinese Journal of Traumatology*. 2016 Jun;19(3):129–33.
- Millar R, Rutherford WH, Johnston S, Malhotra VJ. Injuries caused by rubber bullets: A report on 90 patients. *British Journal of Surgery*. 1975 Jun;62(6):480–6.
- Missliwetz J, Lindermann A. Gunshot Wounds Caused by FIOCCHI Anticrime Cartridges (Plastic Bullets). *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology [Internet]*. 1991 Sep 1 [cited 2023 Mar 1];12(3):209. Available from: https://journals.lww.com/amjforensicmedicine/abstract/1991/09000/gunshot_wounds_caused_by_fiocchi_anticrime.8.aspx
- Noel A, Castellant P, Gilard M, Mansourati J. Acute myocardial infarction due to left anterior descending coronary artery dissection after rubber bullet shooting. *International Journal of Cardiology*. 2015 Apr;184:653–4.
- Phillips JG. Plastic bullet injury: A case report. *British Journal of Oral Surgery [Internet]*. 1977 Mar 1 [cited 2023 Mar 1];14(3):199–202. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0007117X7790021X>
- Barnes AC, Hudson LE, Jain N. Rubber Bullet Ocular Trauma. *Ophthalmology*. 2020 Sep;127(9):1190.

Rezende-Neto J, Silva FD, Porto LB, Teixeira LC, Tien H, Rizoli SB. Penetrating injury to the chest by an attenuated energy projectile: a case report and literature review of thoracic injuries caused by “less-lethal” munitions. *World Journal of Emergency Surgery*. 2009;4(1):26.

Guenther TM, Gustafson JD, Wozniak CJ, Zakaluzny SA, Utter GH. Penetrating thoracic injury from a bean bag round complicated by development of post-operative empyema. *Journal of Surgical Case Reports*. 2020 Apr 1;2020(4).

Rocke L. Injuries caused by plastic bullets compared with those caused by rubber bullets. *The Lancet*. 1983 Apr;321(8330):919–20.

Soulat G, Puymirat E, Mousseaux E. Blunt Cardiac Injuries Due to Rubber Bullets. *Circulation: Cardiovascular Imaging*. 2020 Oct;13(10).

Guérant M, Vaz M-A, Peoc’h M, Gaillard Y, Boyer B. Suicidal shot in the mouth with rubber bullets. *Legal Medicine*. 2018 May;32:52–6.

Sutter FKP. Ocular injuries caused by plastic bullet shotguns in Switzerland. *Injury*. 2004 Oct;35(10):963–7.

Wahl P, Schreyer N, Yersin B. Injury pattern of the Flash-Ball®, a less-lethal weapon used for law enforcement: Report of two cases and review of the literature. *The Journal of Emergency Medicine*. 2006 Oct;31(3):325–30.

Wani ML, Wani S, Singh S, Ahangar A, Ganie F, Lone G, et al. Pattern, presentation and management of vascular injuries due to pellets and rubber bullets in a conflict zone. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 9];6(3):155. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23960369/>

Whitlock RIH, Gorman JM. Some missile injuries due to civil unrest in Northern Ireland. *International Journal of Oral Surgery*. 1978 Aug;7(4):240–5.

Yellin A, Golan M, Klein E, Avigad I, Rosenman J, Lieberman Y. Penetrating thoracic wounds caused by plastic bullets. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* [Internet]. 1992 Feb 1 [cited 2023 Mar 1];103(2):381–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022522319350421>

Burrows C. Operationalizing non-lethality: A northern ireland perspective*. *Medicine, Conflict and Survival*. 2001 Jul;17(3):260–71.

ÓBITO POR AVC EM VÍTIMA SUSPEITA DE ESTUPRO: UM RELATO DE CASO

DEATH BY STROKE IN A SUSPECTED RAPE VICTIM: A CASE REPORT

Os autores informam não haver conflito de interesse

RELATO DE CASO recebido 11/12/2022 aceito em 11/04/2023

Como citar: Silveira LX, Mesquita RB, Almeida VRS, Vasconcelos DN, Viana THH, Bento HS, Costa LM, Dias VLC. Óbito por AVC em vítima suspeita de estupro: um relato de caso. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230412
<https://dx.doi.org/10.47005/230412>

Lucas Ximenes Silveira ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1578122888342362> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-8148-6254>

Ramon Bezerra Mesquita ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4477214168652131> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9743-9260>

Vivian Romero Santiago Almeida ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6684284091519797> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1739-6681>

Déborah Nogueira Vasconcelos ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8346932640754300> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9743-9260>

Thaís Helena Holanda Viana ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3578084334531024> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9217-0837>

Hanna Soares Bento ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7037125883030883> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9824-2240>

Leonardo Mesquita Costa ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3996792130430398> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6438-7417>

Victor Luís Cavalcanti Dias ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5586080777463376> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2083-5024>

⁽¹⁾ Universidade de Fortaleza, Faculdade de Medicina, Fortaleza-CE, Brasil. (Autor principal)

⁽²⁾ Universidade de Fortaleza, Faculdade de Medicina, Fortaleza-CE, Brasil. (Autores secundários)

⁽³⁾ Médica da Perícia Forense do Estado do Ceará, Av. Pres. Castelo Branco, 901 - Moura Brasil, Fortaleza - CE, 60010-000 (Orientadora)

e-mail: lucasximenes450@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O estupro consiste em um crime recorrente na conjuntura brasileira. O inquérito policial concernente a essa infração requer a atuação da sexologia forense, que mediante o exame de corpo de delito, é capaz de evidenciar provas acerca desse crime hediondo. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de um óbito por Acidente Vascular Encefálico (AVE) em uma vítima de suspeita de estupro. **Material e método:** Trata-se de um estudo de caso clínico qualitativo e descritivo, cuja coleta de dados ocorreu mediante análise do laudo pericial procedente do Núcleo de Tanatologia da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense de Canindé. **Resultados:** Vítima do sexo feminino, 64 anos, parda, encaminhada ao serviço por morte suspeita, com histórico de possível estupro confessado pelo filho. Ao exame, foram evidenciados sangramento intracraniano volumoso e ausência de sinais aparentes de traumatismo e de violência sexual ou conjunção carnal recentes. A análise de materiais de *swabs* vaginal e retal constatou somente a presença de material genético da própria vítima. **Discussão:** Mediante o exame pericial, afastou-se a suspeita de estupro pelo filho da vítima, demandando análise do estado psicológico do suspeito, visando justificar sua confissão inverossímil. Ademais, constatou-se que o óbito da vítima decorreu de um AVE hemorrágico. **Conclusão:** Assim, suscita-se a relevância exame de corpo de delito pela Perícia Forense, que contribui para o esclarecimento de casos suspeitos e para a fidedignidade dos dados epidemiológicos referentes ao estupro.

Palavras-chave: Estupro, Medicina Legal, Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Introduction: Rape is a recurring crime in the Brazilian context. The police investigation on this felony requires the performance of forensic sexology, which, through the examination of the corpus delicti, is able to provide evidence about this heinous crime. The objective of the present study is to report a case of a death by stroke in a victim of suspected rape. **Material and method:** This is a qualitative and descriptive clinical case study, whose data collection took place through analysis of the expert report coming from the Thanatology Nucleus of the Legal Medicine Coordination of the Forensic Expertise of Canindé. **Results:** Female victim, 64 years old, brown, referred to the service for suspicious death, with a history of possible rape confessed by her son. On examination, voluminous intracranial bleeding and absence of apparent signs of trauma and recent sexual violence or sexual intercourse were evidenced. The analysis of material from vaginal and rectal swabs found only the presence of genetic material from the victim himself. **Discussion:** Upon expert examination, the suspicion of rape by the victim's son was ruled out, demanding an analysis of the suspect's psychological state, in order to justify his implausible confession. In addition, it was found that the victim's death resulted from a hemorrhagic stroke. **Conclusion:** Thus, the forensic examination of forensic evidence is relevant, which contributes to the clarification of suspected cases and to the reliability of epidemiological data regarding rape.

Keywords: Rape, Legal Medicine, Stroke.

1. INTRODUÇÃO

A violência sexual é um grave problema de saúde pública na América Latina e no mundo, principalmente aquela realizada por parceiros íntimos (1). Esse tipo de violência pode levar a diversos prejuízos à saúde da vítima, tanto físicos, quanto psicológicos, como transtorno de estresse

pós-traumático que, se resultado de violência sexual, está associado a maiores níveis de sintomas depressivos e alterações imunoendócrinas (2). Sendo assim, em 2015, a Organização Mundial da Saúde adicionou aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030 a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres (3).

Nesse contexto, no Brasil, os registros de estupro e estupro de vulnerável de vítimas do sexo feminino tiveram um crescimento de 12,5% no primeiro semestre de 2022 em relação ao mesmo período de 2021, totalizando 29.285 vítimas, segundo levantamento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (4). Isso significa que, mesmo com a legislação vigente no País desde 2009 (5), o estupro, um dos crimes mais comuns e mais graves contra a dignidade sexual, permanece com somente 10% dos crimes denunciados, 1% dos agressores julgados e punidos enquanto a sua incidência aumenta de modo exponencialmente preocupante (4).

Nestes crimes de natureza hedionda, o Estado é o acusador, devendo provar a ocorrência de tal ato. Para com isso, conforme o inciso VII do artigo 6º do Código de Processo Penal (6), cabe aos peritos da sexologia forense, por meio do exame de corpo delito, estudar e laudar o caso, de modo que sejam anexados em inquérito policial os elementos que confirmam ou excluem o crime. Vale ressaltar que a confissão do acusado, não o isenta do exame de corpo delito, uma vez que é imprescindível que o exame de corpo de delito, direto ou indireto, seja realizado em todos os casos em que a infração deixar vestígios, conforme o artigo 158 do Código de Processo Penal Brasileiro (6).

O objetivo do presente estudo é relatar um caso de um óbito por Acidente Vascular Encefálico (AVE) em uma vítima de suspeita de estupro, discorrendo sobre a importância do papel do perito oficial na realização do exame de corpo de delito.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um relato de caso sobre a necropsia de uma mulher vítima de morte suspeita por estupro em agosto de 2021, em Canindé. As informações foram retiradas do laudo pericial do Núcleo de Tanatologia da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense de Canindé. Após a análise cautelosa dos registros do laudo com exame físico cadavérico e exames laboratoriais, foi realizada uma revisão de literatura nas principais bases de dados disponíveis, sem critérios explícitos de busca, a respeito da importância do Exame de Corpo Delito pela Perícia Forense para melhor esclarecimento dos casos de Medicina Legal. O sigilo da identificação da vítima e do agressor foram resguardados neste trabalho.

3. RELATO DE CASO

Mulher parda, 64 anos, foi admitida ao necrotério do Núcleo de Tanatologia da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense de Canindé, como vítima de uma morte suspeita. O histórico do caso trazia informações de uma possível confissão de estupro cometido pelo filho da vítima, porém, sem relatos de outros atos sexuais constrangedores.

Ao exame externo, apresentava-se discreta equimose avermelhada em canto externo do olho direito e hemorragia subconjuntival em canto externo de ambos os olhos, mais acentuado à direita, sem lesões aparentes de interesse médico-legal em tórax, abdome, membros superiores, membros inferiores, dorso e genitália externa.

Ao exame interno, realizou-se incisão bimestóideia, rebatido o couro cabeludo e aberta a caixa craniana, constatando-se ausência de hematoma subgaleal ou outras lesões de interesse médico-legal. Crânio íntegro, sem evidências de fraturas ou outras lesões de interesse médico-legal. Presença de volumoso sangramento intracraniano, envolvendo encéfalo e cerebelo, sem sinais aparentes de traumatismos. Ausência de fratura de base de crânio. Carótidas e osso hióide íntegros.

Ao exame da genitália, evidenciou-se distopia vaginal compatível com prolapso vaginal de parede posterior grau 2, achado que é comumente encontrado em pacientes dessa faixa etária e com história de múltiplos partos vaginais. Ausência de sinais de violência sexual ou de conjunção carnal recente, bem como ausência de lesões anais, secreções ou sangramentos em canal vaginal e gravidez. Foram coletados materiais de *swab* vaginal, oral e anal da vítima para identificação de material genético.

Os resultados foram analisados no laboratório de genética forense e só evidenciaram a presença do material genético da própria vítima, com ausência de esperma, fosfatase ácida, glicoproteína P30 cavidade vaginal, oral e anal. Pesquisas negativas para doenças sexualmente transmissíveis. Portanto, concluiu-se que é o caso de uma morte real por hemorragia intracraniana não traumática.

4. DISCUSSÃO

O crime de estupro por si só desperta interesse público em razão da sua violência contra os direitos pessoais, sexuais e civis da vítima, que repercutem

em toda a sociedade. Desse modo, esse relato de caso foi escolhido frente aos outros em razão da sua natureza hedionda questionável, onde o suspeito do crime de estupro e de assassinato é o próprio filho da vítima, segundo a Delegacia de Polícia Civil de Baturité, cidade vizinha onde ocorreu o crime. Segundo os relatórios iniciais da investigação, o suspeito, um homem de 35 anos e filho da vítima, foi encontrado dentro de casa com o corpo dela. No local do crime, residiam o suspeito, a vítima (64 anos) e outros parentes. A Polícia Militar fez a prisão em flagrante do possível agressor, ocasião em que ele admitiu ter cometido os crimes de estupro de vulnerável e de assassinato contra a própria mãe. Diante da natureza do crime e da confissão do suspeito, a Perícia Forense do Ceará (PEFOCE) foi acionada para complementar e concluir a investigação. Sendo assim, o exame pericial foi realizado para confirmar ou excluir a suspeita do crime de estupro, uma vez que é atribuição da autoridade policial reunir elementos probatórios, ocasião em que está prevista o exame de corpo de delito, conforme o inciso VII do artigo 6º do Código de Processo Penal (6).

A partir disso, a sexologia forense, que tem como finalidade estudar as práticas libidinosas definidas pela lei como crime, deve iniciar uma investigação de modo a corresponder ou não com as hipóteses primárias levantadas durante o processo criminal, que são de suma importância para o poder judicial. Uma vez ocorrida a infração à lei, cabe ao Estado apurar a infração e sua autoria para então processar, julgar e quando cabível aplicar, ao infrator, a pena adequada (5,6).

No contexto do estupro, em grande parte dos casos, são deixados vestígios e indícios de que houve, de fato, a violência sexual. No entanto, os vestígios de crimes sexuais são perecíveis, desaparecendo em poucos dias. Devido a isso, o exame pericial deve ser estabelecido em tempo hábil, para que se tenha comprovação da conjunção carnal ou de outro ato libidinoso. Por estar atribuída de grande responsabilidade, a perícia médico-legal deve ser realizada com a adequada metodologia e por um perito oficial médico legista capacitado, uma vez que o resultado do exame confirma ou não o crime de estupro perante o julgamento do Poder Judiciário (8).

É de função do perito responsável avaliar a integri-

dade himenal, a presença de rupturas ou lesões vaginais, esperma na cavidade vaginal, gravidez, contaminação venérea, e a constatação de presença de fosfatase ácida ou de glicoproteína P30 (de origem prostática) (9). Adicionados a isso, o relatório médico-legal também deve compreender o histórico da vítima, avaliação de condições psíquicas que podem agravar ou gerar tipificações penais, e o exame objetivo genérico, no qual consta os dados gerais como peso, estatura, estado geral e alterações corporais sugestivas de violência na vítima (10).

No caso em questão, o laudo pericial cadavérico realizado pela Perícia Forense do Estado do Ceará (PEFOCE) evidenciou ausência de sinais de violência sexual ou conjunção carnal recente, sendo estes: ausência lesão vaginal, esperma na cavidade vaginal, gravidez, bem como ausência de fosfatase ácida ou glicoproteína P30, podendo afastar com segurança a suspeita de estupro pelo filho da vítima. Portanto, cabe-se melhor apurar o estado psicológico do suspeito, buscando justificar a confissão inverossímil feita por ele durante a prisão em flagrante.

Já no que se refere à causa primária da morte da vítima, foi feita uma investigação cuja conclusão destacou uma possível hemorragia intracraniana não traumática, pois observou-se a presença de um sangramento intracraniano volumoso envolvendo o encéfalo e o cerebelo, além de ausência de sinais de lesões traumáticas. Além disso, seguindo um embasamento epidemiológico do Global Burden Disease (11) e comparando com as informações da perícia da vítima, a qual é uma idosa de 64 anos com possíveis comorbidades relacionadas à idade, podemos inferir que a causa da morte foi um Acidente Vascular Encefálico (AVE) hemorrágico, devido à consequente rotura vaso sanguíneo na intimidade do parênquima cerebral, cuja estatística é de que seja a quarta causa de morte do País, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em 2015 (12).

5. CONCLUSÃO

Portanto, verifica-se que, de fato, a causa do óbito da vítima foi um Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico, contrariando a hipótese primária de estupro, a qual foi considerada devido à confissão realizada pelo possível agressor, porém descartada

por ausência de quaisquer provas de violência sexual, supracitadas. Dessa forma, vale ressaltar que a investigação detalhada de casos suspeitos, como os de estupro, é fundamental para a confirmação ou exclusão das hipóteses formuladas, pois uma avaliação superficial do caso pode resultar em uma conduta judicial equivocada. Diante disso, nota-se a relevância do Exame de Corpo Delito pela Perícia Forense para a elucidação do caso, pois, sem a realização deste, a qualidade das investigações pode ser comprometida. Tal situação, ocorrida no caso em questão, justifica o exposto no artigo 158 do CPP, em que não é possível dispensar o Exame de Corpo Delito, mesmo em casos de confissão do suspeito. Nesse contexto, nota-se que essa medida possui impacto direto na fidedignidade de dados epidemiológicos acerca do estupro, visto que se configura como a melhor prova para esclarecer os casos suspeitos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2019 Mar 20 [acesso em 2023 Mar 05];43:1. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=intimate-partner-violence-against-women-in-the-americas-2018&Itemid=270&lang=en
- D'Elia ATD, Juruena MF, Coimbra BM, Mello MF, Mello AF. Increased immuno-inflammatory mediators in women with post-traumatic stress disorder after sexual assault: 1-Year follow-up. *Journal of Psychiatric Research* [Internet]. 2022 Nov 1 [acesso em 2023 Mar 05];155:241–51. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395622004812>
- United Nations. Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. United Nations. United Nations; 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022. – Edição 2022. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/12/violencia-contra-meninas-mulheres-2022-1sem.pdf?v=v2>. Acesso em: 10 de fev de 2023
- Ação Penal nos Crimes Contra a Liberdade Sexual e nos Delitos Sexuais Contra Vulnerável – Lei nº. 12.015/2009. *Revista Jurídica*, nº 383 – setembro/2009, p. 131-140 [acesso em 2023 Mar 05]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/lei-12015-agosto-2009.pdf>
- Direito penal, legislação, Brasil. 2. Processo penal, legislação, Brasil. 3. Brasil. [Código de processo penal (1941)].
- Cerqueira D, Ferreira H, Bueno S, Alves P, Sérgio De Lima R, Marques D, et al. Atlas de Violência. São Paulo: FBSP. 2021 [acesso em 2023 Mar 05]. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/211203_atlas_da_violencia_2021.pdf
- Leme C-E-LP. FUNDAMENTOS DA SEXOLOGIA FORENSE [Internet]. *Perspectivas em Medicina Legal e Perícia Médica*. 2019 [cited 2023 Mar 13]. Available from: <https://www.perspectivas.med.br/2019/02/fundamentos-da-sexologia-forense/>
- França GV. Medicina legal. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA; 2017.
- Bragmar C, Braga E, Cardoso I, Salomão S, Filho R, Moraes S, et al. PERÍCIA MÉDICA CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS [Internet]. 2012. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/periciamedica.pdf>
- Feigin et al. GBD Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. Sep 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
- Mamed SN, Ramos AM de O, Araújo VEM de, Jesus WS de, Ishitani LH, França EB. Perfil dos óbitos por acidente vascular cerebral não especificado após investigação de códigos garbage em 60 cidades do Brasil, 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2019;22(suppl 3). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22s3/1980-5497-rbepid-22-s3-e190013.pdf>

MONKEYPOX E SUAS POSSÍVEIS REPERCUSSÕES MÉDICO LEGAIS

MONKEYPOX AND ITS POSSIBLE MEDICAL AND LEGAL CONSEQUENCES

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO DE REVISÃO recebido 11/12/2022 aceito em 11/04/2023

Como citar: Gomes CH, Miziara CSMG. Monkeypox e suas possíveis repercussões médico legais.

Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230411

<https://dx.doi.org/10.47005/230411>

Carlos Henri Gomes ⁽¹⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6079-3848>

Carmen Silvia Molleis Galego Miziara ⁽¹⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4266-0117>

⁽¹⁾ Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação. São Paulo-SP, Brasil

e-mail: carloshenri_gf@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Monkeypox é uma doença causada por um vírus do gênero Orthopoxvirus da família Poxviridae, com transmissão de animais para humanos ou entre humanos. Em 23 de julho de 2022, a OMS considerou a Monkeypox como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. As consequências dessa virose são de interesse médico-legal. **Objetivo:** Descrever e discutir as principais consequências à saúde que são de interesse médico-legal advindas da doença Monkeypox. **Metodologia:** Revisão narrativa de literatura sobre Monkeypox realizada nas bases de dados de livre acesso Google Scholar, MEDLINE e SciELO sem delimitação temporal e com inclusão de artigos científicos obtidos na íntegra ou em sites de saúde oficiais da Organização Mundial da Saúde, do Centro de Controle e Prevenção de Doenças do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, bem como do Ministério da Saúde do Brasil, seguida de discussão sobre repercussões de interesse para a Medicina Legal e Perícia Médica. **Marco conceitual:** A Medicina Legal e Perícia Médica carece de compreensão sobre as possíveis consequências da Monkeypox em sua atuação, de forma que se fazem necessários estudos como este para auxílio na sua atuação em prol da justiça social. **Resultados:** A Monkeypox é autolimitada na maioria dos casos, sendo as principais manifestações febre; calafrio; adenomegalia; mialgia; e erupções cutâneas. Também podem ocorrer lesões orais, genitais ou retais, entre poucas a milhares. Sequelas comuns são as cicatrizes permanentes nos casos de superinfecção. Embora haja relato de sintomas de ansiedade e depressão, a prevalência dessas condições não está confirmada. A cegueira e as cicatrizes varioliformes são possíveis sequelas descritas, porém os efeitos da Monkeypox no médio e longo prazo ainda precisam ser estudados. **Discussão:** As principais sequelas encontradas na literatura foram cicatrizes e cegueira. Casos em que haja óbito ou sequelas podem gerar alegação de má prática médica, demandando avaliação pericial. Ainda, em tais situações, o paciente ou seus familiares podem recorrer a seguros para pagamento de coberturas contratadas. A perícia médica irá fazer a caracterização da situação e correlacionar com a cobertura prevista. Para que seja formalizado o afastamento de trabalhadores acometidos pela doença com pagamento de benefício previdenciário correspondente, será necessária perícia médica. Na ocorrência de doença com nexos de causalidade com o trabalho, o adoecimento pode ser equiparado a acidente de trabalho. A ocorrência de cegueira pode gerar deficiência sensorial compatível com o benefício de prestação continuada da assistência social. **Considerações finais:** A Medicina Legal e Perícia Médica pode fornecer elementos técnicos-científicos para o embasamento de concessão de benefícios ou para o estabelecimento de dano e nexos de causalidade nos casos de Monkeypox. Portanto, a perícia pode ser solicitada dentro das áreas penal, civil, securitária, previdenciária, administrativa e trabalhista, cada qual com suas particularidades. Demais trabalhos que abordem as possíveis consequências médico-legais da Monkeypox podem contribuir para construção de conhecimento detalhado e específico para cada demanda de justiça que pode surgir relacionada a essa infecção.

Palavras-chave: Medicina Legal, Monkeypox, Desfechos, Sequelas, Direito Civil, Direito Penal;

ABSTRACT

Introduction: Monkeypox is a disease caused by a virus of the genus Orthopoxvirus of the Poxviridae family, transmitted from animals to humans or between humans. On July 23, 2022, the WHO designated Monkeypox as a Public Health Emergency of International Concern. The consequences of this virus are of medico-legal interest. **Objective:** To describe and discuss the main health consequences that are of medico-legal interest arising from the Monkeypox disease. **Methodology:** Narrative review of the literature on Monkeypox in the freely accessible databases Google Scholar, MEDLINE and SciELO without temporal delimitation and including scientific articles obtained in full or from official health websites of the World Health Organization, the Control Center and Disease Prevention from the United States Department of Health and Human Services, as well as from the Brazilian Ministry of Health, followed by a discussion on repercussions of interest to Legal Medicine and Medical Expertise. **Conceptual framework:** Forensic Medicine lacks

understanding of the possible consequences of Monkeypox in their practice, so that studies like this are necessary to aid in their work in favor of social justice. **Results:** Monkeypox is self-limited in most cases, the main manifestations being fever; chill; adenomegaly; myalgia; and skin rashes. There may also be oral, genital or rectal lesions, from a few to thousands. Common sequelae are permanent scarring in cases of superinfection. Although symptoms of anxiety and depression have been reported, the prevalence of these conditions has not been confirmed. Blindness and varioliform scars are possible sequelae described, but the effects of Monkeypox in the medium and long term still need to be studied. **Discussion:** The main sequelae found in the literature were scars and blindness. Cases in which there is death or sequelae may generate an allegation of medical malpractice, requiring expert evaluation. Also, in such situations, the patient or his family members may resort to insurance to pay for contracted coverage. The medical expertise will characterize the situation and correlate it with the expected coverage. In order to formalize leave of absence of workers affected by the disease with payment of the corresponding social security benefits, medical expertise will be required. In the event of a disease with a causal link with work, the illness can be equated to an accident at work. The occurrence of blindness can generate sensory impairment compatible with the benefit of continued provision of social assistance. **Final considerations:** Forensic Medicine and Medical Expertise can provide technical-scientific support for granting benefits or establishing damage and causality in Monkeypox cases. Therefore, expertise can be requested within the criminal, civil, insurance, social security, administrative and labor areas, each with its particularities. Other works that address the possible medico-legal consequences of Monkeypox can contribute to the construction of detailed and specific knowledge for each claim of justice that may arise related to this infection.

Keywords: Forensic Medicine, Monkeypox, Outcomes, Sequelae, Civil Law, Criminal Law;

1. INTRODUÇÃO

A A Monkeypox é uma doença causada por um vírus do gênero Orthopoxvirus da família Poxviridae. Esse vírus tem uma dupla fita de ácido desoxirribonucleico (DNA) circundada por um envelope proteico. A Monkeypox pode ser transmitida tanto de animais para humanos como entre humanos (1). Em 21 de Maio de 2022 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou um surto global emergente de Monkeypox(2). Em 23 de Julho de 2022, após 16 mil casos notificados em 75 países, a OMS considerou que a Monkeypox se tornou uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (3).

No mundo, até a confecção deste artigo, foram confirmados 86.500 casos, dos quais, 85.089 são de países onde a doença não é endêmica. Há notificação de casos em 110 países, 103 dos quais, sem registro anterior dessa doença. No Brasil, até a elaboração deste artigo, foram notificados 10.878 casos, com 15 óbitos confirmados (4).

A Medicina Legal e Perícia Médica é a especialidade médica que atua na intersecção entre as ciências

médicas e o direito. Os médicos dessa especialidade trabalham para a promoção da justiça social e utilizam seus conhecimentos médicos para realização de perícias em diversas áreas do direito, como no direito penal, direito civil, direito securitário, direito previdenciário, direito trabalhista entre outras (5).

As consequências dessa virose são de interesse médico-legal tanto em sua fase aguda, quanto na crônica e suas sequelas.

2. OBJETIVO

Descrever e discutir as principais consequências à saúde da Monkeypox que sejam de interesse médico-legal.

3. METODOLOGIA

Revisão narrativa de literatura sobre Monkeypox realizada nas bases de dados de livre acesso Google Scholar, MEDLINE e SciELO sem delimitação temporal e com inclusão de artigos científicos obtidos na íntegra ou em sites de saúde oficiais da Organização Mundial da Saúde, do Centro de

Controle e Prevenção de Doenças do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, bem como do Ministério da Saúde do Brasil, seguida de discussão sobre as repercussões de interesse para a Medicina Legal e Perícia Médica.

4. MARCO CONCEITUAL

A Medicina Legal e Perícia Médica carece de compreensão sobre as possíveis consequências da Monkeypox em sua atuação, de forma que se fazem necessários estudos como este para auxílio na sua atuação em prol da justiça social.

5. RESULTADOS

A Monkeypox é uma doença autolimitada na maioria dos casos, com sintomas que duram entre duas a quatro semanas (6). A apresentação clínica é similar à de outras doenças infecciosas causadas por vírus Poxviridae, como a Varíola. Homens tendem a ser mais afetados do que mulheres (7). Certos grupos são considerados vulneráveis, como crianças, jovens adultos e pessoas com imunodeficiência tais quais a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Nesses casos, há maior risco de evolução para formas graves ou óbito (6). O período de incubação pode variar de 5 a 21 dias, mas comumente é de 6 a 13 dias (1).

No período prodrômico, há possibilidade de febre, cefaleia, linfadenopatia, lombalgia, mialgia e astenia. Também pode se apresentar com lesões orais, genitais ou retais sem o início prodrômico. As erupções cutâneas geralmente aparecem por volta de um a quatro dias desde o surgimento da febre e podem permanecer por até duas a três semanas. O número de lesões é variável, entre poucas a milhares, podendo ocorrer confluência delas (8). A erupção cutânea tem tendência de se concentrar na região da face, mas pode acometer também a palma da mão e a planta do pé, bem como há casos de lesões na mucosa oral, conjuntiva, ânus e genitália (9). O período de isolamento deve ser o mínimo: 72 horas afebril; 48 horas sem novas lesões; ausência de lesões orais; e desaparecimento das crostas. O isolamento domiciliar é de 21 dias para as gestantes soropositivas ou com sinais e sintomas (10). A invasão do sistema nervoso central é responsável pela ocorrência de cefaleia, mialgia e fadiga; nos casos mais graves pode haver encefalite com ou sem crises convulsivas. A neuroinvasão do

vírus, pelo epitélio olfativo, é confirmada por sua presença no líquido (11). Embora haja relato de sintomas de ansiedade e depressão, a prevalência dessas condições psiquiátricas não é conhecida (12). A maioria dos pacientes com Monkeypox se recuperam sem necessidade de tratamento médico. Alguns casos que cursam com perda líquida por vômitos ou diarreia podem precisar de tratamento de suporte. A base da assistência é voltada, por tanto, para o manejo de sintomas, das complicações e prevenção de sequelas. Complicações que podem ocorrer são infecções secundárias, broncopneumonias, encefalites e infecções da córnea com perda de visão (15, 16).

A cegueira e as cicatrizes varioliformes relacionadas a superinfecções são possíveis sequelas descritas. Abortamento também é descrito como complicação da doença (10). Todavia os efeitos da Monkeypox no médio e longo prazo ainda precisam ser estudados. Dentre os sobreviventes, 90% não desenvolvem complicações, a despeito do estado vacinal contra varíola (15).

Não há tratamento específico para essa infecção viral. Antivirais como o Tecovirimat podem ser usados em alguns casos com maior risco de desfechos graves (16). A eficácia de antivirais usados para tratamento de Varíola em humanos com Monkeypox não foi definida (17).

Em relação aos possíveis desfechos, Adler et al, em estudo retrospectivo observacional a partir de revisão de casos notificados no Reino Unido entre 2018 a 2021, identificaram sete pacientes com infecção grave, sendo quatro homens e três mulheres. Um era trabalhador de saúde que teve a doença relacionada ao trabalho. Cinco precisaram se manter isolados por mais de três semanas até a resolução do quadro (18). Zapata et al em uma revisão sistemática com metanálises encontraram uma taxa de hospitalização de 35%, dentre os quais, 4% foram a óbito (19). Ogoina et al, na Nigéria, em estudo retrospectivo de 40 pacientes hospitalizados encontraram 5 casos de óbito, 12 casos que tiveram cicatrizes atróficas hiperpigmentadas, 7 casos com cicatrizes atróficas hipopigmentadas, 6 casos com alopecia, 3 com cicatrizes hipertróficas e 1 caso com deformidade facial (20). Moschese et al em Milão, na Itália, acompanharam 34 casos confirmados, dos quais, 3 precisaram de hospitalização e um teve cicatriz sequelar em região nasal (21).

6. DISCUSSÃO

As possíveis repercussões médico legais da Monkeypox devem ser pensadas relacionando os conhecimentos médicos vigentes e a área do direito em que se está trabalhando.

A maioria dos casos de Monkeypox notificados tem evolução clínica autolimitada e não deixa sequelas. Casos mais graves podem demandar hospitalização e raramente há óbito. As principais sequelas encontradas na literatura foram cicatrizes e cegueira (10,13,15,16,20).

Para o direito penal, os médicos peritos oficiais auxiliam a justiça na resolução de infrações penais (22). Nos casos em que a Monkeypox evoluir de forma desfavorável para óbito ou na ocorrência de sequelas como cegueira ou cicatrizes pode haver dúvidas sobre falhas na condução dos cuidados. Alegações de erro médico podem gerar processos penais que demandem a realização de perícias. Como a responsabilidade médica é dependente de culpa, o perito deverá fornecer elementos à autoridade sobre a existência ou não de negligência, imprudência, imperícia ou inobservância de regra técnica de profissão conforme previsto no Código Penal (23).

Outras situações previstas no direito penal também demandam a atuação do médico perito. No artigo 130 do código penal há previsão do crime de Perigo de Contágio Venéreo (23). Esse crime ocorre se o sujeito expuser outros a perigo de contágio de moléstia venérea, por meio de atos sexuais. Embora a Monkeypox não seja classificada como Infecção Sexualmente Transmissível, há relatos de transmissão relacionadas a atos sexuais (24). Há também o crime de Perigo de contágio de moléstia grave previsto no artigo 131, no qual o agente pratica ato capaz de produzir o contágio, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave. Essas duas situações podem requerer perícia que aponte ou não a presença de infecção e se há como estabelecer a fonte dessa infecção.

As alegações de erro médico também podem ocorrer no âmbito do direito civil. Conforme estabelecido pelo artigo 186 do Código Civil, “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. Ainda, segundo artigo 927 do mesmo código, “aquele que, por ato ilícito causar

dano a outrem, fica obrigado a reparar-lo” (25). Casos de Monkeypox em que haja óbito ou sequelas podem gerar alegação de má prática médica, com pedidos de indenização por dano material, moral e até mesmo estético, devido a possibilidade de lesões cicatriciais, como as descritas por Ogoina et al (20). O médico perito deve verificar se há elementos que sugiram imperícia, negligência ou imprudência e informá-los à autoridade judicial. Os eventuais danos causados aos pacientes deverão ser analisados pelos médicos peritos para não serem confundidos com eventos imprevisíveis e inevitáveis, os quais acontecem a despeito da proficiência dos médicos assistentes (26,27).

Como já dito, alguns casos de Monkeypox evoluem para hospitalização ou morte, semelhante aos vistos nos estudos de Zapata et al (19) e Ogoina et al(20). O paciente ou seus familiares podem recorrer a seus seguros, solicitando o pagamento correspondente à cobertura para despesas hospitalares e óbito. A perícia médica, seja via administrativa ou em casos de via judicial, irá fazer a caracterização da situação e correlacionar com a cobertura prevista.

Indivíduos com Monkeypox precisam ser mantidos em isolamento para evitar a propagação da doença e devem ser considerados infectantes até a completa resolução das crostas e reepitelização(28). Para trabalhadores segurados pelo Regime Geral da Previdência Social, como os empregados em regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), caso esse tempo seja superior a 15 dias, semelhante aos casos descritos por Adler et al(18), o Médico Perito Federal deverá conceder o auxílio por incapacidade temporária após perícia que comprove a necessidade do afastamento(29).

Profissionais de saúde diretamente envolvidos nos cuidados com a Monkeypox estão expostos a risco de contágio e demandam medidas de proteção, assistência e vigilância (30). Tais profissionais podem adoecer e ser afastados do trabalho, bem como podem ter um desfecho ruim para óbito ou sequela. Na presença de nexos de causalidade com o trabalho, como no caso de profissionais de saúde diretamente envolvidos com pacientes infectados por Monkeypox, semelhante ao caso descrito no trabalho de Adler et al (18), o adoecimento pode ser equiparado a acidente de trabalho, sendo um benefício isento de carência. Se houver sequela definitiva que implique redução da capacidade

laborativa, como a cegueira, o trabalhador tem direito a auxílio-acidente como indenização mensal, até a data de sua aposentadoria (29). A cegueira também pode levar a uma condição de deficiência sensorial, passível de ser enquadrada para concessão do auxílio social constituído pelo benefício de prestação continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (31).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O surto de Monkeypox ainda está em curso e a extensão de suas consequências ainda será vista. A Medicina Legal e Perícia Médica pode fornecer elementos técnicos-científicos para o embasamento de concessão de benefício ou para o estabelecimento de dano e nexos de causalidade nos casos progressos de Monkeypox. Portanto, a perícia pode ser solicitada dentro das áreas penal, civil, securitária, previdenciária, administrativa e trabalhista, cada qual com suas particularidades. Demais trabalhos que abordem as possíveis consequências médico-legais da Monkeypox podem contribuir para construção de conhecimento detalhado e específico para cada demanda de justiça que pode surgir relacionada a essa infecção.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCollum AM, Damon IK (Clin Infect Dis 2013; 58:260-7). Clinical Infectious Diseases. 2014 May 28;58(12):1792–2;
2. NOTA TÉCNICA No 002/2022 SESA/SSVS/GEVS Monkeypox [Internet]. [2023 Mar 24]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Imuniza-%C3%A7%C3%A3o/NT%20002_2022%20Monkeypox%2009.06.22.pdf;
3. OMS declara varíola dos macacos emergência de saúde pública de importância internacional [Internet]. Brasil. 2022 [2023 Mar 24]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/191935-oms-declarar-var%C3%ADola-dos-macacos-emerg%C3%AAdo-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-de-import%C3%A2ncia-internacional#:~:text=O%20diretor%2Dgeral%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o>;
4. CDC. Mpox in the U.S. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/response/2022/world-map.html>;
5. Trunckle Y, Okamoto C (1 ed). Medicina Legal e Perícias Médicas. Souza, Renee do Ó. 1 ed. Rio de Janeiro, Brasil. Método Essencial; 2022. p. 1,
6. Huhn GD, Bauer AM, Yorita K, Graham MB, Sejvar J, Likos A, et al. Clinical Characteristics of Human Monkeypox, and Risk Factors for Severe Disease. Clinical Infectious Diseases. 2005 Dec;41(12):1742–51;
7. Giulio DBD, Eckburg PB. Human monkeypox: an emerging zoonosis. The Lancet Infectious Diseases [Internet]. 2004 Jan 1;4(1):15–25. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(03\)00856-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(03)00856-9/fulltext);
8. Minhaj FS. Monkeypox Outbreak — Nine States, May 2022. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report [Internet]. 2022;71(23). Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7123e1.htm?s_cid=mm7123e1_w;
9. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries — April–June 2022. New England Journal of Medicine [Internet]. 2022 Jul 21;387(8). Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2207323>;
10. Beer EM, Rao VB. A systematic review of the epidemiology of human monkeypox outbreaks and implications for outbreak strategy. Holbrook MR, editor. PLOS Neglected Tropical Diseases. 2019 Oct 16;13(10):e0007791;
11. Sepehrinezhad A, Ashayeri Ahmadabad R, Sahab-Negah S. Monkeypox virus from neurological complications to neuroinvasive properties: current status and future perspectives. Journal of Neurology. 2022 Aug 21;
12. Badenoch JB, Conti I, Rengasamy ER, Watson CJ, Butler M, Hussain Z, et al. Neurological and psychiatric presentations associated with human monkeypox virus infection: A systematic review and meta-analysis. eClinicalMedicine [Internet]. 2022 Sep 8 [2022 Sep 26];101644. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537022003741>;
13. Reynolds MG, McCollum AM, Nguete B, Shongo Lushima R, Petersen BW. Improving the Care and Treatment of Monkeypox Patients in Low-Resource Settings: Applying Evidence from Contemporary Biomedical and Smallpox Biodefense Research. Viruses [Internet]. 2017 Dec 12;9(12). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

[pmc/articles/PMC5744154/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35948973/);

14. World Health Organization. Monkeypox [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>;

15. McCollum AM, Damon IK. Human Monkeypox. *Clinical Infectious Diseases*. 2013 Oct 24;58(2):260–7;

16. Singhal T, Kabra SK, Lodha R. Monkeypox: A Review. *Indian Journal of Pediatrics*. 2022 Aug 10;89(10):955–60;

17. CDC. Mpox in the U.S. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [cited 2023 Mar 25]. Available from: [https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/if-sick/treatment.html#:~:text=There%20are%20no%20treatments%20specifically](https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/if-sick/treatment.html#:~:text=There%20are%20no%20treatments%20specifically;);

18. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *The Lancet Infectious Diseases*. 2022 May;22(8).;

19. Benites-Zapata VA, Ulloque-Badaracco JR, Alarcon-Braga EA, Hernandez-Bustamante EA, Mosquera-Rojas MD, Bonilla-Aldana DK, et al. Clinical features, hospitalisation and deaths associated with monkeypox: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials* [Internet]. 2022 Aug 10;21(1):36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35948973/>;

20. Ogoina D, Iroezindu M, James HI, Oladokun R, Yinka-Ogunleye A, Wakama P et al. Clinical Course and Outcome of Human Monkeypox in Nigeria. *Clin Infect Dis*. 2020 Nov 5;71(8):e210-e214. doi: 10.1093/cid/ciaa143. PMID: 32052029;23.

