

Medicina legal

Perícias, conceitos e reflexões



Paulo Newton Danzi Sálvia (Organizador)



Comitê Editorial:

Aloísio Bedone

Médico e Livre docente em Tocoginecologia - FCM - UNICAMP. Advogado - PUCC.

Enídio Ilário

Médico - Professor colaborador disciplina de bioética FCM - Unicamp

Francis Bozolan Sunaga

Grad. Filosofia - Unicamp - Mestrado em Ciências com ênfase em Saúde da Criança e do Adolescente (FCM/CIPED- Unicamp) - Espec. Bioética - FCM - Unicamp

Heloísa Leão

Espec. Psiquiatria - UERJ, Saúde Pública - Unicamp, Perícia Médica - Unimed Perita Judicial/Psiq. - ESAJ-TJ/RJ

João Silvestre Silva-Junior

Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Prof. do Depto. de Medicina do Centro Universitário São Camilo (São Paulo - SP, Brasil)

José Luiz Costa

Professor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas- Centro de Informação e Assistência Toxicológica - UNICAMP

Thamiris Gomes Smania

Bióloga e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Campinas, SP - Brasil)

Ana Cláudia Pires Pastori Zambon de Mendonça

Enfermeira. Mestranda do Depto. de Saúde Coletiva - FCM - UNICAMP.

Colaboração: Jeane Carolino Santos
Bibliotecária - SP-009371/0

Edição, organização, capa e diagramação:
Paulo Newton Danzi Sálvia

UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
BIBLIOTECA
Ficha catalográfica elaborada por
Rosana Evangelista Poderoso
CRB-8/6652

M468 Medicina legal : perícias, conceitos e reflexões [recurso eletrônico] / organizador: Paulo Newton Danzi Sálvia. - Campinas, SP : UnicampBFCM, 2021.
416 p. ; ePub

Modo de acesso: World Wide Web:
<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=110895>>
ISBN 978-65-87100-07-4
DOI: 10.20396/ISBN9786587100074
1. Medicina legal. 2. Direito. 3. Bioética. 4. Perícia médica.
5. Norma. 6. Legislação. I. Sálvia, Paulo Newton Danzi, 1962- II. Título.

CDD 614.19

Atribuição-NãoComercial-Sem Derivações
CC BY-NC-ND

Esta licença é a mais restritiva de nossas seis licenças principais, só permitindo que outros façam download dos seus trabalhos e os compartilhem desde que atribuam crédito a você, mas sem alterá-los de nenhuma forma ou utilizá-los para fins comerciais.

Autores

Alexandre Quelho Comandule

Psicólogo e Médico Psiquiatra. Psiquiatra da Infância e Adolescência. Especialista em Dependência Química

Ana Cláudia Pires Pastori Zambon de Mendonça

Enfermeira. Mestranda do Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Anderson Yoshio Nobusada

Prof. Disciplina de Medicina Legal/Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Antonio Carlos Bellini Júnior

Advogado. Doutorando do Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Arlete Maria dos Santos Fernandes

Profa. Associada do Depto. de Tocoginecologia/FCM/UNICAMP Resp. Programa de Atenção Especial do CAISM/Unicamp.

Cintia Nogueira Aleixo

Mestra em Ciências Médicas (área de concentração em genética Médica)

Claudia de Oliveira Facuri

Médica psiquiatra geral e infantil - UNICAMP. Mestre em ciências médicas com ênfase em saúde mental - UNICAMP. Espec. em psiquiatria e psiquitria da infância e adolescência - Associação Brasileira de Psiquiatria. Psiquiatra - equipe de atendimento especial - Hosp. José Aristodemo Pinotti CAISM/UNICAMP (2009-2017). Trabalhou na rede de saúde mental de Campinas (2009 a 2017) e serviço privado. Atualmente reside na Austrália.

Daniele Moraes Losada

Médica pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA, 2009 a 2014). Especialista em Patologia pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (2015 a 2018).

Daniele Pompei Sacardo

Profa. Doutora. Centro Interdisciplinar de Bioética/Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Edson Rolin de Moura

Pós Grad. Medicina do Trabalho pela Fundacentro e Avaliação do Dano Corporal pela Universidade de Coimbra-Portugal. Médico Legista aposentado no Estado de São Paulo. Ex-Professor de Pediatria na PUCCAMP. Coordenador do SVO de Indaiatuba/SP.