21. Moschese D, Giacomelli A, Beltrami M, Pozza G, Mileto D, Reato S et al. Hospitalisation for monkeypox in Milan, Italy. *Travel Med Infect Dis*. 2022 Sep-Oct;49:102417. doi: 10.1016/j.tmaid.2022.102417. Epub 2022 Aug 4. PMID: 35934310;

22. Hércules, Hygino de Carvalho (2 ed). *Medicina Legal: texto e atlas*. Hygino de Carvalho Hércules. 2 ed. São Paulo, Brasil. Editora Atheneu. 2014. p.13;

23. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. Código Penal. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Casa Civil. Presidência da República. (Dez.7. 1940). [Online]. 2022. [2022 October 05], Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm;

24. Sah R, Abdelaal A, Reda A, Katamesh BE, Manirambona E, Abdelmonem H, et al. Monkeypox and Its Possible Sexual Transmission: Where Are We Now with Its Evidence? *Pathogens*. 2022 Aug 17;11(8):924;

25. Lei nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2022. Institui o Código Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Casa Civil. Presidência da República. (Jan. 10. 2022). [Online]. 2022. [2022 October 05], Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm;

26. França, GV (10 ed), *Direito Médico*. França GV. Rio de Janeiro, Brasil. 2010. Forense;

27. Grange, P. Papillon, F. *Erreus médicales*. 2008. Paris: Nil;

28. Nota Técnica nº 002/2022 SESA/SSVS/GEVS. Secretaria da Saúde. Governo do Estado do Espírito Santo. [Online]. 2022. [2022 October 05], Disponível em <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Imunizacao%2009.06.22.pdf>;

29. Decreto nº 3.048, de 6 de Maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Casa Civil. Presidência da República. (Maio. 6. 1999). [Online]. 2022. [2022 October 05], Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm;

30. Cunha BE. Monkeypox in the United States. *AAOHN Journal*. 2004 Apr;52(4):164–8.;

31. Brasil. Lei Orgânica nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Casa Civil. Presidência da República. *Diário Oficial da União* 1993; 8 dez. [Online]. 2022. [October 05], Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm;

ANÁLISE DA CAPACIDADE DE COMPREENSÃO PELO PACIENTE DO TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO INFORMADO

ANALYSIS OF THE PATIENT'S ABILITY TO UNDERSTAND THE INFORMED CONSENT FORM

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO ORIGINAL recebido 09/10/2022 aceito em 16/03/2023

Como citar: Couto AA, Motta MV. Análise da capacidade de compreensão pelo paciente do termo de consentimento cirúrgico informado. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230310
<https://dx.doi.org/10.47005/230310>

Angela dos Anjos Couto ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5789422865228552> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2806-5044>

Márcia Vieira da Motta ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8253288921508317> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4256-2899>

⁽¹⁾ Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo- SP (autora principal)

⁽²⁾ Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação FMUSP - São Paulo -SP (orientadora)

e-mail: angela_couto@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O atendimento médico, tanto assistencial como durante uma pesquisa, é fundamentado nos princípios de autonomia determinados pelo Código de Nuremberg, que se materializa por meio de documentos escritos chamados Termos de Consentimento. O presente estudo, um estudo piloto do estado de São Paulo, teve como objetivo a avaliação da compreensão do termo de consentimento cirúrgico por parte dos pacientes em hospitais paulistas. **Método:** Modelos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponíveis na íntegra online foram recuperados e analisados quanto a legibilidade textual por software especializado: Teste de facilidade de leitura de Flesch; Índice Gulpease; Nível de graduação de Flesch-Kincaid; Índice de nebulosidade de Gunning adaptado; Índice de legibilidade automatizado; Índice de Coleman-Liau. **Resultados:** No total foram analisados 13 termos. Destes, quanto ao nível de legibilidade, dois encontravam-se no nível 11 (alta legibilidade); oito do nível de 13 a 16 (média legibilidade) e três o nível de 17 a 18 (baixa legibilidade). Logo, os resultados do presente estudo apontaram que, para a compreensão dos textos analisados, seria necessário que o leitor estivesse cursando ou tenha cursado educação em nível superior. **Conclusão:** Recomenda-se que a abrangência da presente amostra seja expandida e que os hospitais adotem medidas visando a adequação da legibilidade dos seus termos, frente à população atendida.

Palavras-chave: Consentimento Livre e Esclarecido, Compreensão, Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

ABSTRACT

Introduction: Medical Assistance, Assistance and research, the principles initiated by the Nuremberg Code, were materialized through written documents called Consent Forms. The present study aims to assess the understanding of the consent form in hospitals in the state of São Paulo. **Method:** Terms that meet the inclusion criteria were retrieved in the analysis with textual readability analysis, and the specific online assessment instrument of the textual readability program was used: Flesch Readability Test; Gulpease Index; Flesch-Kincaid graduation level; Adapted Gunning cloudiness index; Automated readability index; Coleman-Liau index. **Results:** The present study presents data between texts of terms with: two at level 11 (high readability); eight are from level 13 to 16 (medium readability) and three are from level 17 to 18 (low readability). Therefore, the results of the present study indicated that in order to understand the analyzed terms the reader had to be at a university level course or have graduated from the university. **Conclusion:** It is recommended that sample be expanded and that they hospitals adopt measures that readability of terms.

Keywords: Free and Informed Consent, Understanding, Operative Surgical Procedures

1. INTRODUÇÃO

Um ponto importante na história do estabelecimento do equilíbrio da relação médico-paciente, que afastou do paternalismo outrora predominante na área, foi a edição do Código de Nuremberg, em 1947, em decorrência das atrocidades ocorridas nos campos nazistas, em que o juramento Hipocrático havia sido esquecido (1-2). No Brasil, a Constituição Brasileira de 1988 trouxe em sua fundamentação o respeito à dignidade humana, que se traduziu em um arcabouço legal e regulatório nos anos que se seguiram, reafirmando

a garantia dos direitos e deveres relacionados à prestação de serviços e pesquisa na área da saúde, em especial àqueles de respeito à autonomia dos indivíduos (3). Nos anos anteriores, a literatura já vinha difundindo e sedimentando princípios chamados da bioética, que seriam os da beneficência, justiça, e não maleficência (4).

No âmbito do atendimento assistencial e da pesquisa, estes princípios se materializaram em normas e regulamentos visando a proteção dos indivíduos, como pacientes ou sujeitos de pesquisa, principalmente com a concretização das

informações quanto aos procedimentos aos quais iriam se submeter, riscos e direitos, inclusive de mudança de ideia, por meio de documentos escritos chamados de Termos de Consentimento(5).

No Brasil, a regulamentação da pesquisa com seres humanos ocorreu em 1996 pelo Conselho Nacional de Saúde (6), e na assistência médica, várias foram as orientações no mesmo sentido. Tanto no âmbito regulatório como assistencial, entende-se que tal termo deve ser realizado em duas vias, com linguagem clara e acessível (7), pertinente e suficiente (8).

Não há determinação, contudo, como esta acessibilidade deve ser avaliada e qual o nível de legibilidade mínima. O foco deveria ser na escolaridade do brasileiro médio? Ou talvez no nível de compreensão textual de um indivíduo minimamente alfabetizado?

Em uma breve análise sobre compreensão textual, tem-se que indivíduos de diferentes escolaridades têm significativa diferença da capacidade (9-10). A escolaridade da população brasileira, em pessoas maiores de 25 anos que concluíram o ensino médio, é 48,8% em 2019 (11), e no estado de São Paulo a escolaridade está no índice 65% que concluíram o ensino médio. Então, seria adequado a apresentação de documentos que atingiram apenas metade da população?

O presente estudo teve como objetivo avaliar a compreensão do termo de consentimento cirúrgico apresentado às pessoas que serão submetidas às cirurgias em hospitais no estado de São Paulo no ano de 2022. Trata-se de um projeto piloto, neste momento abrangendo apenas os documentos encontrados online de 13 hospitais, esperando-se que ao final do semestre, possam ser recuperados os termos de todos os hospitais do estado de São Paulo.

2. MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho teve como objetivo a análise da linguagem dos termos de consentimento utilizados em procedimentos cirúrgicos invasivos hospitalares paulistas e a sua leiturabilidade. A busca dos documentos foi realizada em plataforma de dados eletrônica (Google) com os seguintes termos “termo de consentimento livre e esclarecido” juntamente com o operador booleano AND seguido de “procedimento invasivo cirúrgico” e do operador

booleano OR “termo de consentimento informado”. Todos os documentos que atenderam ao critério de inclusão, ou seja, termos de consentimento de procedimento cirúrgico invasivo de hospital do estado de São Paulo foram recuperados na íntegra. Na sequência, foram arquivados no formato PDF sendo identificados pelo nome do hospital, cidade de sua localização, título do documento utilizado como termo de consentimento cirúrgico, e versão ou data do mesmo. Os arquivos continham o logo dos hospitais que foram omitidos antes da codificação para que o pesquisador realizasse a avaliação às cegas. Para lançamento na plataforma e análise dos resultados, os nomes dos hospitais foram omitidos pelo pesquisador, e lançados apenas como letras, atribuídas aleatoriamente a cada documento. Todos os documentos foram recuperados no dia 5 de maio de 2022. Quando não indicavam a versão, a data de sua edição foi buscada nas propriedades do arquivo em World® ou pdf.

Para a análise de legibilidade textual, foi utilizado o instrumento de cálculo específico online do programa análise de legibilidade textual (ALT), por meio da cópia do texto integral original à plataforma. Neste momento, este foi avaliado quanto à manutenção de seu formato original por leitura integral. Havendo desconfiguração quando do "upload" textual na plataforma, o segmento de texto afetado foi corrigido em conformidade ao original. Todos os documentos foram analisados na íntegra pelo software de análise de legibilidade textual que utiliza as fórmulas originais dos índices. A análise textual foi realizada por algoritmos que calculam a quantidade de palavras, sílabas, sentenças e a complexidade das mesmas. Com essa análise foi possível chegar aos resultados dos diferentes índices supracitados contemplando 20 níveis de facilidade de leitura, sendo o nível 0 o de maior facilidade de leitura e o nível 20 o de maior complexidade. Ainda houve a classificação do texto em baixa, média e alta legibilidade (14). Os índices gerados pelo algoritmo refletem seis avaliações de leitura: 1. Teste de facilidade de leitura de Flesch (Flesch) que gera um escore de 0-100 pontos, sendo o valor mais baixo maior legibilidade (15); 2. Índice de Gulpease (Gulpease), que gera um escore de 0-100 pontos, sendo o valor mais baixo maior legibilidade (16); 3. Índice Nível de graduação de Flesch-Kincaid (Flesch-Kincaid) (17); 4. Índice de

nebulosidade de Gunning adaptado (Gunning fog) (18); 5. Índice de legibilidade automatizado (ARI) (19); 6. Índice de Coleman-Liau (Coleman-Liau) (20). Estes últimos quatro índices possuem escore de 0-20 e seguem o mesmo raciocínio de pontuação: quanto menor o escore encontrado maior legibilidade de leitura. Sendo que estes últimos quatro índices possuem escore de 0-20 e seguem o mesmo raciocínio de pontuação: quanto menor o escore encontrado maior legibilidade de leitura. E foi possível realizar avaliação descritiva do texto (comprimento da sentença e complexidade das palavras) com o uso do software (14). Depois que a análise foi realizada, e os dados tabulados, a identificação dos hospitais foi realizada apenas para o lançamento da bibliografia do presente texto.

3. RESULTADOS

Neste projeto piloto, foram analisados 13 documentos. Os documentos foram organizados em tabelas com indicação dos valores dos índices, sendo o resultado final, do nível de leitura, resultante da média aritmética dos índices de nível de graduação do leitor (Flesch-Kincaid + Gunning fog + ARI + Coleman-Liau).

Na tabela 1 abaixo, encontra-se a análise da legibilidade dos termos analisados e os respectivos hospitais de origem.

Tabela 1. Análise da legibilidade do termo selecionado. (n=13)

Hospital, cidade, ano	Título do documento	Legibilidade
A, São Paulo, 2017 (19)	Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias	Nível 17 : Baixa legibilidade - texto difícil. Adequado para pessoas com curso superior
B, São Paulo 2020(20)	Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias	Nível 13 : Média legibilidade - Dificuldade média. Pode ser bem compreendido por universitários em início da graduação
C, São Paulo, 2014 (21)	Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias	Nível 15 : Média legibilidade - dificuldade média. Pode ser bem compreendida por universitários
D, São Paulo, 2018 (22)	Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias	Nível 17 : Baixa legibilidade - texto difícil. Adequado para pessoas com curso superior
E, São Paulo, 2018 (23)	Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias	Nível 15 : Média legibilidade - dificuldade média. Pode ser bem compreendido por universitários
F, São Paulo, 2018 (24)	Termo de consentimento para procedimentos cirurgias serviço de cirurgia digestiva	Nível 13 : Média legibilidade - Dificuldade média. Pode ser bem compreendido por universitários em início da graduação
G, São Paulo, 2017 (25)	Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias	Nível 13 : Média legibilidade - Dificuldade média. Pode ser bem compreendido por universitários em início da graduação
H, São Paulo, 2019 (26)	Termo de consentimento livre e esclarecido para colecistectomia laparoscópica com ou sem colangiografia	Nível 11 : Alta legibilidade - texto simples. Adequado para adolescentes entre 16 e 17 anos
I, São Paulo, 2022(27)	Termo de consentimento livre e esclarecido para colecistectomia laparoscópica com ou sem colangiografia	Nível 16 : Média legibilidade - dificuldade média. Pode ser bem compreendida por universitários em final da graduação
J, São Paulo, 2014 (28)	Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias	Nível 18 : Baixa legibilidade - texto difícil. Adequado para pessoas com curso superior

K, São Paulo, 2021 (29)	Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias	Nível 13 : Média legibilidade - Dificuldade média. Pode ser bem compreendido por universitários em início da graduação
L, Ribeirão Preto, 2018(30)	Termo de consentimento para procedimentos cirurgia de colecistectomia c/ e sem colangiografia	Nível 11 : Alta legibilidade - texto simples. Adequado para adolescentes entre 16 e 17 anos
M, São Paulo, 2022(31)	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para endoscopia digestiva baixa (Colonoscopia) diagnóstica	Nível 16 : Média legibilidade - dificuldade média. Pode ser bem compreendida por universitários em final da graduação

Na tabela 2, foram apresentados os resultados dos testes: Facilidade de leitura de Flesch (13); Índice de Gulpease (14); Índice Nível de graduação de Flesch-Kincaid (15); Índice de nebulosidade de Gunning adaptado (16); Índice de legibilidade automatizado (ARI) (17); Índice de Coleman-Liau (18) conforme apresentados pelo software de análise textual (12)

Tabela 2. Avaliação dos parâmetros de índice de legibilidade do texto. (n=13)

Hospital, cidade, ano	Flesch	Gulpease	Flesch-Kincaid	Gunning ad	ARI	Coleman-Liau	Final
A, São Paulo, 2017 (19)	6,3	39,9	18,5	16,4	18,7	18,7	18,075
B, São Paulo 2020(20)	32,5	52,6	13,2	11,8	12,5	14,8	13,075
C, São Paulo, 2014 (21)	21	47,6	15	12	14,7	17,1	14,7
D, São Paulo, 2018 (22)	12,8	42,6	17,7	15,6	17,5	17,1	16,975
E, São Paulo, 2018 (23)	28,5	50,9	13,6	11,4	13,4	16,3	13,675
F, São Paulo, 2018 (24)	32,4	52,2	13,2	11,4	12,7	14,9	13,05
G, São Paulo, 2017 (25)	32,1	54,2	12,8	11,2	12,3	15,4	12,925
H, São Paulo, 2019 (26)	39,4	65,6	10,9	9,3	9,8	13,9	10,975
I, São Paulo, 2022(27)	17,3	45,9	16	13,7	15,4	16,9	15,5
J, São Paulo, 2014 (28)	9,6	41,1	18,2	17,3	18,3	17,8	17,9
K, São Paulo, 2021 (29)	32,7	52,1	13,4	11,8	12,6	14,5	13,075
L, Ribeirão Preto, 2018(30)	458	59,6	10,8	10,1	9,8	12,7	10,85
M, São Paulo, 2022(31)	27,8	47,8	16	16,7	15,6	13,8	15,525

Por último, na tabela 3, há a análise descritiva dos textos, considerando o número de letras, sílabas, palavras e sentenças, bem como o número e porcentagem de palavras complexas, cuja correlação indica a complexidade da leitura textual.

Tabela 3. Descritivo dos textos analisados. (n=13)

Hospital, cidade, ano	Letra	Sílaba	Palavra	Sente nça	Letra /Palavra	Sílaba /Palavra	Palavra /Sentença	Palavra complexa	Palavra complexa %
A, São Paulo, 2017 (19)	1424	623	220	10	6,2	2,7	22,9	62	27,1
B, São Paulo 2020 (20)	2760	1220	495	32	5,6	2,5	15,5	109	22
C, São Paulo, 2014 (21)	967	421	161	10	6	2,6	16,1	35	21,7
D, São Paulo, 2018 (22)	2064	914	348	15	5,9	2,6	23,2	78	22,4
E, São Paulo, 2018 (23)	1783	788	303	21	5,9	2,5	14,4	69	22,8
F, São Paulo, 2018 (24)	3413	1500	609	39	5,6	2,5	15,6	119	19,5
G, São Paulo, 2017 (25)	1982	863	345	26	5,7	2,5	13,3	85	24,6
H, São Paulo, 2019 (26)	4128	1814	738	80	5,6	2,5	9,2	187	25,3
I, São Paulo, 2022(27)	2845	1261	479	26	5,9	2,6	18,4	119	24,8
J, São Paulo, 2014 (28)	1150	506	190	8	6,1	2,7	23,8	57	30
K, São Paulo, 2021 (29)	2889	1281	523	32	5,5	2,4	16,3	104	19,9
L, Ribeirão Preto, 2018(30)	4162	1838	794	61	5,2	2,3	13	156	19,6
M, São Paulo, 2022(31)	4453	2004	840	33	5,3	2,4	25,5	186	22,1

4. DISCUSSÃO

A legibilidade de um texto está relacionada com a escolaridade do público alvo para qual o mesmo foi direcionado, logo, é possível analisar a adequação do texto para a escolaridade do leitor.

Os testes de facilidade de leitura de Flesch e Gulpease apresentam variação de 0-100, sendo cem um texto muito simples, e zero indica um texto de compreensão extremamente difícil (13-14) . Os demais testes apresentam variação de 0-20, de tal modo que o nível obtido representa o total de anos de estudo que uma pessoa deve ter para poder compreender bem o texto, sendo realizada a Fórmula Final a partir desses (15-18). Dessa forma, nível de legibilidade 6 são para crianças no sexto ano do fundamental e 17 são considerados voltados para graduados e pós-graduandos. No presente estudo foi possível observar que 86% dos termos requerem no mínimo estar cursando o nível superior para conseguir entender o termo, esse fato pode ser considerado preocupante uma vez que no Brasil apenas 21% da população possui nível superior (33). O presente estudo apresentou variação entre textos dos termos com: dois no nível 11 (alta legibilidade); oito no nível de 13 a16 (média legibilidade) e três no nível 17 a18 (baixa legibilidade).

A escolaridade da população brasileira, em pessoas maiores de 25 anos que concluíram o ensino médio, era de 48,8% em 2019 (11). No estado de São Paulo a escolaridade atinge o índice de 65% quando se observam aqueles que concluíram o ensino médio entre 18-24 anos. Tem -se que, em 2008, 51% da população concluiu o ensino médio, porém não continuou os estudos. A maior discrepância está na situação socioeconômica, com média de 30% entre os mais pobres e 89% na classe rica (33). O Brasil ainda apresenta como dificuldade o aprendizado efetivo, com cerca de 34% de alfabetismo rudimentar entre os que estão nos anos finais do fundamental e 22% dos que estão no ensino médio (34-35).

Em estudo com 793 pacientes em hospitais públicos e privados que analisou a legibilidade dos TCLE e a aceitação do sujeito da pesquisa por estado demográfico, fatores sociais, relação risco-benefício e nível de instrução. encontrou-se que os TCLE apresentavam alto grau de dificuldade de leitura o que influencia a relação risco-benefício (36) .

Na amostra do presente estudo, a maioria dos hospitais eram da rede particular de alto nível de atendimento particular, o que pode introduzir viés importante na amostra, já que nestes locais é atendida uma população porventura com maior escolaridade.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliação da compreensão do termo de consentimento cirúrgico de pessoas que serão submetidas à cirurgias em hospitais no estado de São Paulo no ano de 2022. Na amostra deste projeto piloto, embora não representativa do Estado de São Paulo que apresenta 843 hospitais particulares (37), houve abrangência de hospitais de grande porte e relevância da capital. Os resultados indicaram que os termos cirúrgicos apresentados aos pacientes paulistas se afastam da normativa legal e regulatória que exigem acessibilidade, uma vez que na sua quase totalidade exigiam um alto grau de escolaridade para sua compreensão, o que representa que estariam atingindo menos da metade da população em termos de compreensão. Recomenda-se, portanto, que o estudo continue e acabe por abranger na totalidade os hospitais paulistanos, e que, frente aos presentes resultados, os hospitais já possam adotar medidas visando aprimorar a legibilidade dos seus documentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castilho, E. A. D.; Kalil, J. . Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 38, 344-347.2005
2. Brasil. Ministério da Saúde . Capacitação para comitês de ética em pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
4. Beauchamp, T. L., Childress. J. F. *Principles of biomedical ethics*. Inglaterra: Edições Loyola, 1994.
5. Rodrigues F., E., Prado, M. M. D., Prudente, C. O. M. (2014). Compreensão e legibilidade do termo de consentimento livre e esclarecido em pesquisas clínicas. *Revista Bioética*, 22, 325-336.
6. Brasil: Ministério da Saúde; Conselho Nacional

- de Saúde. (1996); Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União*.
7. Conselho Federal de Medicina. Recomendação CFM nº 1/2016. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica [Internet]. 21 jan 2016 [acesso 22 agosto de 2022]. Disponível: <https://bit.ly/2Pokq4y>
 8. Flory, J., Emanuel, E. (2004). Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: a systematic review. *Jama*, 292(13): 1593-1601.
 9. Rodrigues Filho, E.; Prado, M. M. P., Martins. C. O. "Compreensão e legibilidade do termo de consentimento livre e esclarecido em pesquisas clínicas." *Revista Bioética* 22(2014): 325-336. colocar no formato correto
 10. Biondo-Simões, M. D. L. P. ; Martynetz, J., Ueda, F. M. K. ; Olandoski, M. (2007). Compreensão do termo de consentimento informado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34:183-188.
 11. Educação, P. N. A. D. (2020). Mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio. *Agência IBGE notícias*, 15.
 12. Souza, M. P. M. ; Moreno, G. C. L. ; Hein, N. ; Kroenke, A. , ALT - Análise de Legibilidade Textual. [cited 2022may05] [Online]. Disponível em: <https://legibilidade.com/>.
 13. Flesch, R. "How to write plain English." *University of Canterbury*. Available at <http://www.mang.canterbury.ac.nz/writing_guide/writing/flesch.shtml> [Retrieved 5 February 2016] (1979).
 14. Lucisano, P.; Piemontese, M. E. GULPEASE: una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana. *Scuola e città* 3.31(1988): 110-124.
 15. Kincaid, P.; Fishburne, R. P.; Rogers, R. L.; Chissom, B. S. Derivation Of New Readability Formulas (Automated Readability Index, Fog Count And Flesch Reading Ease Formula) For Navy Enlisted Personnel". Educational Research Bulletin. Relatório de pesquisa. Disponível em <https://stars.library.ucf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1055&context=istlibrary> (1975).
 16. R. Gunning. The Technique of Clear Writing. New York: McGraw-Hill, 1952.
 17. Smith, E. A.; Senter, R. J. Automated Readability Index. Aerospace Medical Division, 1967. Disponível em <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/AD0667273.pdf>. [cited 2022may05].
 18. Coleman, M. ; Liao, T. A Computer Readability Formula Designed for Machine Scoring. *Journal of Applied Psychology*, 60(2): 283-284, 1975.
 19. Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. TCLE (Termo de Consentimento Livre E esclarecido) para procedimento cirúrgico ou invasivo - BP [Internet]. TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) para procedimento cirúrgico ou invasivo. 2017 [cited 2022may05]. Available from: <https://www.bp.org.br/media/202110/amarelo-ok-bp-86510-tcle-p-procedimento-cirurgico-ou-invasivo-af.pdf>
 20. Alemão Oswaldo Cruz H. Termo de esclarecimento, Ciência E Consentimento (Consentimento ... [Internet]. Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento (Consentimento Informado) para Procedimentos Invasivos e Cirurgias. 2019 [cited 2022may05]. Available from: <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/wp-content/uploads/2017/02/HAOC-Termo-de-Consentimento-para-Cirurgia.pdf>
 21. Hospital do Coração. Home - área médica [Internet]. Termo de Esclarecimento, ciência e consentimento para procedimentos específicos (cirurgias e procedimentos invasivos). 2021 [cited 2022may05]. Available from: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2020/05/termo-de-consentimento-cirurgias-e-procedimentos-invasivos.pdf>
 22. Hospital Santa Catarina. Termo de Ciência e Consentimento Informado para realização de ... [Internet]. Termo de ciência e consentimento informado para realização de procedimentos cirúrgicos e invasivos. 2018 [cited 2022may05]. Available from: <http://www.hospitalsantacatarina.org.br/Documents/Termo%20Proc%20Cirurgicos%20Invasivo%20-%20HSC.pdf>
 23. Hospital Santa Paula. Termo Consentimento cirúrgico - hospital santa paula [Internet]. Termo de Consentimento para procedimento cirúrgico. 2018 [cited 2022may05]. Available from: <http://www.santapaula.com.br/Arquivos/Termo-consentimento-cirurgico.pdf>

24. Hospital São Vicente de Paulo. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Serviço de Cirurgia Digestiva - HSVP [Internet]. Termo de Consentimento livre e esclarecido serviço de cirurgia digestiva. 2018 [cited 2022may05]. Available from: https://hsvp.com.br/painel/admin/upload/arquivos/30_ream_58_arq593.pdf
25. Hospital Moriah. Termo Proc Invasivos cirurgias - hospitalmoriah.com.br [Internet]. Termo de Ciência e consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias. 2017 [cited 2022may05]. Available from: https://www.hospitalmoriah.com.br/wp-content/uploads/2018/01/Termo_Proc_Invasivos_Cirurgias.pdf
26. Hospital São Francisco - Hospital São Francisco [Internet] - Consentimento informado para colecistectomia com ou sem colangiografia 2019 [cited 2022may05]. Available from: <https://storagegsfportalprod.blob.core.windows.net/cms/70f0c26a062e4339a34e44f80a608873.pdf>
27. Hospital Nove de Julho. Hospital 9 de Julho [Internet]. Termo de consentimento livre e esclarecido para colecistectomia laparoscópica com ou sem colangiografia. 2022 [cited 2022may05]. Available from: <https://www.h9j.com.br/>
28. Hospital São Luiz [Internet] - Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias [cited 2022may05]. Available from: <https://www.h9j.com.br/>
29. Hospital Albert Einstein. [Internet]. Termo de consentimento para procedimentos invasivos e cirurgias. 2021 [cited 2022may05]. Available from: <https://medicalsuite.einstein.br/Servicos/Paginas/consentimentos-informados.aspx>
30. Hospital Unimed Ribeirão Preto. Termo de Consentimento cirúrgico - hospital Unimed Ribeirão preto [Internet]. Termo de Consentimento Cirúrgico - Hospital Unimed Ribeirão Preto. 2018 [cited 2022may05]. Available from: <https://termoconsentimento.unimedribeirao.net/>
31. Ribeirão Preto Hdas Cda Fde M. [Internet]. Termo de consentimento livre e esclarecido para endoscopia digestiva baixa (colonoscopia) diagnóstica. 2022 [cited 2022may05]. Available from: <https://site.hcrp.usp.br/>
32. Salata, A. (2018). Ensino Superior no Brasil das últimas décadas: redução nas desigualdades de acesso?. *Tempo Social*, 30, 219-253.
33. Fundação Seade. Estado de São Paulo 2006 - Fundação Seade [Internet]. Escolaridade - Pesquisa de Condições de Vida – 2006. 2008 [cited 2022 may 05]. Available from: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/pcv/pdfs/escolaridade.pdf>
34. Inalf. Alfabetismo no Brasil [Internet]. Indicador de Alfabetismo Funcional. 2020 [cited 2022may05]. Available from: <https://alfabetismofuncional.org.br/alfabetismo-no-brasil/>
35. Lourenço T. Escolas Brasileiras Ainda Formam Analfabetos Funcionais [Internet]. *Jornal da USP*. 2020 [cited 2022may05]. Available from: <https://jornal.usp.br/atualidades/escolas-brasileiras-ainda-formam-analfabetos-funcionais/>
36. Souza, M. K., Jacob, C. E., Gama-Rodrigues, J., Zilberstein, B., Cecconello, I., Habr-Gama, A. (2013). Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): fatores que interferem na adesão. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 26:200-205.
37. Federação Brasileira de Hospitais, Confederação Nacional de Saúde. [Internet]. Cenário dos Hospitais no Brasil. 2021 [cited 2022Sep15]. Available from: https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios_2020.pdf

ASFIXIA AUTOERÓTICA - QUANDO A VERGONHA MARCA A CENA AUTOEROTIC ASPHYXIA - WHEN SHAME TAKES THE SCENE

O autor informa não haver conflito de interesse

RELATO DE CASO recebido 09/10/2022 aceito em 16/03/2023

Como citar: Durão C. Asfixia autoerótica - quando a vergonha marca a cena. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230309
<https://dx.doi.org/10.47005/230309>

Carlos Durão ⁽¹⁾ ⁽²⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4799-4842>

⁽¹⁾ Hospital Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal

⁽²⁾ Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Portugal.

e-mail: drcarlosdurao@hotmail.com

RESUMO

A morte autoerótica é definida como a morte acidental que ocorre durante a atividade sexual individual e solitária, em que algum tipo de instrumento ou aparato foi utilizado para aumentar a estimulação sexual da vítima, dando origem a uma morte não intencional. Apresentamos o relato da autópsia de um homem de 50 anos enviado para autópsia com história de suicídio por enforcamento. As características das vestimentas da vítima, das manchas de sêmen na roupa, com a presença de papel higiênico junto destas, sugerindo masturbação, e a ausência de um sulco bem marcado de enforcamento, pela proteção de uma espuma utilizada pela vítima, permitiu a reconstituição do provável mecanismo produzido pela vítima na sua asfixia, com o auxílio de uma corda e de um elástico preso ao tacão de um sapato alto, que ao se quebrar, terá produzido o acidente mortal. A descrição deste caso é importante para alertar para o conceito da morte autoerótica e evitar a interpretação errônea da etiologia médico legal, permitindo que casos acidentais sejam interpretados como suicídios, ou mesmo que mortes naturais sejam interpretadas como mortes autoeróticas sem que para isso se enquadrem no conceito de morte autoerótica, que por definição deve ser sempre uma morte acidental.

Palavras-chave: morte autoerótica, asfixia autoerótica, autópsia.

ABSTRACT

Autoerotic death is defined as accidental death that occurs during individual and solitary sexual activity in which some type of instrument or apparatus was used to increase the victim's sexual stimulation leading to an unintentional death. We present the autopsy report of a 50-year-old man presented for autopsy with a history of suicide by hanging. The characteristics of the victim's clothes, the semen stains on the clothes, with the presence of toilet paper next to them, suggesting masturbation and the absence of a hanging groove due to protective foam used by the victim, allowed the reconstitution of the probable mechanism produced by the victim in his asphyxia with the help of a rope and an elastic band attached to the heel of a high shoe, which, when broken, would have produced the fatal accident. The description of this case is important to alert to the concept of autoerotic death and avoid the misinterpretation of the legal medical etiology, allowing accidental cases to be interpreted as suicides, or even natural deaths to be interpreted as autoerotic deaths without fitting into the concept of autoerotic death, which must always be an accidental death.

Keywords: autoerotic death, autoerotic asphyxia, autopsy.

1. INTRODUÇÃO

A morte autoerótica é bem definida, segundo Sauvageau e Geberth, como a morte acidental que ocorre durante a atividade sexual individual e solitária em que algum tipo de instrumento ou aparato foi utilizado para aumentar a estimulação sexual da vítima na origem de uma morte não intencional (1). A hipoxifilia é um fenômeno recorrente na medicina forense, mas apesar de sua recorrência, são raros os relatos (2). Os casos de morte autoerótica ainda são de mais rara descrição na língua portuguesa. A sua identificação e sobretudo a sua documentação costuma ser dificultada pela intervenção de terceiros, que manipulam e descaracterizam a vítima ou desfazem o local da morte, em regra, imbuídos por natural e opróbrio sentimento. A vergonha da cena, que motiva a sua rápida descaracterização por quem encontra o cadáver e muito das vezes

pela pouca experiência de quem atua na perícia destes casos, pode permitir uma interpretação errônea da etiologia médico legal, permitindo que casos acidentais sejam interpretados como suicídios, ou mesmo que mortes naturais sejam interpretadas como mortes autoeróticas sem que para isso se enquadrem no conceito de morte autoerótica, que por definição deve ser sempre acidental.

2. RELATO DE CASO

Apresentamos o relato de um homem de 50 anos encontrado, já cadáver, por familiares que relataram que teriam achado a vítima suspensa por uma corda que, entretanto, foi cortada.

O cadáver deu entrada no serviço de patologia forense com história de suicídio. A vítima vestia apenas uma camiseta, “collants” e cuecas que continham umas folhas de papel higiênico cuidadosamente dobradas, além de uma longa

corda que permitia reconstruir uma laçada no pescoço, com a presença de um anteparo macio entre o pescoço e o laço. Após a reprodução deste laço observou-se a presença de um tênue sulco, muito pouco marcado, pela proteção deste anteparo de espuma. Os achados necroscópicos revelaram acentuada congestão visceral e presença de petéquias subpleurais, sinais inespecíficos, mas compatíveis com sinais gerais de asfixia. O exame toxicológico foi negativo para drogas de abuso, medicamentos e etanol. A histologia foi compatível com os achados macroscópicos de congestão, não revelando outros achados patológicos.

A forma como se encontrava cuidadosamente dobrado o papel higiênico, a presença dos *collants*, a posição peniana demonstrada pelos seus livores, compatíveis com eventual ereção recente, eram compatíveis com um gesto de masturbação.

Diante da suspeita de morte autoerótica levantada pela observação cadavérica, foram solicitadas as fotografias do local de morte. Nas fotos do local, foi possível observar a presença de um par de sapatos femininos, cujo tacão de um dos pés estava partido e ainda com a presença de laços que se comunicavam com o restante do aparato, que incluía um forte elástico, que a vítima teria usado de forma a permitir um gesto de hipóxia. Foi justamente a quebra deste tacão, deixado no local de morte, que provavelmente terá desencadeado o acidente que culminou no desfecho fatal (fig.1).



Fig. 1: Foto do local de morte onde foi possível observar os sapatos altos usados pela vítima durante o mecanismo de asfixia autoerótica. A vítima controlava a força e a intensidade da laçada da corda disposta no pescoço e presa ao sapato por um engenho produzido pela própria vítima. A

quebra do tacão de um dos sapatos foi a provável origem da perda do controle do mecanismo de asfixia na origem fatal deste acidente.

3. DISCUSSÃO

A morte autoerótica já tem sido reconhecida há mais de 200 anos, porém muitos casos acabam confundidos como suicídios, uma vez que, antes de 1991, não existia ainda um conceito bem definido sobre a morte autoerótica (3). Hélio Gomes em seu livro Medicina Legal de 1939 faz a seguinte legenda: “pederasta passivo na mesa do necrotério do Instituto Médico-Legal. Suicídio por enforcamento. No ânus do invertido-suicida foi encontrado um membro de madeira. Vejam-se os seios artificiais, a roupa íntima, os sapatos femininos e os balangadans no pescoço” (4). Atualmente, não somente a linguagem seria considerada desatualizada, imprópria ou mesmo ofensiva, mas a própria descrição do caso nos remete para uma possível morte por asfixia autoerótica. Não que suicídios bizarros não possam existir, mas os conceitos à época não seriam muito esclarecedores na definição desta possível morte autoerótica.

Aliás, ainda hoje persistem dúvidas e falsas interpretações que interferem não somente com a investigação do caso em questão, mas também com o contexto social, epidemiológico e nas diversas implicações jurídicas que estas podem ter. A indenização de um seguro de vida pode não ser paga, ao se declinar uma morte por suicídio, quando o suicídio é uma exclusão de garantia contratual, da mesma forma que uma morte violenta, de etiologia acidental, pode ter uma indenização diferente da de uma morte natural. Não se pode esquecer também que, em algumas crenças religiosas, o suicídio tem um contexto muito diferente de uma morte acidental ou natural.

É muito importante distinguir as causas de mortes naturais durante uma atividade autoerótica ou sexual das mortes autoeróticas propriamente ditas. Um enfarte do miocárdio por isquemia do miocárdio, um acidente vascular cerebral por hemorragia subaracnóidea são patologias relativamente comuns durante o esforço físico e, portanto, também frequentes durante a atividade sexual. É evidente que a coincidência da morte

natural durante o ato sexual ou prática autoerótica, embora eventualmente relacionada, não deixa de ser uma morte natural (5).

Suicídios também não podem deixar de serem considerados, particularmente quando existe historial psiquiátrico, como depressão por exemplo. Alguns casos até podem ser confundidos com eventuais homicídios, razão que justifica sempre a investigação, da mesma forma que também homicídios podem acontecer durante práticas autoeróticas e não somente.

Sauvageau esclarece cinco mitos relacionados com as mortes autoeróticas, o primeiro deles é justamente o discutido acima. A morte autoerótica é por definição uma morte acidental, ou seja, se esta morte foi por uma causa natural ou um suicídio, não deve ser definida como morte autoerótica, uma vez que todas as mortes autoeróticas devem ser acidentais pelas definições atuais (6,7). O segundo mito é de que a morte autoerótica pode acontecer com um parceiro ou parceiros sexuais. Mais uma vez, esta não deve se enquadrar na típica definição, uma vez que, como a própria etimologia sugere, “auto” de “a si próprio” e, portanto, devem ser consideradas apenas aquelas que acidentalmente acontecem durante um ato solitário. O terceiro mito é o de que deve ser encontrado um mecanismo de escape que a vítima guarda para manter a sua segurança. Na verdade, este na maioria das vezes nem existe. O quarto mito é o de que as mortes autoeróticas estão sempre relacionadas com a asfixia. Embora a hipoxifilia seja a prática mais comum, existem outras mortes, ainda mais bizarras, como a eletrocussão ou a inserção de desproporcionais corpos estranhos no ânus (7,8). Por último, o quinto mito é o de que a masturbação está sempre presente ou a falsa interpretação do encontro de sêmen como sinal de masturbação. Não somente a masturbação pode não ser evidente na cena, como também a presença de sêmen junto ao pênis ou nas coxas pode ser tão somente um artefato *post mortem*, como as frequentemente encontradas nas asfixias por enforcamentos. No caso em que apresentamos, além da presença destas manchas em vários pontos, a forma como o papel higiênico foi encontrado apontava para o cuidado com que a vítima pretendia ter para sua higiene após uma ejaculação, dando mais evidência de que estas

manchas de sêmen, neste caso, estariam relacionadas com a masturbação.

4. CONCLUSÃO

Este caso demonstra a importância da autópsia médico legal e da correlação dos achados necroscópicos com o local de morte na investigação da etiologia jurídica da morte, demonstrando que aquilo que se acreditava ser um suicídio era, na verdade, uma morte acidental, no contexto de uma asfixia autoerótica. A documentação e o relato destes casos são fundamentais para que os peritos possam estar familiarizados em reconhecer detalhes que costumam ser ocultados de forma que não se descubra a “vergonha da verdade”.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sauvageau A. A Revisitation of the most common methods of autoerotic activity leading to death based on the new standardized classification of asphyxia. *J Forensic Sci.* 2011;56(1):261.
2. Byard RW, Bramwell NH. Autoerotic death - a definition. *Am J Forensic Med Pathol.* 1991;12(1):74–6.
3. Byard RW. Autoerotic death: a rare but recurrent entity. *Forensic Sci Med Pathol.* 2012 Dec;8(4):349-50. doi: 10.1007/s12024-012-9319-0. Epub 2012 Feb 17. PMID: 22350823.
4. Gomes. H. *Medicina Legal*, 2ed. Rio de Janeiro; 1949. p.179.
5. Hazelwood RR, Burgess AW, Groth AN. Death during dangerous autoerotic practice. *Soc Sci Med.* 1981;15E:129–33.
6. Sauvageau, A. Current Reports on Autoerotic Deaths—Five Persistent Myths. *Curr Psychiatry Rep* 16, 430 (2014). <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0430-z>
7. Lohner L, Sperhake JP, Püschel K, Schröder AS. Autoerotic Deaths in Hamburg, Germany: Autoerotic accident or death from internal cause in an autoerotic setting? A retrospective study from 2004-2018. *Forensic Sci Int.* 2020 Aug;313:110340. doi: 10.1016/j.forsciint.2020.110340. Epub 2020 May 16. PMID: 32497993.
8. Hejna P, Zátoková L, Janík M. Rectal explosion: a strange case of autoerotic death. *Int J Legal Med.* 2021 Jan;135(1):307-312. doi: 10.1007/s00414-020-02344-7. Epub 2020 Jun 26. PMID: 32592072

BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DE INCAPACIDADE LABORATIVA POR EPISÓDIO DEPRESSIVO NO BRASIL (2008-2019)

SOCIAL SECURITY BENEFITS DUE TO DEPRESSIVE EPISODE IN BRAZIL (2008-2019)

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO DE REVISÃO recebido 14/11/2022 aceito em 15/03/2023

Como citar: Junior NOS, Junior JSS, Miziara ID. Benefícios previdenciários de incapacidade laborativa por episódio depressivo no Brasil. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230308
<https://dx.doi.org/10.47005/230308>

Nilton da Silva Oliveira Junior ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3072917766111216> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-8457-771X>

João Silvestre Silva-Junior ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8530016527502011> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7541-5946>

Ivan Dieb Miziara ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3120760745952876> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7180-8873>

⁽¹⁾ Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil (autor principal).

⁽²⁾ Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil. (Orientador)

⁽³⁾ Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil (autor secundário)

e-mail: drcarlosduraio@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais e comportamentais corresponderam à terceira principal causa de concessão de benefícios por incapacidade laborativa pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), com destaque para o Episódio Depressivo Maior (EDM). **Objetivos:** Apresentar a frequência de concessão de benefícios previdenciários por incapacidade em decorrência de EDM no Brasil. **Material e método:** Estudo ecológico da base de dados públicos do INSS quanto aos auxílios por incapacidade laborativa concedidos entre 2008 e 2019. **Resultados e discussão:** A média de benefícios concedidos por EDM foi de 56.643 (desvio padrão - dp 6.201). A média masculina foi 16.837 (dp 2.227), ou 29,67% (dp 1,13) e a feminina, 39.806 (dp 4.106), ou 70,33% (dp 1,13). Na área urbana a média foi 55.044 (dp 5.982), ou 97,18% (dp 0,27) e, na rural, 1.599 (dp 267), ou 2,82% (dp 0,27). **Conclusão:** Os benefícios por EDM incapacitante foram concedidos principalmente para mulheres de regiões urbanas e sem relação com o trabalho. Os dados justificam a necessidade de medidas efetivas para mitigar o impacto desses afastamentos nos trabalhadores e reabilitá-los para reinserção no mercado de trabalho.

Palavras-chaves: Transtorno Depressivo, Saúde do Trabalhador, Previdência Social, Afastamento por motivo de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Mental and behavioral disorders corresponded to the third main cause of disability benefits granted by the National Institute of Social Security (INSS), especially the Major Depressive Episode (MDE). **Objectives:** Present the frequency of granting social security benefits for disability due to MDE in Brazil. **Materials and methods:** Ecological study of the INSS public database regarding work disability benefits granted between 2008 and 2019. **Results and discussion:** The average number of benefits granted by MDE was 56,643 (standard deviation - sd 6,201). The male mean was 16,837 (SD 2,227), or 29.67% (SD 1.13) and the female mean was 39,806 (SD 4,106), or 70.33% (SD 1.13). In the urban area, the average was 55,044 (SD 5,982), or 97.18% (SD 0.27) and, in the rural area, 1,599 (SD 267), or 2.82% (SD 0.27). **Conclusion:** Disabling MDE benefits were granted mainly to women from urban and non-work related regions. The data justify the need for effective measures to mitigate the impact of these leaves on workers and rehabilitate them for reintegration into the labor market.

Keywords: Depressive Disorder, Occupational Health, Social Security, Sick Leave.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais corresponderam à terceira principal causa do benefício auxílio por incapacidade laborativa temporária concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) nas últimas duas décadas (1). Destaca-se o Transtorno Depressivo Maior (TDM) (2, 3), que consiste tipicamente em um transtorno de humor, multifatorial, com dimensões psicológicas, biológicas, genéticas e ambientais e que podem estar relacionados à diminuição da serotonina. (4). Tais quadros acometem cerca de 4,5% da população mundial, sendo 3,8% da população das Américas (5). A incidência de casos é de duas mulheres para cada homem, entre os 20 e 40 anos (6).