Enidio Ilario

Professor do Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Erivelto Luís Chacon

Analista Técnico da Divisão Funerária da SETEC/Autarquia da Prefeitura Municipal de Campinas. Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Jundiaí (área de Saúde Humana)

Flávio César de Sá

Professor doutor. Centro Interdisciplinar de Bioética/Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

José Alfredo Fontenele Feijo

Médico psiquiatra, psicanalista - Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, médico do trabalho - UNICAMP, ex-perito judicial da Secretaria de Saúde/SP

Julio Cesar Fontana-Rosa

PhD - Md - Professor Doutor do Depto. Medicina Legal, Etica Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP. Espec. em Psiquiatria Forense. Perito Judicial.

Karoline Schereck Kreitmeyer

Neurocirurgiã pelo Hospital Santa Casa da Misericórdia de Limeira. E-mail: kschr27@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3000860650292955>

Luciano Vianelli Ribeiro

Psiquiatra Forense pela Associação Brasileira de Psiquiatria (AMB)

Psiquiatra Forense do TJSP e da Justiça Federal

Médico Executivo em Gestão de Saúde (FGV)

Maria Amelia Flandres Cabrelon

Médica Veterinária na Vigilância em Saúde do Município de Aguai/SP. Mestra em Ciências pela ESALQ/USP

Autores

Maria Helena Prado de Mello Jorge

Professora Associada. Faculdade de Saúde Pública - USP. Professor Sênior USP

Marília Cintra

Socióloga. Mestranda no Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Naoko Yanagizawa Jardim da Silveira

Médica generalista, sanitarista e epidemiologista (FCM Botucatu/UNESP), especialista em Vigilância Epidemiológica e Sanitária (FCM UNICAMP/SES-SP), aprimoramento em Impactos da Violência na Saúde (FioCruz/RJ). Coordenadora do Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz (DEVISA/SMS Campinas). (2007-2020). Colaboradora do Ministério da Saúde (2007-2017)

Paulo Newton Danzi Salvia

Professor. Disciplina de Medicina Legal/Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Paulo Roland Kaleff

Médico Legista da SPTC-SP. Neurocirurgião. Prof. de Medicina Legal da ACADEPOL - UEP2. Prof. de Neurocirurgia da Fac. SL Mandic. Especialista em Neurocirurgia pela AMB- Membro titular da SBN. Mestre e Doutor em Ciências Médicas pela FCM-UNICAMP

Renata Bacic Palhares

Médica Patologista - SVO de Campinas. Médica Legista. Estado de São Paulo

Renata Cruz Soares de Azevedo

Psiquiatra, Doutora , Livre docência em Dependências químicas, e Profa. Associada no Depto. de Psiquiatria da pela FCM/UNICAMP. Supervisora dos Ambulatório de Substâncias Psicoativas, Psiquiatria de adolescentes, Atendimento especial a mulheres vítimas de violência sexual e transtornos mentais em gestantes.

Rhama Freitas

Médico - Faculdade Medicina de Jundiaí (FMJ), Espec. em Clínica Médica, Saúde Pública e Medicina Trabalho, Mestre Stricto Sensu pela Universidade de São Paulo, Presidente Hospital Mário Gatti 1996-2000, Instituidor e Presidente da Fundação Jayme Rodrigues, Diretor do HU FMJ. Médico Intensivista desde 1992 até atual momento.

Ricardo Sallai Viciana

Médico do Trabalho graduado e pós-graduado pela Universidade Estadual de Campinas. Advogado graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Perito Judicial da Justiça do Trabalho.

Sérgio Roberto de Lucca

Professor doutor da Área de Saúde do Trabalhador do Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Sylvia Lucia Gonçalves Garcia

Biomédica. Especialista em Hemoterapia e Acupuntura

Thamiris Gomes Smania

Doutoranda do Depto. de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Vera Lúcia Espinoza Giampaoli

Advogada. Atua na defesa profissional dos médicos nas áreas civil, ética e administrativa. Coordenadora do Depto. Jurídico da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas por 27 anos. Co-autora da Cartilha de Defesa Profissional, Profa. de Pós Graduação na Faculdade METROCOMP.

Vera Lúcia Salerno

Médica. Professora do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Victor Alexandre Percinio Gianvecchio

Médico Legista do Instituto Médico Legal de SP. Prof. de Medicina Legal e Bioética e Coordenador Técnico do Curso de Especialização em Medicina Legal e Perícias Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP e da Universidade Anhembi Morumbi.

Dedico

ao amigo Marcos Fernando Santos Melo, "in memoriun", que iluminou a Medicina Legal;

ao gigante Professor Satoshi Kitamura;

ao amigo e parceiro Flávio César de Sá;

ao amigo Aloísio Bedone;

às incansáveis Verônica Alencar, Cláudia Facuri, Naoko, que me ensinaram força, resiliência, respeito: "lutar quando é fácil ceder";

aos professores que se dedicam silenciosamente ao compartilhamento de informações e saberes;
a todos que construíram coletivamente a disciplina.