A TDM pode se apresentar como um Episódio Depressivo Maior (EDM), que consiste principalmente em um quadro com humor deprimido, diminuição do prazer, variação significativa de peso, alterações do sono, fadiga, sentimentos de inutilidade pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida (2, 3).

Considerando o impacto desse transtorno mental para as atividades de vida diária, inclusive quanto à prática laboral, este estudo objetiva apresentar a frequência de concessão de benefícios previdenciários do tipo auxílio por incapacidade decorrentes de EDM no Brasil, no período entre os anos de 2008 e 2019.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico a partir da base de dados públicos divulgados pelo INSS na plataforma “Infologo AEPS” (7) quanto aos benefícios concedidos conforme os seguintes critérios: grupo CID referente a “transtornos mentais e comportamentais”; e grupo principais espécies referente a “auxílio-doença” e “auxílio-doença acidentária”. O primeiro indica um benefício cuja doença ou agravo não tem relação com exposições de risco nos ambientes e condições de trabalho, ou seja, de espécie previdenciário (B31); os benefícios de espécie acidentária (B91) são caracterizados pela perícia médica quando há o reconhecimento de nexos técnico previdenciário por acidente de trabalho, acidente de trajeto, doença do trabalho ou doença profissional (8).

Da planilha resultante, foi selecionada a linha com o código CID-10 F32 - Episódios Depressivos. Os resultados foram analisados conforme sexo (masculino/feminino), clientela (rural/urbano) e espécie (previdenciário/acidentário). Os valores serão mostrados de maneira absoluta e relativa, ao longo do período selecionado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período em análise foram concedidos 2.454.805 benefícios por incapacidade decorrentes de transtornos mentais e comportamentais, com uma média anual de 204.567 (desvio padrão - dp 17.107). A média de benefícios concedidos por EDM entre os anos de 2008 e 2019 foi de 56.643 (dp 6.201), o que representa uma média de 27,69% (dp 2,04) do total de benefícios concedidos por transtornos mentais no período.

O ano de 2008 apresentou o maior número de benefícios concedidos em números absolutos (67.473), enquanto o ano de 2015, apresentou o menor (45.366). Em valores relativos, o ano que apresentou maior número foi 2008 (32,02%) e o ano que apresentou o menor foi 2017 (25,51%) (Tabela 1).

Ano	Transtornos mentais	TDM	%	B31	%	B91	%	Masculino	%	Feminino	%	Urbana	%	Rural	%
2008	67.473	32.02%	32.02%	32.02%	32,02%	34.77	7,88%	21.295	31,30%	46.178	68,44%	65.407	96,94%	2.066	3,05%
2009	56.372	56.246	30,60%	53,34	31,74%	1,81	0,26%	16.525	31,16%	39.825	69,54%	56.462	96,63%	1.796	3,37%
2010	26.812	20.919	29,81%	55,871	33,34%	4.048	6,76%	18.410	30,72%	4.503	69,28%	27.638	96,00%	1.081	3,31%
2011	21.080	59.276	29,03%	55.332	33,34%	3.648	6,86%	17.773	29,93%	4.505	70,02%	57.517	87,03%	1.761	2,87%
2012	21.387	57.985	27,04%	51.571	30,12%	3.414	6,88%	17.066	29,17%	40.888	70,83%	56.544	87,74%	1.658	2,83%
2013	22.849	61.044	25,07%	51.232	35,39%	3.812	6,32%	11.414	29,53%	42.573	71,27%	59.421	97,37%	1.001	2,03%
2014	22.721	50.966	26,73%	55.331	30,37%	3.337	6,63%	16.525	27,98%	42.743	72,12%	57.676	87,81%	1.662	2,89%
2015	176.820	45.366	25,56%	43.031	34,39%	2.275	4,81%	13.004	28,66%	32.362	71,34%	44.208	87,45%	1.158	2,55%
2016	166.673	51.422	28,23%	49.225	35,14%	2.467	4,86%	14.663	28,93%	36.559	71,10%	46.666	87,21%	1.433	2,79%
2017	87.252	46.407	25,51%	44.328	35,29%	2.189	4,74%	13.684	29,43%	32.813	71,57%	45.105	87,01%	1.388	2,99%
2018	219.542	56.767	25,87%	54.222	35,59%	2.545	4,50%	16.676	29,27%	40.189	70,82%	55.252	87,47%	1.435	2,53%
2019	267.846	56.451	27,44%	53.772	35,29%	2.658	4,74%	16.928	30,00%	38.523	70,03%	55.684	87,81%	1.547	2,94%
Média	204.567	56.643	27,69%	53.271	34,13%	3.372	6,87%	16.837	29,67%	38.806	70,33%	55.644	87,16%	1.999	2,82%

TABELA 1 - ESTATÍSTICAS DO TDM

Cabe ao perito médico do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) analisar a plausibilidade das relações entre ambiente/condições de trabalho como causa, ou concausa, de adoecimento incapacitante (8). A média de benefícios da espécie previdenciária foi 53.271 (dp 5.425), que corresponde a uma média de 94,13% (dp 1,22), e a da espécie acidentária foi 3.372 (dp 978), ou 5,87% (dp 1,22). O ano de 2009 foi aquele com maior número de benefícios relacionados ao trabalho (8,26%), enquanto o ano de 2018 teve o maior número de benefícios do tipo auxílio-doença previdenciário (B31) (95,50%).

Uma hipótese para esta diferença é que as ferramentas de análise da Previdência Social não levam em consideração a presença de fatores psicossociais no trabalho para conferir o nexos técnico entre doença e trabalho. Provavelmente, trabalhadores que sofreram exposição ocupacional a tais estressores não tiveram o seu benefício caracterizado como acidentário por dificuldades da perícia médica em reconhecer que os aspectos psicossociais podem contribuir para o adoecimento incapacitante (9).

Cumpre consignar que o perito médico pode exercer sua autonomia decisória e negar a caracterização acidentária do requerimento (10). Em trabalho publicado por Silva-Junior e colaboradores (10), é discutido que a principal justificativa descrita pelos peritos médicos previdenciários para descaracterizar o nexos técnico epidemiológico previdenciário (NTEP) indicado pela lei previdenciária foi que o segurado periciado relatava que a lesão não ocorreu no trabalho.

Com relação ao sexo, a média de benefícios, concedidos por TDM para o sexo masculino foi 16.837 (dp 2.227), o que representa uma média de 29,67% (dp 1,13) e para o sexo feminino foi 39.806 (dp 4.106), ou 70,33% (dp 1,13). O ano de 2008 foi aquele na qual houve o maior número de benefícios concedidos ao sexo masculino (31,56%) e o ano de 2014, ao feminino (72,12%). Era esperada essa maior prevalência de acometimento do sexo feminino (6). Este resultado é similar a outros estudos que discutem a maior frequência de concessão para mulheres (9). Há associação aos determinantes sociais e culturais em que as mulheres estão inseridas, sendo estas submetidas a diversos papéis na sociedade, favorecendo o

aparecimento de sintomas como estresse, ansiedade, depressão, dentre outros. Além disso, as flutuações hormonais que elas possuem, também favorecem o aparecimento de sinais e sintomas que se configuram como esgotamento mental (11).

Para as clientelas, a média de benefícios concedidos por TDM na área urbana foi 55.044 (dp 5.982) e 1.599 (dp 267) para trabalhadores rurais, o que representa, respectivamente, 97,18% e 2,82% do total (dp 0,27). Em 2010 houve um maior número de benefícios concedidos na área rural (3,31%) e em 2019, na urbana (97,61%). Bezerra (12) descreve que o acesso de homens em área urbana com Transtornos Mentais Comuns (TMC) ocorre com maior frequência em serviços particulares, enquanto em área rural o acesso se faz majoritariamente pela atenção básica, com agravantes de distância, barreiras geográficas e pouca oferta de transporte, sendo de elevado custo para a população rural. Esta enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde e dependência da atenção primária à saúde como única alternativa de assistência à saúde. Isto pode justificar a discrepância entre os números de benefícios concedidos entre áreas urbana e rural.

4. CONCLUSÃO

Os dados demonstram que no período de 2008 a 2019 os benefícios por TDM foram concedidos principalmente para mulheres de regiões urbanas, cujos quadros não foram reconhecidos como relacionados ao trabalho. O panorama apresentado neste estudo indica a necessidade de apontar medidas efetivas para promover a saúde mental de trabalhadores mais suscetíveis aos quadros de TDM, assim como intervenções terciárias voltadas a mitigar seus impactos na capacidade laborativa aumentando a chance da reintegração produtiva no trabalho.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SmartLab. Smartlab - Retrato de localidade - Perfil dos Afastamentos INSS [Web Page]. Brasil: SmartLab; 2022 [cited 2022 2022/06/18]. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho]. Available from: <https://smartlabbr.org/sst/localidade/0?dimensao=perfilCasosAfastamentos>.
2. Wells RHC B-NH, Braun R, Israel RA, Laurenti R,

Maguin P, Taylor E. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo 2011.

3. (APA) APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre 2014.
4. Forlenza OV, Miguel EC. Compêndio de clínica psiquiátrica. 1 ed. Barueri - SP: Editora Manole Ltda; 2012. 709 p.
5. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
6. Sanar. Diagnóstico de Depressão segundo o DSM-5: como identificar? 2021 [cited 2022 2022/09/09]. Available from: <https://www.sanarmed.com/classificacao-depressao-dsm-v-pospsq>.
7. BRASIL. Infologo AEPS - Base de Dados Históricos da Previdência Social 2019 [cited 2022 2022/06/25]. Available from: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/inicio.htm>.
8. BRASIL. DECRETO No 3.048, DE 6 DE MAIO DE 1999 BRASIL: BRASIL; 1999 [cited 2022 2022/06/18]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.
9. Silva-Junior JS, Fischer FM. Sickness absence due to mental disorders and psychosocial stressors at work. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(4):735-44.
10. Silva-Junior JSd, Almeida FSeSd, Santiago MP, Morrone LC. Caracterização do nexos técnico epidemiológico pela perícia médica previdenciária nos benefícios auxílio-doença. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2014;39(130):239-46.
11. Bezerra HS, Mirabal IRB. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais e ao acesso aos serviços de saúde mental. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021.
12. Bezerra ENR. Transtornos mentais comuns em homens do contexto urbano e rural: prevalência e fatores associados à saúde mental / Common mental disorders in urban and rural men: prevalence and factors associated with mental health. Brazilian Journal of Development. 2022;8(3):17861-71.

ANÁLISE DO NÚMERO DE CASOS DE ESTUPRO EM UM MUNICÍPIO NO NORTE FLUMINENSE

ANALYSIS OF THE NUMBER OF RAPE CASES IN A MUNICIPALITY IN NORTH FLUMINENSE

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO ORIGINAL recebido 4/11/2022 aceito em 15/03/2023

Como citar: Merat DA, Correa LL, Hentzy RMOC, Silva TC, Cola CSD. Análise do número de casos de estupro em um município no norte fluminense. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230307
<https://dx.doi.org/10.47005/230307>

Danillo Antunes Merat ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6436375396653264> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3786-9036>

Letícia Longue Correa ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0132077435553614> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1250-7795>

Rober Marthan Oliveira de Carvalho Hentzy ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9825767886339153> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-4720-5711>

Thaynara Cabreira da Silva ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2804491662184757> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6132-6608>

Cláudio dos Santos Dias Cola ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3040839528890423> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2184-5112>

⁽¹⁾ Centro Universitário Redentor. Itaperuna-RJ, Brasil. (autor principal)

⁽²⁾ Centro Universitário Redentor. Itaperuna-RJ, Brasil. (co-autor)

⁽³⁾ Centro Universitário Redentor. Itaperuna-RJ, Brasil. (orientador)

e-mail: danillomerat@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Estupro significa toda opressão ao livre exercício da sexualidade de um indivíduo, seja no intuito de reprodução ou busca do prazer, sendo predominante no sexo feminino e menores de idade. **Objetivo:** Analisar os casos de estupro no município de Campos dos Goytacazes/RJ, computando sua incidência, percentual em diversas perspectivas e identificando a prevalência. **Material e métodos:** Realizada por meio de uma pesquisa exploratória e descritiva, com levantamento de dados disponíveis no Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, sendo computados os dados referentes à cidade do Campos dos Goytacazes, Região Norte Fluminense e Estado do Rio de Janeiro, para comparação de informações, entre janeiro e setembro dos anos de 2019 e 2020. **Resultados:** Houve queda do número de denúncias de estupro entre os anos analisados. Dentro dessa perspectiva, questiona-se se houve redução dos casos ou das notificações. Em relação às vítimas, ocorre prevalência de mulheres em relação aos homens, com uma preponderância de vítimas brancas, seguidas das pardas e negras. Quanto à idade, há predominância de menores de idade, bem como de casos que ocorrem no ambiente familiar. **Conclusão:** Pelos dados levantados e analisados, observou-se que Campos dos Goytacazes segue parte dos padrões nacionais e da literatura científica quanto ao estupro, ocorrendo prevalentemente com mulheres, menores de idade e no ambiente familiar, contudo, na cidade há prevalência do crime com as mulheres brancas, enquanto nacionalmente há predominância com negras e pardas. Ainda, ocorreu decréscimo das notificações de violência doméstica, que pode ter ocorrido por diferentes fatores.

Palavras-chave: estupro, violência de gênero, análise de dados.

ABSTRACT

Introduction: Rape means any oppression to the free exercise of an individual's sexuality, whether for the purpose of reproduction or the pursuit of pleasure. **Objective:** Analyzing the cases of rape in Campos dos Goytacazes/RJ, computing its incidence, percentage in different perspectives and identifying the prevalence. **Material and methods:** Conducted through an exploratory and descriptive research, with a survey of data available at the Institute of Public Security of the State of Rio de Janeiro, being computed the data referring to Campos dos Goytacazes, North Fluminense Region and State of Rio de Janeiro, for comparison of information, between January and September of the years 2019 and 2020. **Results:** There was a drop in rape reports between the years analyzed. Within this perspective, it is questioned whether there was a reduction in cases or notifications. Regarding victims, there is a prevalence of women in relation to men, with a preponderance of white victims, followed by brown and black victims. About age, there is a predominance of minors and a predominance of cases that occur in the family environment. **Conclusion:** From the data analyzed, we observed that Campos dos Goytacazes follows part of the national standards and the scientific literature regarding rape, occurring predominantly with women, minors and in the family environment, however, in the city there is a prevalence of crime with white women, while nationally there is a predominance of blacks and browns. Also, there was a decrease in reports of domestic violence, which may have occurred due to different factors.

Keywords: rape, gender-based violence, data analysis.

1. INTRODUÇÃO

Segundo o código penal em seu artigo 213, estupro é constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. (1)

Conforme notado no artigo 213 do código penal, nota-se que o estupro não compreende apenas conjunção carnal, mas também todo ato libidinoso que objetiva satisfazer sexualmente o agressor e que ofenda a moral sexual padrão, sendo unificado o que antes era chamado atentado violento ao

pudor e conjunção carnal - representada pela relação sexual em si. (2)

De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (3), há no país cerca de 180 estupros por dia, tendo tido um crescimento de 4,1% em relação ao ano anterior. Em 2018, houve 66041 registros de violência sexual, sendo que mais de 80% das vítimas eram do sexo feminino, 53,8% tinham até 13 anos sendo que estatisticamente 4 meninas de até 13 anos são estupradas por hora. Tais dados ainda são, conforme o próprio anuário, subestimados uma vez que os crimes sexuais são um dos que apresentam menores taxas de notificação. De acordo com Winzer, apenas 2,4% das vítimas mulheres reportam o caso e ao se tratar dos homens essa porcentagem se aproxima de 0% visto que há, além da vergonha, o medo de retaliação por parte do agressor, do julgamento de outrem e do descrédito nas instituições de justiça. (4)

Destarte, nota-se que o ato da violência sexual é predominante no sexo feminino e em menores de idade. Isso decorre da própria definição de violência já que essa é um fenômeno sociocultural que decorre da assimetria dentro de uma relação hierárquica de desigualdade, sendo mais comum nos grupos de vulnerabilidade - dentro dos quais se encontram mulheres e crianças. Isso reflete ainda um quadro social que é denominado inclusive midiaticamente “cultura do estupro” (representa a maneira corriqueira com que ocorre e não uma exceção no meio social); a construção social dos gêneros, sendo essa basicamente uma forma de legitimar relações de poder entre homens e mulheres; e o patriarcado social que é um sistema de estruturas e práticas sociais na qual o homem domina, oprime e explora a mulher. (5)

Ao analisar o estupro, há ainda a questão probatória. Para condenação do sujeito ativo que praticou o crime contra a dignidade sexual é necessária a comprovação da autoria do ato e materialidade do delito a fim de aplicar o direito ao caso concreto. (6) Tal comprovação pode se dar por meio de documentos (tais quais fotos, vídeos, laudos psicológicos), por prova testemunhal (incomum nessa tipologia criminal visto que na maioria dos casos o estupro ocorre longe dos olhares de outrem), por meio de exame de corpo de delito (perícia que comprova materialidade do ato quando o mesmo deixa vestígios conforme o

artigo 158 do Código de Processo Penal) ou pela declaração da vítima. Essa muitas vezes é a única prova e perpassa por interpretações legais e sociais pautadas pela construção de um imaginário de mulher honesta e do julgamento da conduta da vítima. (7-8)

2. OBJETIVOS

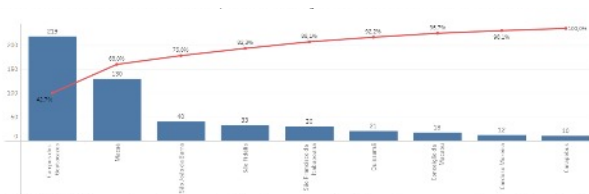
O estudo tem como propósito analisar o número de casos de estupro de um município no Estado do Rio de Janeiro, computando sua incidência e percentual em diversas perspectivas e buscar identificar a prevalência de casos de estupro na cidade de Campos dos Goytacazes-RJ.

3. MATERIAL E MÉTODO

No presente trabalho, foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva, com levantamento de dados disponível no Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro. Os dados foram computados referentes à cidade do Campos dos Goytacazes, Região Norte Fluminense e Estado do Rio de Janeiro sendo realizada uma comparação de informações de casos, nos meses de Janeiro a setembro, entre 2019 e 2020. O artigo obteve dados comparativos entre os sexo e autor para estabelecer confronto de dados e, além disso, foram estabelecidos percentuais comparativos do período selecionado com o anterior - janeiro de 2018 a setembro de 2019. A avaliação dos dados foi feita através do “monitoramento por área”, “relatório por área” e “grupos vulneráveis” presentes no site do Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro. Ademais, foram selecionados artigos, do banco de dados Scielo e Google Acadêmico, além de revistas científicas, para complementação da discussão e confronto de dados nacionais.

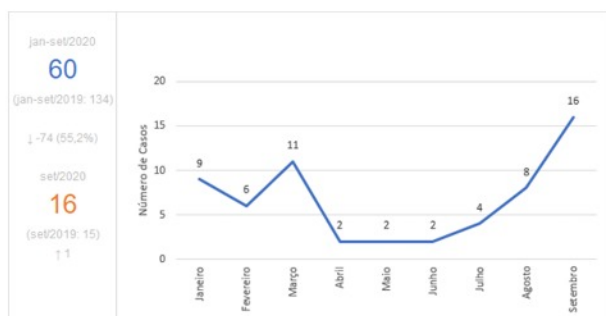
4. RESULTADOS

Segundo dados disponíveis no Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, a incidência de casos na cidade de Campos dos Goytacazes entre janeiro de 2019 e setembro de 2020 é de 219 casos, com percentual de 42,7% dos casos do norte fluminense (gráfico 1), e em comparação ao período anterior, com 275 casos, existe uma redução de 20,4% dos casos entre os anos.



Graf. 1: Gráfico evidenciando a incidência e percentual de estupro no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020 na Cidade de Campos dos Goytacazes.

A cidade Campos dos Goytacazes no período de janeiro a setembro de 2019 apresentou 134 casos e em janeiro 2020 a setembro do mesmo ano, foram relatados 60 casos, revelando uma variação de 55,2%. Em setembro de 2019, a cidade referiu 15 casos e no ano de 2020, 16 casos (gráfico 2).



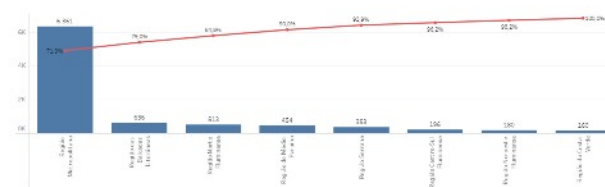
Graf. 2: Gráfico expondo o número de casos na cidade de Campos dos Goytacazes no período de janeiro a setembro de 2020.

Ademais o número de casos no Estado do Rio de Janeiro no período de janeiro a setembro de 2019 foi de 4.074 e no ano de 2020, nesse mesmo período foram relatados 3.403 casos (gráfico 3), apresentando uma variação de -16,5%. Já em setembro de 2019, o número de casos foi de 482 e em 2020, 481, evidenciando uma variação de -0,2%.



Graf. 3: Gráfico expondo o número de casos presentes no Estado do Rio de Janeiro no período de janeiro a setembro de 2020.

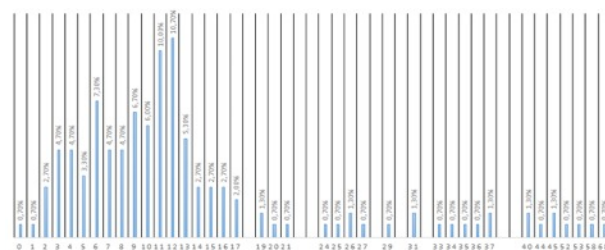
Em paralelo, os dados da região Norte Fluminense indicam que a incidência de casos de estupro é de 513, com percentual de 5,8% (gráfico 4). No período anterior, a região obteve 554 casos. Portanto, comparando o período selecionado do estudo com o período anterior (janeiro de 2018 a setembro de 2019) temos uma variação de 7,4% de casos.



Graf. 4: Gráfico evidencia a incidência e percentual de estupro na Região Norte Fluminense.

Analisando dados em relação aos grupos vulneráveis, no ano de 2019 a Cidade de Campos dos Goytacazes relatou 15 vítimas do gênero feminino, representando um percentual de 93,8%, enquanto, o sexo masculino evidenciou 6,3% dos casos. O Estado do Rio de Janeiro apresentou nesse mesmo período 5.450 casos de estupro, sendo que 86,0% das vítimas são do sexo feminino, 12,8% do sexo masculino e 1,2% das vítimas não foram informados.

Dados apresentados em “grupos vulneráveis” pelo Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro na cidade de Campos dos Goytacazes demonstram que 3,8% dos estupros ocorreram em ambiente familiar - mãe, pai, padrasto ou madrasta. Ademais, com relação à idade das vítimas, dados mostraram que crianças na faixa etária de 12 anos foram as mais acometidas no ano de 2019, representando 10,7% conforme pode ser visto no gráfico 5.



Graf. 5: Gráfico evidenciando a % do total de vítimas versus idade na Cidade de Campos dos Goytacazes.

5. DISCUSSÃO

Analisando os resultados, nota-se que houve uma queda da denúncia de estupro entre os anos de 2019 e 2020. Dentro dessa perspectiva, questiona-se se houve redução dos casos ou das notificações. Em um paralelo com a violência doméstica e crimes contra mulheres dentro dos mesmos períodos, analisada por Lobo, tal autor também constatou um decréscimo nos registros de boletins de ocorrência em torno desses crimes. Contudo, paradoxalmente em suas análises foi notado que os índices de atendimento à violência doméstica documentado pela Polícia Militar sofreram um aumento exponencial tal qual o feminicídio. (10) De acordo com Gomes, o estupro se relaciona diretamente com esses outros crimes e aos crimes de assédio uma vez que na sua busca de dados notou que dos 57% dos crimes de violência sexual ocorriam no ambiente familiar e apenas 13% nos espaços públicos. (11) Assim sendo, questiona-se a veracidade dos números relatados e encontrados no Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro frente aos números reais visto que, segundo Oliveira, a maior parte das vítimas não registra queixa por constrangimento, humilhação e por medo da reação de conhecidos, autoridades e do autor do crime. (12)

Em relação a análise das vítimas, nota-se uma grande prevalência tanto na cidade de Campos dos Goytacazes como no estado do Rio de Janeiro de mulheres em relação a homens. Isso vai ao encontro da literatura, como no perfil epidemiológico da violência sexual a nível Brasil desenhado por Graciano, Almeida e Carneiro. (13) Nesse estudo notou-se que a violência sexual no sexo feminino é até três vezes mais frequente do que nos homens, sendo esse cenário correlato com a construção histórica patriarcal da desigualdade de gênero, da mulher como ser frágil e submissa consoante Oliveira e Resende. (14)

Outrossim, dentro dessa população feminina, pode-se ainda analisar as vítimas conforme cor/raça. Em dados de Cerqueira, Coelho e Ferreira, observou-se que havia prevalência das indígenas, seguida de amarelas, negras e brancas a nível Brasil.

Conquanto, na base do ISP em relação ao município de Campos dos Goytacazes essa proporção não é constatada, tendo nessa região uma preponderância de vítimas brancas, seguidas das pardas e negras. (15)

No tocante a idade, por sua vez, os dados analisados apontam que há uma preponderância de menores de idade dentre os agredidos. Tal fato ratifica o encontrado em literatura. Cerqueira, Coelho e Ferreira (2017)¹⁶ constataram em sua pesquisa que 70% das vítimas pertenciam a esse grupo. Vanzeler et al. demonstram ainda que destes, as crianças e adolescentes constituem parte de uma das populações mais atingidas pela violência sexual que neste caso pode ser enquadrada sob o preceito de estupro de vulnerável quando o agredido é menor de 14 anos. (16)

No que tange a relação da vítima, principalmente dentro do grupo de vulnerabilidade, com o agressor, notou-se que há predomínio dos casos em que o estupro decorre do próprio ambiente familiar. Essa constatação ratifica o exposto por Sanches que em revisão notou-se que há prevalência da violência sexual intrafamiliar, tendo esta, assim, um caráter doméstico. (5) Ademais, Graciano, Almeida e Carneiro analisam o vínculo entre vítimas e autores e concluem que 40% dos estupradores de criança pertencem ao círculo familiar próximo e ainda há para além desse percentual os conhecidos e familiares distantes, sendo uma minoria dos casos correlacionadas a desconhecidos. No que concerne a vítimas maiores de idade, há uma inversão desse quadro - a maioria dos agressores são desconhecidos e num segundo plano amigos, conhecidos e familiares da vítima. (13)

6. CONCLUSÃO

Por fim, pelos objetivos relatados, dados levantados e por toda análise realizada observamos que a cidade de Campos dos Goytacazes segue parte dos padrões observados nacionalmente e na literatura científica quanto ao estupro, por meio dos dados divulgados pelo Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, ocorrendo prevalentemente com mulheres, menores de idade e dentro do próprio ambiente familiar, contudo, na mesma cidade há prevalência do crime com as mulheres brancas, sendo que nacionalmente há predominância de

mulheres negras e pardas afetadas. Além disso, ocorreu um decréscimo das notificações de violência doméstica entre os períodos analisados, diferente do disposto no país, que pode ter ocorrido por fatores como o medo de retaliação por parte dos abusadores e até mesmo membros da própria família.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União.
2. Vanalli IC. Aspectos e Desdobramentos dos crimes contra a liberdade sexual no código penal brasileiro. Trabalho de conclusão do curso de graduação em Direito. Araraquara: Universidade de Araraquara; 2019.
3. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública. São Paulo; 2019.
4. Winzer L. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 7(32):1-16.
5. Sanches LC, Araujo G, Ramos M, Rozin L, Rauli PMF. Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. *Rev. Iberoamericana de Bioética*. 2019; 1(9):1-13.
6. Cuzma AG. Falsas comunicações de Estupro e a Síndrome da Mulher de Potifar: a dificuldade probatória em crimes sexuais. Trabalho de conclusão do curso de graduação em Direito, Umuarama: Universidade Paranaense; 2020.
7. Leite MS, Lima MF, Camargo BC. Coerção e consentimento no crime de estupro: a valoração dos atos sexuais em um campo de disputas. *Cad. Espaço Feminino*. 2020; 33(1):198-216.
8. Sperandio VB. O valor probatório da palavra da vítima nos crimes contra a dignidade sexual [internet]. Jusbrasil. 2017 [acesso em 19 de set de 2020] Disponível em: <https://vbsperandio.jusbrasil.com.br/artigos/446462884/o-valor-probatorio-da-palavra-da-vitima-nos-crimes-contra-a-dignidade-sexual?ref=serp>
9. Instituto de Segurança Pública (ISP) [internet] Relatório de pesquisa - Estupro [acesso em 20 de nov de 2020]. Disponível em <http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/RelPorArea.html>
10. Lobo JC. Uma outra pandemia no Brasil: as vítimas de violência doméstica no isolamento social e a “incomunicabilidade da dor”. *Tessituras Rev. De Antropologia e Arqueologia*. 2020; 8(51):20-26.
11. Gomes NA. O silêncio das Marias: o estupro no âmbito das relações íntimas/conjugais. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Campos dos Goytacazes: Faculdade Redentor; 2016.
12. Oliveira KVB. A subnotificação enquanto característica marcante do estupro no contexto brasileiro. *Rev. de Filosofia do Direito, do Estado e da Sociedade*. 2019; 10(2):304-317.
13. Graciano AR, Almeida RI, Carneiro LZ. Violência sexual como um desafio à saúde pública: perfil epidemiológico. *Rev. Educação em Saúde*. 2017; 5(2):66-71.
14. Oliveira HKS, Resende GSL. Violência sexual: uma análise social da cultura do estupro. *Perspectivas em Diálogo – Rev. de Educação e Sociedade*. 2020 7(14):81-110.
15. Cerqueira D, Coelho DSC, Ferreira H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. *Rev. Bras. Segurança Pública*. 2017; 11(1):24-48.
16. Vanzeler JC, Magalhães NFSR, Almeida SS, Pontes FAR, Cunha KC. Violência sexual contra crianças e adolescentes: o perfil da vítima e do agressor no crime de estupro de vulnerável. *Research, Society and Development*. 2020 9(10):1-17.

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NO BRASIL: UMA COMPARAÇÃO PRÉ E PÓS-PANDÊMICA

PREVALENCE OF WORK-RELATED MENTAL DISORDERS IN BRAZIL: A PRE AND POST-PANDEMIC COMPARISON

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO DE REVISÃO recebido 3/11/2022 aceito em 14/03/2023

Como citar: Lima MCMS, Moreira ABVB, Machado DN, Filho RCB. Prevalência de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil: uma comparação pré e pós-pandêmica. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230306
<https://dx.doi.org/10.47005/230306>

Maria Clara Monteiro de Souza Lima ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3893808247621643> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4612-8854>

Anna Beatriz Vilas Boas Moreira ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1143172423308184> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5801-0127>

Daniel Nascimento Machado ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4949761837300661> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1831-7092>

Raul Coelho Barreto Filho ⁽⁴⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8529953227983297> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3628-6018>

⁽¹⁾ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Salvador-BA, Brasil. (autor principal)

⁽²⁾ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Salvador-BA, Brasil.
(autor secundário)

⁽³⁾ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Salvador-BA, Brasil.
(autor secundário)

⁽⁴⁾ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Salvador-BA, Brasil. (orientador)

e-mail: mariaclamonteiro@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Transtornos mentais relacionados ao trabalho são frequentes e repercutem não só na atividade laboral, como na qualidade de vida do indivíduo. Durante a pandemia de COVID-19 – com início em 2019, houve mudanças no que tange ao comportamento da sociedade em relação à sua atividade laboral – a exemplo do isolamento social e do teletrabalho - que trouxeram incertezas na dinâmica de trabalho da maioria dos profissionais e funcionaram como um dos fatores que influenciaram o surgimento de transtornos mentais na população do Brasil (1). Nesse escopo, fica evidente a importância de avaliar a prevalência desses transtornos em uma comparação pré e pós-pandêmica. **Material e método:** Estudo descritivo, transversal, através da coleta de dados utilizando a plataforma DATASUS, utilizando os dados disponíveis referentes aos anos de 2018 a 2021. **Objetivo:** Descrever a prevalência anual dos transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil, a partir da comparação de dados dos anos de 2018 a 2021. Ademais, expor se houve aumento da prevalência no ano do início da pandemia (2019), em relação ao período pré-pandêmico (2018), e se a tendência de aumento persistiu no que se refere ao período pandêmico (2019 e 2020) e pós pandêmico (2021). **Resultados:** Entre 2018 e 2021, houve um total de 7337 casos. Destes, 1812 (24,7%) foram registrados em 2018, 2378 (32,4%), em 2019, 1343 (18,3%) em 2020 e 1804 (24,6%) em 2021. Dessa forma, comparando por períodos: de 2018 para 2019, os casos aumentaram de 1812 para 2378, o que representa um aumento percentual de 31,2%. De 2019 para 2020, os números registrados caíram 43,5% e, de 2020 para 2021, foi observado um novo aumento correspondente a 34,3%. **Discussão:** Esta análise evidenciou que o maior aumento percentual ocorreu de 2020 para 2021, período de transição entre o teletrabalho e o trabalho em ambiente físico. Além disso, no ano em que o teletrabalho foi instaurado em decorrência da pandemia (2019), também houve um aumento considerável no número de casos. **Conclusão:** Dos 7.337 casos totais, o ano com maior número de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil foi 2019, momento de início da pandemia no país, fator que promoveu alteração na dinâmica trabalhista brasileira. Entretanto, foi possível concluir que o período pós pandêmico (2021), em relação ao número de casos, teve prevalência semelhante ao período pré-pandêmico (2018), com um aumento de 34,3% relativamente ao ano de 2020. Tal conclusão foi possível visto que houve, também, um declínio de 43,5% dos casos, quando comparados os anos de 2019 e 2020.

Palavras-chave: transtornos mentais, teletrabalho, COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Work-related mental disorders are frequent and affect not only the work activity, but also the individual's quality of life. During the COVID-19 pandemic - which began in 2019, there were changes in terms of society's behavior in relation to its work activity - such as social isolation and teleworking - which brought uncertainties in the work dynamics of most professionals and functioned as one of the factors that influenced the emergence of mental disorders in the Brazilian population.(1) In this context, the importance of assessing the prevalence of these disorders in a pre- and post-pandemic comparison is evident. **Material and method:** Descriptive, cross-sectional study through data collection using the DATASUS platform, using available data for the years 2018 to 2021. **Objective:** To describe the annual prevalence of work-related mental disorders in Brazil, from the comparison data for the years 2018 to 2021. In addition, expose whether there was an increase in prevalence in the year of the beginning of the pandemic (2019), in relation to the pre-pandemic period (2018), and if the upward trend persisted with regard to the pandemic period (2019 and 2020) and post-pandemic period (2021). **Results:** Between 2018 and 2021, there were a total of 7337 cases. Of these, 1812 (24.7%) were registered in 2018, 2378 (32.4%) in 2019, 1343 (18.3%) in 2020 and 1804 (24.6%) in 2021. Thus, comparing by periods: from 2018 to 2019, cases increased from 1812 to 2378, which represents a percentage increase of 31.2%. From 2019 to 2020, the registered numbers fell by 43.5%, and from 2020 to 2021, a new increase corresponding to 34.3% was observed. **Discussion:** This analysis showed that the highest percentage increase occurred from 2020 to 2021, a transition period between

telecommuting and working in a physical environment. In addition, in the year of the greatest spread of COVID-19 (2019), there was also a considerable increase in the number of cases. **Conclusion:** of the 7,337 total cases, the year with the highest number of cases of work-related mental disorders in Brazil was 2019, when the pandemic began in the country, a factor that promoted changes in Brazilian labor dynamics. However, it was possible to conclude that the post-pandemic period (2021), in relation to the number of cases, had a similar prevalence to the pre-pandemic period (2018), with an increase of 34.3% compared to the year 2020. This conclusion was possible since there was also a decline of 43.5% of cases, when comparing the years 2019 and 2020.

Keywords: mental disorders, teleworking, COVID-19.

1. INTRODUÇÃO

Consoante a Organização Mundial de Saúde (OMS), "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (2). Nessa perspectiva, após o surgimento do vírus COVID-19, o SARS-CoV-2, em Wuhan (China), houve uma disseminação mundial do patógeno, sendo registrado em fevereiro de 2020 o primeiro caso confirmado no Brasil. A partir daí, o número de casos e de óbitos decorrentes da infecção pelo coronavírus aumentou significativamente (3).

Nesse contexto, foram adotadas medidas de precauções visando à proteção da saúde pública, na tentativa de conter a rápida disseminação do vírus, a exemplo do uso obrigatório de máscaras faciais, distanciamento social, cancelamento de eventos, fechamento de escolas/universidades e da maioria dos locais de trabalho (com exceção dos serviços de saúde, imprensa, alimentação e bens primários). Sob a ótica psicopatológica, o isolamento social reduziu as interações sociais cotidianas e o contato físico, o que se configurou como fator de risco para o surgimento de transtornos mentais, como esquizofrenia e depressão, sendo agravado, também, pela insegurança em relação às finanças e pela possibilidade de morte de um amigo ou de um familiar (4).

Durante a pandemia, houve a paralisação de atividades não essenciais, como era o caso de muitas atividades laborais, que migraram para a modalidade on-line e em casa. Dessa maneira, isso exigiu uma adaptação dos indivíduos no que tange aos novos hábitos de higiene e protocolos sanitários rígidos, incluindo o distanciamento social (4). Essa modalidade, no entanto, retirava os

trabalhadores da condição de trabalho prévia e os levava ao mínimo convívio físico possível, condição que levou ao aumento da probabilidade do desenvolvimento ou manutenção de transtornos mentais relacionados ao trabalho (5). Há, ainda, evidências de que, em pacientes infectados com o COVID-19, os sintomas de ansiedade e depressão são visíveis após 4 meses da fase aguda da doença (6), mostrando que tais transtornos mentais podem ter duração prolongada e, conseqüentemente, podem impactar diretamente na dinâmica laboral.

Portanto, é notório que transtornos mentais relacionados ao trabalho são frequentes e repercutem não só na atividade laboral, como na qualidade de vida do indivíduo. Durante a pandemia de COVID-19, houve mudanças no que tange ao comportamento da sociedade em relação à sua atividade laboral – a exemplo do isolamento social e do teletrabalho – que trouxeram incertezas na dinâmica de trabalho da maioria dos profissionais e funcionaram como um dos fatores que influenciaram no surgimento de transtornos mentais na população do Brasil (5). Nesse escopo, o presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência dos transtornos mentais em uma comparação pré e pós-pandêmica.

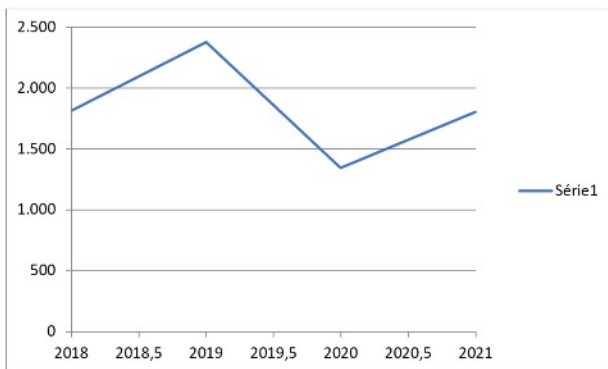
2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo observacional, transversal, realizado através da coleta de dados secundários disponíveis na plataforma DATASUS, referentes aos anos de 2018 a 2021. O período pré-pandêmico foi compreendido entre os anos de 2018 e 2019, enquanto o pandêmico foi 2020 e o pós-pandêmico, 2021. Foi feita a análise da seção "Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em

diante” do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação”, por meio da seleção do tópico “Transtorno mental relacionado ao trabalho”. No total, constatarem-se 7337 casos considerados para o presente estudo.

3. RESULTADOS

Entre 2018 e 2021, houve um total de 7337 casos. Destes, 1812 (24,7%) foram registrados em 2018, 2378 (32,4%), em 2019, 1343 (18,3%) em 2020 e 1804 (24,6%) em 2021. Dessa forma, comparando por períodos: de 2018 para 2019, os casos aumentaram de 1812 para 2378, o que representa um aumento percentual de 31,2%. De 2019 para 2020, os números registrados caíram 43,5% e, de 2020 para 2021, foi observado um novo aumento correspondente a 34,3% (GRÁFICO 1). (6)



Graf. 1: Número de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil por ano (de 2018 a 2021).

4. DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que o maior aumento percentual em relação ao número de transtornos mentais ocorreu de 2020 para 2021 (Gráfico 1), momento de transição entre os períodos pandêmico e pós pandêmico considerados. Tal período, em que o vírus havia sido identificado pela OMS como circulante, compreendeu, ainda, a mudança gradativa do trabalho em ambientes físicos para o teletrabalho (1), o que se associou ao crescimento no número de casos reportados de transtornos mentais.

A Fundação Getúlio Vargas (FGV), em 2020, divulgou dados de uma pesquisa realizada no contexto da pandemia que evidenciou uma queda de 20,1% nos segmentos de trabalho formal e informal, ao

mesmo tempo em que a desigualdade social, um contexto difícil de ser aferido quantitativamente, mas que pode ser medido pelo índice Gini, aumentou 2,82% (8), fatores que estão correlacionados ao contexto biopsicossocial dos indivíduos. Sendo assim, a renda dos menos favorecidos apresentou uma queda de 27,9%, enquanto a renda dos 10% mais ricos caiu 17,5%. As classes representadas pelos indígenas, analfabetos e os jovens entre 20 e 24 anos foram os grupos sociais que mais perderam renda na pandemia, principalmente pela redução dos postos de trabalho, fator que afetou de modo mais direto as mulheres, sobretudo aquelas que não tiveram condições de trabalhar de casa (9).

Os impactos financeiro e biopsicossocial são devastadores para as comunidades menos favorecidas economicamente e, assim, culminam nos impactos da pandemia na saúde, sobretudo na saúde mental (10). Com isso, essa redução na renda dos trabalhadores, durante o período pandêmico, foi responsável por exercer influência na dinâmica financeira no período pós pandêmico, o que estava correlacionado ao aumento do número de casos reportados de transtornos mentais nesse período, o que também pode ser observado, por meio de um crescimento linear, a partir do ano de 2020, no Gráfico 1.

Nesse cenário de reduções da renda e de postos físicos de trabalho, muitos indivíduos tiveram que adaptar seu contexto social às medidas de contenção do coronavírus, com destaque para o isolamento social, que tinha como objetivo principal a tentativa de proteger as pessoas de se infectarem e, conseqüentemente, de desenvolverem sintomas relacionados à infecção. Entretanto, essas medidas foram relacionadas a muitas doenças psicossomáticas, porque, em decorrência do distanciamento social, as pessoas desenvolveram sintomas que mimetizavam quadros de infecção e ansiedade generalizada (5).

Já em relação ao acometimento pela infecção, os sintomas gerados por uma infecção do COVID-19 podem durar por meses após a recuperação do indivíduo (síndrome pós-COVID-19) e há evidências de prevalência de transtornos de sono, ansiedade e depressão após a doença aguda. (referência do sono 4 meses depois). Nesse sentido, é possível notar que não só os fatores sociais implicam no

aumento de transtornos mentais, como o próprio contexto pandêmico e a possibilidade de infecção aumentam essa possibilidade, podendo levar a consequências negativas, no que tange à saúde mental e à qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Destacam-se, também, as pessoas que têm um histórico prévio de transtornos mentais ou pessoas que têm uma pré-disposição para desenvolvê-los. Nesses casos, verifica-se de acordo com análises que, os brasileiros com diagnóstico prévio de depressão, por exemplo, se tornaram mais vulneráveis nesse contexto pandêmico com piora da sua saúde mental (11). Portanto, se os trabalhadores, de uma maneira geral, foram impactados diante das circunstâncias observadas acima, esses que possuem um pré-histórico de transtornos mentais merecem uma atenção especial, por serem mais susceptíveis a tais doenças. Outrossim, a necessidade de profilaxia contra os transtornos mentais pode ser entendida quando fica claro que os transtornos mentais são comorbidades comuns associadas a doenças cardiovasculares, metabólicas e algumas infecciosas. Além disso, com a perda de empregos e renda, tal fato se torna um facilitador para a redução da adesão de tratamento, principalmente por fatores financeiros (12). Por fim, fica evidente que a pandemia não só distanciou as pessoas fisicamente e as ordenou a reestabelecer sua rotina baseada em teletrabalho, mas intensificou a distância pré-existente para aqueles mais vulneráveis, seja economicamente ou psicologicamente, fato que agravou as condicionantes sociais de saúde (5).

5. CONCLUSÃO

Dos 7.337 casos totais, o ano com maior número de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil foi 2019, momento de início da pandemia no país, fator que promoveu alteração na dinâmica trabalhista brasileira. Entretanto, foi possível concluir que o período pós-pandêmico (2021), em relação ao número de casos, teve prevalência semelhante ao período pré-pandêmico (2018), com um aumento de 34,3% relativamente ao ano de 2020. Tal conclusão foi possível visto que houve, também, um declínio de 43,5% dos casos, quando comparados os anos de 2019 e 2020.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa ALNH, et al. MERCADO DE TRABALHO E PANDEMIA DA COVID-19: AMPLIAÇÃO DE DESIGUALDADES JÁ EXISTENTES?. Repositório IPEA [Internet]. 2020 Jul 01 [cited 2022 Aug 25]:1-10. Available from: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10291/2/BMT_69_mercado_de_trabalho.pdf
2. [Gaino, Loraine Vivian](#); [Souza, Jacqueline de](#); [Cirineu, Cleber Tiago](#); [Tulimosky, Talissa Daniele](#). *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog* ; 14(2): 108-116, jan.-mar. 2018.
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. World Health Organization. 2022. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
4. Both LM, Zoratto G, Calegari VC, Ramos-Lima LF, Negretto BL, Hauck S, Freitas LHM. COVID-19 pandemic and social distancing: economic, psychological, family, and technological effects. *Trends Psychiatry Psychother.* 2021 Apr-Jun;43(2):85-91. doi: 10.47626/2237-6089-2020-0085. Epub 2021 May 21. PMID: 34043896; PMCID: PMC8317552.
5. Barbosa ALNH, et al. MERCADO DE TRABALHO E PANDEMIA DA COVID-19: AMPLIAÇÃO DE DESIGUALDADES JÁ EXISTENTES?. Repositório IPEA [Internet]. 2020 Jul 01 [cited 2022 Aug 25]:1-10. Available from: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10291/2/BMT_69_mercado_de_trabalho.pdf
6. Mario H B et al. Saúde do sono e o padrão circadiano de atividade e repouso quatro meses depois da COVID-19. *J Bras Pneumol.* 2022; 48(2)
7. SUS. DATASUS: tabnet [Internet]. Brasil: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net; [entre 2018 e 2021] [cited 2022 Aug 25]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinan_net/cnv/transmentalbr.def
8. FGV Social lança a pesquisa: Efeitos da pandemia sobre o mercado de trabalho brasileiro [Internet]. Centro de Políticas Sociais. 2020 [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://cps.fgv.br/destaques/fgv-social-lanca-pesquisa-efeitos-da-pandemia-sobre-o-mercado-de-trabalho-brasileiro>
9. [Sena MC de, Silva G da, Silva AF da, Bastos](#)

PRH de O. OS EFEITOS DA PANDEMIA NA EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL. Lex Cult Revista do CCJF. 2021;5(1):107–19.

10. Castro-De-araujo L f.s., Machado D b. Impact of covid-19 on mental health in a low and middle-income country. *Ciencia e Saude Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 10];25:2457–60.

Available from:

<https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=9d13078d-e901-446e-aeac-6629204f6b09%40sessionmgr101&bdata=JmF1dGh0eXBIPXNzbyZjdXN0aWQ9czUwOTkxMTgmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSszY29wZT1zaXRl#AN=edselc.2-52.0-85086152944&db=edselc>

11. Garrido RG, Rodrigues RC. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2020 Jun 22;8(1):1.

Marilisa B A B et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; 29(4).

TELEPERÍCIA EM PERÍCIAS MÉDICAS JUDICIAIS: SITUAÇÃO ATUAL, APÓS A REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA NO BRASIL

TELE-EXPERIENCE IN JUDICIAL MEDICAL EXPERTISE: CURRENT SITUATION,
AFTER TELEMEDICINE'S REGULATION IN BRAZIL

Os autores informam não haver conflito de interesse

ARTIGO ORIGINAL recebido 27/10/2022 aceito em 05/02/2023

Como citar: Picos GSIC, Moraes RL, Almeida VSF, Correia TB. Teleperícia em perícias médicas judiciais: situação atual, após a regulamentação da telemedicina no Brasil. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230203
<https://dx.doi.org/10.47005:230203>

Gabriel Sato Ikuhara Cavalcanti Picos ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6676615351278665> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1392-6721>

Renata Luciana Moraes ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3390341773285593> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7099-730X>

Verônica Scriptorre Freire e Almeida ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4169232054882169> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5811-7779>

Thaylisse Bezerra Correia ⁽⁴⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0868445646066861/> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3259-7249>

⁽¹⁾ Mestrando em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília - UNISANTA, Assis - SP, Brasil.(autor principal)

⁽²⁾ Professora da Graduação em Direito da Faculdade Anhanguera, Assis-SP, Brasil.(autor secundário)

⁽³⁾ Doutora Professora de Graduação e Mestrado em Direito da Saúde, da Universidade Santa Cecília, Santos -SP, Brasil.(orientadora)

⁽⁴⁾ Pós-Graduanda em Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, Assis-SP, Brasil.(revisão)

e-mail: ortopicos@gmail.com

RESUMO

Introdução: Haja visto o desentendimento entre as diversas searas em relação à validade da telemedicina - medicina, direito, justiça, legislações, doutrinas, ciências complementares -, evidenciou-se a necessidade de realizar esse estudo. **OBJETIVO:** discutir a relação entre a legislação atual vigente em outubro de 2022, após a regulamentação da telemedicina no Brasil, com a possibilidade da utilização de tecnologias, em perícias médicas judiciais, ou, teleperícia nesse país. **METODOLOGIA:** Esse trabalho teórico e qualitativo, tem cunho descritivo e explicativo, via pesquisa bibliográfica, busca em bases de dados, assim como análise de doutrinas, legislações e jurisprudências relacionadas, e através de uma abordagem hermenêutica ontológica, relacionar as variáveis, vantagens e riscos, com o embasamento histórico, teórico, doutrinário e técnico científico. **DISCUSSÃO:** A Resolução número 317, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e Jurisprudências nacionais sobre o uso da teleperícia médica, contrastam com posicionamento da comunidade médica nacional, através do Conselho Federal de Medicina (CFM), cujo entendimento resta evidente via pareceres e resoluções, quanto à inoperabilidade de tal prática atualmente. **CONCLUSÃO:** A situação contemporânea nacional da teleperícia é rudimentar, abstendo-se de substrato científico, ferramentas ou outras metodologias que possibilitem sua implementação ética, justa, legal e isenta de influências externas, nas atuais condições.

Palavras-chave: Prova Pericial. Telemedicina. Direito da Saúde. Judicialização da Saúde. Consulta Remota. Telediagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: In the context of disagreement between different fields of medicine, law, justice, legislation, doctrines and complementary sciences regarding telemedicine, the need to carry out this study became evident. **OBJECTIVE:** to discuss the relationship between the current legislation in force in October 2022, after the regulation of telemedicine in Brazil, with the possibility of using technologies, in judicial medical expertise or telemedicine in that country. **METHODOLOGY:** This theoretical and qualitative work has a descriptive and explanatory nature, through bibliographic research, searching in databases, as well as analyzing doctrines, legislation and related jurisprudence, and through an ontological hermeneutic approach, relating the variables, advantages and risks, with the historical, theoretical, doctrinal and scientific technical basis. **DISCUSSION:** Resolution number 317, of the National Council of Justice (CNJ) and national jurisprudence on the use of medical teleexpertise, contrast with the position of the national medical community, through the Federal Council of Medicine (CFM), whose understanding remains evident through opinions and resolutions, regarding the inoperability of such a practice currently. **CONCLUSION:** The contemporary national situation of teleexpertise is rudimentary, abstaining from scientific substrate, tools or other methodologies that allow its ethical, fair, legal implementation, free from external influences, under current conditions.

Keywords: Expert Testimony. Telemedicine. Health Law. Health's Judicialization. Remote Consultation. Telediagnosics.

1. INTRODUÇÃO

A possibilidade de implementação da teleperícia médica em processos judiciais tem sido tópico de discussões polêmicas, opiniões, jurisprudências, pareceres e resoluções divergentes, principalmente, em consequência do avanço acelerado e regulamentação da telemedicina após a situação de calamidade devido à pandemia do Coronavírus (1,2).

Os principais apoiadores da teleperícia argumentam sobre possíveis benefícios acerca da implementação da tecnologia em processos judiciais, como a possibilidade de diminuição de gastos do Estado e maior celeridade nos atos processuais, negligenciando, a relevância do assunto à sociedade e às partes de um processo judicial, os quais podem ter seus direitos constitucionais prejudicados,

consequentemente às alterações legislatórias desfundamentadas de base teórica e científica quanto à matéria principal, que é o ato pericial médico e suas especificidades (1,3,4).

A Resolução número 317, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e Jurisprudências nacionais sobre o uso da teleperícia médica, contrastam com posicionamento da comunidade médica nacional, através do Conselho Federal de Medicina (CFM), cujo entendimento resta evidente via pareceres e resoluções, quanto à inoperabilidade de tal prática atualmente (5–19).

Haja visto o desentendimento entre as diversas searas, medicina, direito, justiça, legislações, doutrinas, ciências complementares, evidenciou-se a necessidade de realizar esse estudo, objetivando discutir a relação entre a legislação atual vigente em outubro de 2022, após a regulamentação da telemedicina no Brasil, com a possibilidade da utilização de tecnologias, em perícias médicas judiciais, ou, teleperícia nesse país.

2. METODOLOGIA

Esse trabalho teórico e qualitativo, tem cunho descritivo e explicativo, via pesquisa bibliográfica, busca em bases de dados Scielo, Pubmed, Medline e Google Acadêmico, jornais, revistas, artigos científicos, livros e consensos nacionais e internacionais, assim como análise de doutrinas, legislações e jurisprudências relacionadas ao tema principal deste feito, a possibilidade da implementação da teleperícia, nas perícias médicas em processos judiciais no Brasil, após a regulamentação da telemedicina, e através de uma abordagem hermenêutica ontológica, relacionar as variáveis, vantagens e riscos, com o embasamento histórico, teórico, doutrinário e técnico científico.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A sociedade encontra-se à mercê da tecnologia (2). Doutrinas, antigos paradigmas, códigos processuais, entre outras variáveis no Direito, Medicina e ciências multidisciplinares encontram-se em constante evolução diretamente proporcional aos avanços tecnológicos (20,21).

A regulação exercida pelo Direito, nos impõe limites ou leis, para que possamos usufruir da liberdade, a qual resta limitada à de outrem (22,23). Sendo a anarquia e a tirania diferenciadas pela alternância

da presença e ausência da liberdade e autoridade, respectivamente (22). Assim como a sociedade, os magistrados também são balizados, tendo como fundamento, base e limite judicial, a lei (23).

A perícia médica em processo judicial se faz necessária quando o Juiz necessita de esclarecimento de assunto técnico que requer conhecimento técnico médico científico específico(24).

A Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas – ABMLPM, foi fundada em 01 de abril de 2011, oriunda da união da Associação Brasileira de Perícias Médicas e a Associação Brasileira de Medicina Legal, com responsabilidades sobre a especialidade médica Medicina Legal e Perícia Médica, reconhecida em 2008 pelo convênio entre a Associação Médica Brasileira (AMB), CFM e a Comissão Nacional de Residência Médica- CNRM (25).

A Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013, conhecida como Lei do “Ato Médico”, em seu artigo 4º, reserva a perícia médica, como sendo atividade privativa do médico(26).

A perícia médica judicial em processos judiciais, como prova técnica, fundamentada e baseada em conhecimento médico fático-científico, é ciência de grande valia na elucidação e elaboração de juízo de valor do Magistrado, em outra área de conhecimento, medicina legal e perícias médicas. A sentença do julgador não necessariamente está adstrita ao entendimento, na íntegra, do trabalho do expert, porém, na maioria das vezes o entendimento final do magistrado está vinculado ao laudo pericial médico-legal(27,28).

O ato pericial entre médico e periciando é extremamente relevante, podendo ser considerada o principal meio de prova em algumas áreas do direito, podendo ser classificado simplificada e diretamente ou indireto(27).

Sobre as diferenças entre as relações distintas entre médico e paciente e a relação perito e do periciando, Silva (2017), p.5, conclui que:

Na relação médico-paciente o objetivo é a busca pelo tratamento e cura de uma doença, consequentemente haverá a construção de uma cumplicidade que fortalece o vínculo de

confiança entre ambos. Na relação médico-periciando, o objetivo é o esclarecimento da justiça através de um exame de natureza médica da análise de documentos, determinado por uma autoridade e cujo desfecho pode ter um impacto importante na vida do periciando. Uma situação difícil, na qual o médico perito e o periciando não compartilham os mesmos interesses. O médico perito comprometido com a justiça e o periciando interessado, apenas, num posicionamento a seu favor. Desta forma, conseguimos compreender tanto as semelhanças quanto as diferenças entre as relações estudadas.(29)

Dentre as principais dificuldades enfrentadas no cotidiano de um perito médico são as simulações por parte do periciando, necessitando que o expert esteja sempre atento a essa possibilidade, cujo diagnóstico não é realizado por adivinhação, mas sim pela experiência, conhecimento da fisiopatologia, apresentações e história das doenças, semiologia, testes especiais e, essencialmente, exame físico(30,31).

Devido a sua natureza investigativa, a relação entre o perito e o periciando não conta com objetivo comum, cooperação ou autonomia do periciado, enquanto o perito visa prestar esclarecimentos e auxílio ao Juiz com a finalidade da justiça social (29,32).

Os primórdios da telemedicina no Brasil provêm do século passado, sem definição de modalidades ou muitas informações, evoluindo lentamente ao longo dos anos(1,21). Durante a pandemia da Covid, houve um avanço importante, decorrente da liberação provisória pelo CFM enquanto perdurasse o período de calamidade (21,33)

A Resolução n. 2.314/2022, do Conselho Federal de Medicina (2022), além de regulamentar a telemedicina, traz em seu artigo 1º, que a telemedicina por definição se trata do: “exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação(TDICs), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde.”(6).

A Telemedicina tem como focos principais a saúde e o paciente, não estando a modalidade de teleperícia inclusa nas modalidades regulamentadas da telemedicina (6).

Durante a Pandemia, com o mesmo argumento da liberação da telemedicina o INSS e o CNJ implementaram o uso de tecnologias em suas perícias médicas (5,18,19)

Após tentativas de conter as liberações da teleperícia por parte do CFM, ministério público e magistrados tornaram sem efeito pareceres do CFM (7,18,19).

Mesmo após o fim do estado de calamidade pública o entendimento jurisprudencial tem sido de apoio à teleperícia, contrariando as ponderações do Conselho Federal de Medicina(18,19).

Conforme consta no artigo 92, do capítulo XI, do Código de Ética Médica (CEM), é vedado ao médico assinar laudos periciais ou médico-legais sem ter realizado o exame pessoalmente. Além do CEM e Legislação, os peritos médicos devem cumprir as normas dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) e CFM (8)

O Código de Processo Civil (CPC), traz em seus artigos: 464, que a prova pericial é composta por exame, vistoria ou avaliação, e, 473, que o laudo pericial deve conter análise técnica ou científica realizada pelo perito, assim como o método utilizado, devendo esse ser aceito predominantemente pelos especialistas da área de conhecimento (3).

São princípios fundamentais que regem a profissão do médico a autonomia e liberdade profissional, não tendo obrigação de prestar serviços que cursem contra os ditames de sua consciência, além de não poder, sem exceções, permitir imposições ou restrições que possam prejudicar a eficiência e correção da sua função (8)

4. DISCUSSÃO

É evidente a simbiose entre os avanços tecnológicos e a área da saúde, perpassando pela cirurgia robótica, fertilização in vitro, mapeamento genético, pesquisas com células tronco, endoscopia, artroscopia, cirurgia a laser e até a própria telemedicina, já descrita neste feito.

A Medicina Legal e Perícia Médica é uma especialidade médica que atua auxiliando o judiciário, na busca dogmática de evidências e

provas, com rigor técnico-científico, onde a verdade, transparência, assim como a isenção de opinião e de fatores externos devem prevalecer. Porém, o quão antagônico seria assumir essa dúvida, indecisão e incerteza, quanto à possibilidade da implementação da teleperícia, em uma especialidade, balizada na plausibilidade e evidência científica, cuja premissa de que a clínica é soberana, onde os exames complementares, como o nome já diz, são complementares ao exame clínico, podendo, em alguns casos sugerir alguma alteração, porém, raramente confirmar alguma doença e praticamente nunca sugerir, confirmar ou quantificar dano ou lesão, assim como relacioná-las a algum fato, possível origem ou nexos causal (34,35) Para o expert atingir a excelência são necessários anos de experiência, formação sólida, conhecimentos em múltiplas especialidades médicas, atenção aos detalhes, zelo à ciência, ética, imparcialidade, conhecimento integrado de diversas ciências e atualização constante (35).

No que se refere ao pragmatismo histórico global de que a clínica é soberana, assim como à tendência mundial, resta confirmada por obra da Associação Médica Americana, a qual leciona que o médico deve considerar sua história detalhada, achados significantes do exame físico e testes clínicos(36)

Mesmo na perícia médica direta, com a disponibilidade de realizar o exame físico do periciando, não é incomum existirem divergências entre peritos e assistentes técnicos, seja na valoração de um dano ou na verificação de incapacidade. Além disso, não é incomum periciandos amplificarem suas queixas ou dores ao perito, ou até mesmo simularem doenças, principalmente frente à possibilidade de ganho secundário, dependendo da razão e motivação da perícia (30,31).

Além das particularidades e dificuldades já citadas, proibições do órgão responsável pela regulamentação da profissão médica o perito fica impossibilitado de realizar exame físico, mensurações fidedignas e testes especiais em possível perícia indireta ou à distância.

É de suma importância frisar, conforme leciona Silva (2021, p.86), que:

uma conclusão médico-pericial sempre tem implicações legais, administrativas, previdenciárias ou

criminais, sendo de suma responsabilidade para o perito a emissão de suas opiniões nos laudos, pareceres e relatórios que vier a emitir. Portanto, o perito médico não pode esquecer nunca que é responsável pelos atos e atos errôneos podem acarretar consequências ou penalidades. (37).

O entendimento do Conselho Federal de Medicina e da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas convergem à contrariedade da possibilidade da implementação do uso de tecnologias em perícias médicas nas condições atuais (6–13,17).

A complexidade e as dificuldades de traduzir a ciência de qualidade em leis, direitos e justiça, não são novidade, e enquanto não temos metodologia científica, dogma, diretrizes, estudos e legislação quanto ao uso da tecnologia em perícias médicas judiciais, nos resta refletir quanto à história, evolução, essência da especialidade médica, autonomia médica, ciência, medicina baseada em evidências e referencial teórico em contraste com a metamorfose legislativa e suas possíveis consequências (4,28).

A situação atual médico jurídica processual, relacionada à demora nas demandas judiciais, suscita discussões com o intuito de solucionar os mais variados problemas. A premissa de termos passado por período de calamidade não é justificativa plausível para legisladores assumirem decisões arriscadas a abdicar da justiça e ética, negligenciando os possíveis riscos e consequências decorrentes desses atos.(7–17)

Os principais possíveis benefícios do uso da tecnologia para a realização de perícias médicas judiciais seriam: maior celeridade nos atos processuais, redução da poluição, devido à teoria de que a realização pudesse ser de onde os envolvidos estivessem, facilidade de acesso, frente à má distribuição de médicos no amplo território nacional, e principalmente a diminuição de tempo e gastos para todas as partes e instituições (1,3,4) Diante do exposto, riscos, responsabilidades, deveres, princípios, direitos do perito, médico, quem não pode se deixar enganar, nem tampouco se enganar (30), lhe resta a dialética de seguir as

normas do Conselho Federal de Medicina ou as recomendações de seu superior hierárquico ou jurisprudências, dependendo da sua área de atuação como perito judicial (7–17).

Após pesquisa bibliográfica de literatura nacional e internacional, não foram encontrados estudos com evidência científica sobre a efetividade da interação entre a arte pericial e o uso da tecnologia da telemedicina, na coesão médico-jurídica do ato pericial médico, em processos judiciais. As limitações deste estudo foram: o pequeno intervalo de tempo desde a regulamentação da telemedicina nesse país, falta de estudos de qualidade, com evidência científica, a longo prazo e se tratar de um estudo exclusivamente teórico, sendo necessários estudos futuros longitudinais com qualidade e evidência científica(38).

5. CONCLUSÃO

Concluiu-se irrefutável a inaplicabilidade de teleperícia médica em processos judiciais na atualidade, sob a ótica do Conselho Federal de Medicina, entidade responsável pela classe médica. Apesar da regulamentação da telemedicina no Brasil, não há legislação vigente, estudos com evidência científica ou diretrizes que garantam a segurança e validação da teleperícia, tampouco, sobre possível enquadramento da perícia médica judicial com auxílio de tecnologia como parte integrante da telemedicina, a qual, conceitualmente refere-se aos cuidados à saúde, baseada na relação entre médico e paciente e não aborda as peculiaridades, vieses e desafios da relação entre perito e periciando, detalhados neste feito.

A arte pericial não pode ser descrita em palavras, porém, tentarei descrever parte das evidências desperdiçadas em utópica relação “perito x tela x periciando”, em troca da atual perícia direta convencional, cujas nuances captadas pelo expert, emergem desde o contato inicial com o periciando, verificando a aparência, atenção e reação ao ser chamado, os quais seriam perdidos às custas do clicar em um botão verde na tela, pelo apertado de mão, via um tato apurado do examinador, dezenas de informações são possíveis de serem colhidas, da mesma forma que pelo olfato do perito às primeiras palavras e ao contato mais próximo ao examinado, além do ritmo, cadência, outras características da marcha ao adentrar, velocidade e fâcias ao sentar,

também não seriam possíveis de se mensurar.

As situações normativa e legislativa da teleperícia contemporânea nacional, quanto à longínqua possibilidade do uso de tecnologia em perícia médica judicial, são rudimentares, além de negligenciar a ciência, não considerando as especificidades descritas nesse trabalho, abstendo-se de substrato científico, ferramentas ou outras metodologias que possibilitem sua implementação com ética, justiça social, legalidade, respeito à classe médica e autonomia do perito.

Não se pode admitir justificativas de celeridade processual, orçamento, decisões ou até mesmo leis, sem evidência científica ou posicionamento técnico científico, isento de conflito de interesse, que sobrepujem a autonomia do médico perito, arriscando os direitos fundamentais, de justiça e de igualdade das partes de lide judicial, em que se faça necessária perícia médica.

É mandatório aos legisladores e outros poderes de nosso país, assim como aos Conselhos Estaduais e Federal de Medicina, ponderar a relevância dos avanços tecnológicos na coesão direito e medicina, a matéria, de suma importância, que a perícia médica ocupa em um processo judicial frente às possíveis influências externas, financeiras, comerciais e de poder na tomada de futuras decisões, devendo prevalecer a ciência, critérios técnico-científicos, justiça social, direitos do ser humano, mandamentos ético profissionais e autonomia do perito aos tópicos de conflitos de interesse.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Catapan S de C, Calvo MCM. Contexto macro-institucional brasileiro para implantação da teleconsulta médica / Brazilian macro-institutional context to implement medical teleconsultation. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022;5(1):27–46.
2. Lupo G. The ethics of Artificial Intelligence: An analysis of ethical frameworks disciplining AI in justice and other contexts of application. *Onati Socio-Legal Series*. 2022;12(3):614–53.
3. Bodart BV da R. Ensaio sobre a prova pericial no Código de Processo Civil de 2015. *Revista de Processo*. 2015;244:33–57.
4. Ferreira dos Santos M. Perícia médica judicial: dificuldades e desafios. *Revista de Direito e*

- Medicina. 2019;3:1–13.
5. Brasil. Resolução n. 317. Conselho Nacional de Justiça. 2020.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2.314/2022. 2022.
7. Conselho Federal de Medicina. PARECER CFM No 3/2020 DECLARADO NULO (SENTENÇA REFERENTE AO PROCESSO No 5039701-70.2020.4.04.7100 (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL X CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA). Brasília; 2020.
8. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e n. 2.226/2019. Brasília; 2019.
9. Conselho Federal de Medicina. DESPACHO COJUR - CFM n. 225/2022. Brasília; 2022.
10. Conselho Federal de Medicina. DESPACHO COJUR- CFM n. 244/2022. Brasília; 2022.
11. Conselho Federal de Medicina. DESPACHO COJUR - CFM n. 322/2021. Brasília; 2021.
12. Conselho Federal de Medicina. DESPACHO COJUR - CFM n. 197/2020. Brasília; 2020.
13. Conselho Federal de Medicina. DESPACHO COJUR - CFM n. 265/2020. Brasília; 2020.
14. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM n. 18/2020. Brasília; 2020.
15. Conselho Regional de Medicina MG. Parecer CRMMG n. 125/2021. Belo Horizonte; 2021.
16. Conselho Regional de Medicina MG. Parecer CRMMG n. 80/2021. Belo Horizonte; 2021.
17. Conselho Regional de Medicina MG. Parecer CRMMG n. 152/2020. Belo Horizonte; 2020.
18. Tribunal Regional Federal da 4a Região. ApCiv 5039701-70.2020.4.04.7100. Porto Alegre; 2021.
19. Tribunal Regional Federal da 4a Região. ApCiv 5066927-50.2020.4.04.7100. Porto Alegre; 2022.
20. Onğanu EA. Normalising the use of electronic evidence: Bringing technology use into a familiar normative path in civil procedure. *Onati Socio-Legal Series*. 2022;12(3):582–613.
21. Soares AN, Roussenq SC, Crocetta TB, Benetti M. O que é saúde digital? uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*. 2022;8(5):38954–72.
22. Ribeiro JCF. Quantificação dos Danos Corporais no Pedido de Indemnização Civil [Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídico-Civilísticas]. [Coimbra]: Universidade de Coimbra; 2014.
23. Conde FM. A Vinculação do Juiz à Lei e à Busca da Verdade no Processo Penal: algumas reflexões sobre o conceito de verdade no processo penal. *Revista Eletrônica Direito e Sociedade - REDES*. 2021;9(1):103.
24. Fornazari C. Aferição do grau de credibilidade das perícias psiquiátricas: uma proposta metodológica [Dissertação de Mestrado em Razonamiento Probatorio]. [Girona]: Universitat de Girona; 2022.
25. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.785/2006. 2006.
26. BRASIL. Lei n. 12.842/2013. DOU Brasília;2013.
27. Leal LPFF, Milagres A. A importância do laudo pericial médico na formação do entendimento do juízo: análise de casos de suposta má prática médica em cirurgia geral. *Saúde, Ética & Justiça*. 2012;17(2):82–90.
28. Jasanoff S. Law’s knowledge: Science for justice in legal settings. Vol. 95, *American Journal of Public Health*. 2005.
29. Silva ÂTG da, Maciel DP, Framil VMS, Gianvecchio DM, Gianvecchio VAP, Muñoz DR. Relação Médico-Paciente e Relação Perito-Periciando: diferenças e semelhanças. *Saúde, Ética & Justiça*. 2017;22(1):50.
30. Rodrigues LGG. A simulação em perícias médicas [Dissertação de Mestrado]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2013.
31. Wygant DB, Arbisi PA, Bianchini KJ, Umlauf RL. Waddell non-organic signs: new evidence suggests somatic amplification among outpatient chronic pain patients. *Spine Journal*. 2017;17(4):505–10.
32. de Araujo RC. Pluralismo, cidadania e igualdade: a teoria da justiça de Michael Walzer. *Veritas*. 2017;28;62(3):748.
33. Figueiredo AM de, Chagas CAA. Telemedicina aplicada na perícia médica: análise ético-legal e técnica sobre a produção da prova pericial durante a pandemia de SARS-CoV2/COVID-19. *Persp Med Legal Pericias Med*. 2021;6(1):1–18.
34. Fernandes FC, Cherem AJ. Dano corporal e mensuração da incapacidade. *Rev Bras Med Trab*. 2005;3(2):123–34.
35. Williams MA, Mackin GA, Beresford HR, Gordon J, Jacobson PL, McQuillen MP, et al. American Academy of Neurology qualifications and guidelines for the physician expert witness.

Neurology. 2006;66(1):13–4.

36. Rondinelli RD, Genovese E, Katz RT, Mayer TG, Mueller KL, Ranavaya MI, et al. AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. 6ed. American Medical Association; 2021.

37. Silva DS. Perícia médica previdenciária e responsabilidade civil do médico perito [Dissertação de Mestrado em Direito da Saúde]. [Santos]: Universidade Santa Cecília; 2021.

38. Cowan KE, McKean AJ, Gentry MT, Hilty DM. Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. Vol. 94, Mayo Clinic Proceedings. Elsevier Ltd; 2019. p. 2510–23.

LESÃO DE 0,5 CM PRECISAMENTE LOCALIZADA NO VENTRÍCULO ESQUERDO EM VÍTIMA DE SUICÍDIO POR FACA DE MESA: RELATO DE CASO

PRECISELY LOCATED 0.5 CM LESION IN THE LEFT VENTRICLE OF A VICTIM OF SUICIDE BY TABLE KNIFE: CASE REPORT

Os autores informam não haver conflito de interesse

RELATO DE CASO recebido 09/11/2022 aceito em 23/12/2022

Como citar: Júnior JJS, Gomes LMP, Siqueira DG, Barros VV. Lesão de 0,5 cm precisamente localizada no ventrículo esquerdo em vítima de suicídio por faca de mesa: relato de caso. Persp Med Legal Pericia Med. 2023; 8: e230102
<https://dx.doi.org/10.47005/230102>

Jairo Joaquim Dos Santos Júnior ⁽¹⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8009832338959999> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9868-4695>

Luciana Maria Prado Gomes ⁽²⁾

Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9842852380177794> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-8231-3788>

Danilo Guimarães Siqueira ⁽²⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8724405779200894> **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6953-5041>

Victor Vasconcelos Barros ⁽³⁾

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9991006988660508>

⁽¹⁾ Universidade Tiradentes, Faculdade de Medicina, Departamento de Estágio de Medicina Legal pela secretaria de segurança pública do estado de Sergipe. Aracaju-SE, Brasil (autor principal)

⁽²⁾ Universidade Tiradentes, Faculdade de Medicina, Aracaju-SE, Brasil (autor secundário)

⁽³⁾ Escola Bahiana de medicina e saúde pública, Departamento de Medicina Legal, Aracaju-SE, Brasil (orientador)

e-mail: jairo.joaquim@souunit.com.br

RESUMO

Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019 (1). Neste trabalho, será relatado um caso de vítima de lesão autoprovocada por instrumento perfurocortante que causou tamponamento cardíaco e evoluiu a óbito, no local, com causa mortis: choque cardiogênico. Revisando o laudo cadavérico, obtido no Instituto Médico Legal de Sergipe, com intuito de entender o mecanismo do trauma cardíaco e sua gravidade, que ocasionou no enchimento de 600ml do pericárdio, com conteúdo hemorrágico. O que chama a atenção seria a precisão do ferimento, pois trata-se de uma lesão auto infligida, com rupturas de várias barreiras físicas anatômicas, atingindo o coração com uma lesão de 0,5cm, no ventrículo esquerdo, com apenas um único golpe e um objeto maleável, uma faca de mesa com serra, com características de baixa resistência e baixo poder perfurante, quando comparado com outros instrumentos perfurocortantes de maior letalidade. Há uma alta prevalência em vítimas de lesão cardíaca penetrante que morrem antes de receber o suporte avançado de vida. Dentre os que chegam ao hospital, uma pequena parte pode apresentar hemodinamicamente estável e sem sinais clínicos sugestivos de lesão cardíaca. A exsanguinação é responsável pela maioria das mortes vítimas de trauma cardíaco e o tamponamento cardíaco esteve presente em segundo lugar.

Palavras-chaves: Choque cardiogênico, tamponamento cardíaco, lesão perfurocortante, pericárdio.

ABSTRACT

Between 2010 and 2019, there were 112,230 deaths by suicide in Brazil, with a 43% increase in the annual number of deaths, from 9,454 in 2010 to 13,523 in 2019 (1). In this paper, a case of a victim of self-harm by a sharp instrument will be reported, which caused cardiac tamponade and evolved to death, on the spot, with cause of death: cardiogenic shock. Reviewing the cadaveric report, obtained at the Instituto Médico Legal de Sergipe, in order to understand the mechanism of the cardiac trauma and its severity, which caused 600ml of hemorrhagic content to fill in the pericardium. What draws attention would be the precision of the wound, as it is a self-inflicted injury, with ruptures of several anatomical physical barriers, reaching the heart with a 0.5 cm lesion, in the left ventricle, with a single blow and a malleable object, a table serrated knife, with characteristics of low resistance and low piercing power, when compared to other sharp instruments of greater lethality. There is a high prevalence in victims of penetrating cardiac injury who die before receiving advanced life support. Among those who arrive at the hospital, a small part may be hemodynamically stable and without clinical signs suggestive of cardiac injury. Exsanguination is responsible for most deaths from cardiac trauma and cardiac tamponade was present in second place.

Keywords: Cardiogenic shock, cardiac tamponade, sharp injury, pericardium.

1. INTRODUÇÃO

No tamponamento cardíaco (TC), o líquido se acumula no espaço pericárdico, espaço entre as duas camadas do pericárdio, que serve para proteger e revestir o coração, porém nessa patologia ocorre uma forte compressão na câmara cardíaca. Esta pressão pode impedir de encher-se de sangue, diminuindo o bombeamento e a irrigação de sangue para os tecidos, caracterizando-se hemodinamicamente pela elevação na pressão

arterial sistêmica e pericárdica e redução acentuada da pressão arterial sistêmica sistólica durante a inspiração (pulso paradoxal). A grande redução da pré-carga é responsável pela diminuição da função cardíaca e, quando os mecanismos compensatórios atingem a exaustão, ocorre a redução da pressão arterial sistêmica, evoluindo para choque cardiogênico (2).

O trauma contuso é uma das grandes causas do tamponamento, com mortalidade superior ao

penetrante. Entretanto, no caso do traumatismo cardíaco penetrante, a mortalidade é mais alta. A lesão penetrante costuma ser medial aos mamilos (nas lesões anteriores) ou às escápulas (nas lesões posteriores). Tamponamento decorrente desse trauma implica ruptura de câmara cardíaca. Sabe-se que menos de 10% dos pacientes com trauma cardíaco penetrante chegam vivos ao hospital, sendo a maioria devido a trauma por arma de fogo e arma branca (3). Neste relato, será abordado a descrição do exame cadavérico de um periciado vítima de suicídio, que apunhalou-se com uma faca de serra, causando trauma cardíaco e TC.

2. MATERIAL E MÉTODO

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do laudo pericial cadavérico, nº 4681/2019, do Instituto Médico Legal do estado de Sergipe, com autorização do Diretor e médico legista, Dr. Victor Barros, cuja causa mortis se deu por choque cardiogênico. Os laudos periciais tanatoscópicos são documentos emitidos e assinados por um médico legista, onde constam informações acerca da tanatoscopia. A necropsia de registro é um documento próprio da instituição, que contém variáveis sociodemográficas sobre a vítima e a ocorrência do evento violento (4).

3. DESCRIÇÃO

GVJ, 56a, deu entrada no IML de Sergipe. Das informações do boletim, consta ter sido encontrado em óbito com faca cravada no peito, em domicílio. Ao exame externo apresentava camiseta amarela com perfuração em região torácica esquerda e bermuda azul. Cadáver normolíneo, do sexo masculino, cor parda, cabelos castanho-escuros, dentição incompleta. Ao exame de lesões, apresentava lesão pérfuro incisiva, de morfologia linear e bordas regulares, medindo 1,5 cm, localizada em região torácica esquerda, compatível com instrumento de ação perfurocortante. Internamente, foram constatadas lesões transfixantes medindo 1 cm no pericárdio e 0,5cm em ventrículo esquerdo, além do hemopericárdio medindo 600 ml e ausência de outras lesões de natureza médico-legal. A morte está evidenciada pela presença de sinais tanatológicos.



Figura 1: Lesão perfuro incisiva de 0,5 cm no ventrículo esquerdo.

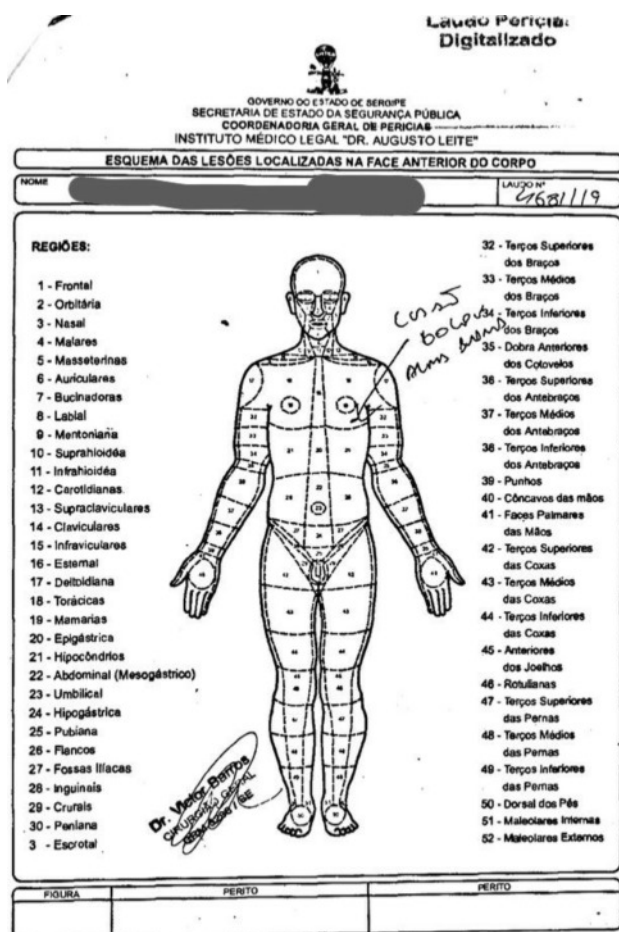


Figura 2: Esquema de lesões do IML de Sergipe, com representação da lesão e sua respectiva localização.

4. DISCUSSÃO

Os achados são compatíveis com a história da ocorrência policial e a vítima faleceu em decorrência das lesões descritas em cavidade torácica, tendo como causa mortis: choque cardiogênico por ferimento de arma branca. O tamponamento surgiu neste caso devido ao acúmulo de sangue, levando ao aumento da pressão intrapericárdica. A curiosidade do caso é que o instrumento utilizado, foi uma faca de serra, a qual não possui alto poder penetrante para facilmente ocasionar o quadro hemorrágico agudo em questão, em que o periciado, conseguiu em um único golpe, romper a barreira da pele, barreira muscular, passar pelos espaços intercostais e perfurar o ventrículo esquerdo, após do pericárdio.

O eventual incidente chama atenção devido à dificuldade que se daria para um indivíduo atingir o próprio coração, tendo em vista o mecanismo do trauma e o objeto referido. Outro ponto também é a importância desse tema no que se diz respeito a área emergencial médica, ao nível da gravidade e emergência que se pode alcançar no TC e sabendo que o prognóstico depende da velocidade, da exatidão do diagnóstico pela equipe médica, por meio dos sinais clínicos, como por exemplo através da tríade de Beck, e da estabilização do paciente durante a avaliação inicial (1). No caso supracitado, a vítima evoluiu para óbito antes de receber assistência médica.



Figura 3: Simulação de arma branca utilizada e encontrada em cena.

5. CONCLUSÃO

A Medicina Legal tem como missão coordenar a realização das perícias médico e odonto-legal em mortes, decorrentes de fatos de natureza criminal, aplicando conhecimentos técnico-científicos com ética e pleno respeito ao ser humano, dentro de suas competências (5). É competência do médico legista a grande responsabilidade por realizar o esclarecimento de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita) utilizando técnicas científicas, levando em consideração o estudo da morte, da natureza da mesmas e dos seus sinais. Contudo, avaliamos a eventualidade do caso referido, quanto ao mecanismo do trauma que levou a lesão, como o mecanismo fisiopatológico do TC que causou o choque cardiogênico. O tamponamento é uma patologia que todos os médicos devem estar alertas, devido às suas diversas etiologias que em sua maioria são ameaçadoras à vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil [Internet]. [citado em 3 mar. 2023] Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/e-dicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_fina_l.pdf.
2. Silva NC. Tamponamento cardíaco agudo: uma breve revisão. Rev Méd Minas Gerais. 2008;18(3)Supl 4 S37-S40.
3. Araújo AO et al. Trauma cardíaco fatal na cidade de Manaus/AM, Brasil. Rev Col Bras Cir., v. 45, 4 out. 2018.
4. IML atua somente em casos de mortes violentas e não naturais. Notícias - mt.gov.br. [Internet]. [citado em 6 out 2022]. Disponível em: <http://www.mt.gov.br/-/15259026-impl-atua-somente-em-casos-de-mortes-violentas-e-nao-naturais#:~:text=Cabe%20ao%20IML%20a%20rem o%C3%A7%C3%A3o>.
5. Bittar N. Medicina legal e noções e criminalística. 11. ed. Indaiatuba: Foco; 2022.



*Associação Brasileira de Medicina Legal
e Perícias Médicas*

DIRETORIA EXECUTIVA 2023-2024

Presidente

Dr. José Jozefran Berto Freire (SP)

Vice-Presidente

Dr^a. Rosa Amélia Andrade Dantas (SE)

1º Secretário

Dr. Reginaldo Inojosa Carneiro Campello (PE)

2º Secretário

Dr. Luiz Carlos Leal Prestes Júnior (RJ)

1ª Tesoureira

Dr. Osvaldo Sérgio Ortega (SP)

2ª Tesoureiro

Dr. 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 Cattan
Dr. Ricardo Campos Barcellos