Apresentação:

Material teórico produzido a múltiplas mãos por docentes e colaboradora(e)s que auxiliaram na construção da Disciplina de Medicina Legal, vinculada ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciência Médicas da Unicamp. Abordam-se tópicos relacionados à perícia médico legal na pessoa viva, amostras biológicas e no cadáver; deontologia médico legal, conceitos e reflexões sobre conflitos éticos, legislação, condutas com foco na valorização da autonomia e dignidade humanas; temas que surgiram por meio da discussão e construção coletiva ao lado do discente.

Mais que um instrumento de apoio, é um convite à pessoa curiosa a penetrar no complexo campo da Medicina Legal e Perícia Médica que se conectam com a Filosofia, Bioética, Direito, Medicina, Biologia, Física, Engenharia e outros conhecimentos. Junta(o)s, auxiliam na produção da verdade em relação às questões colocadas pela(o)s operadora(e)s de Direito nos processos judiciais e auxiliam a iluminar profissionais da saúde em relação às melhores condutas.

Humilde contribuição, oferece conteúdos construídos por profissionais que conhecem de perto as dificuldades práticas. Pretende lançar mais dúvidas que soluções, a exemplo do que acontece em nossa prática cotidiana, com a certeza de que, compartilhando dificuldades, cresceremos.

Agradeço a toda(o)s que, gentilmente, compartilharam sua experiência de vários anos de prática profissional e atividade pericial, clínica e ensino.

Paulo Newton Danzi Sálvia

MEDICINA LEGAL: PERÍCIAS, CONCEITOS E REFLEXÕES

PAULO NEWTON DANZI SÁLVIA (ORGANIZADOR)

SUMÁRIO

1. TANATOLOGIA MÉDICO LEGAL: CONCEITOS

Paulo Newton Danzi Sálvia

Edson Rolin de Moura

2. MORTE SÚBITA NO ADULTO

Anderson Yoshio Nobusada

Renata Bacic Palhares

3. SÍNDROME DA MORTE SÚBITA NA INFÂNCIA

Paulo Newton Danzi Sálvia

Daniele Moraes Losada

4. TRAUMATOLOGIA MÉDICO LEGAL: CONCEITOS

Edson Rolin de Moura

Paulo Newton Danzi Sálvia

5. ASFIXIAS

Paulo Newton Danzi Sálvia

6. TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Paulo Roland Kaleff

Karoline Schereck Kreitmeyer

7. MÉTODOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS VIVAS, CORPOS E MATERIAL BIOLÓGICO PELO DNA

Paulo Newton Danzi Sálvia

8. DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO MÉDICO

Vera Lúcia Espinoza Giampaoli

9. ERRO MÉDICO SOB A ÓPTICA DO DIREITO

Vera Lúcia Espinoza Giampaoli

10. DOCUMENTOS MÉDICOS LEGAIS

Ricardo Sallai Viciana

11. DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Victor Alexandre Percinio Gianvecchio
Maria Helena Prado de Mello Jorge

12. DIREITOS DA(O)S PACIENTES

Daniele Pompei Sacardo
Rhama Freitas

13. VIOLENCIA SEXUAL CONTRA MULHERES: ATENDIMENTO, ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO DAS VÍTIMAS

Arlete Maria dos Santos Fernandes
Claudia de Oliveira Facuri
Renata Cruz Soares de Azevedo

14. TERMINALIDADE DA VIDA: ASPECTOS ÉTICOS

Flávio César de Sá

15. PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DE SINISTROS NO TRÂNSITO

Naoko Yanagizawa Jardim da Silveira
Gustavo Pereira Fraga
Karina Diniz Oliveira

16. PSICOPATOLOGIA FORENSE

José Alfredo Fontenele Feijó

17. PERÍCIAS PSIQUIÁTRICAS NA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE CIVIL

Luciano Vianelli Ribeiro

18. PERÍCIAS PSIQUIÁTRICAS NA AVALIAÇÃO DA IMPUTABILIDADE PENAL

Luciano Vianelli Ribeiro
Júlio César Fontana-Rosa

19. PERÍCIAS PSIQUIÁTRICAS NA JUSTIÇA TRABALHISTA E ACIDENTÁRIA

Alexandre Quelho Comandule
Júlio César Fontana-Rosa

20. MONITORAMENTO DE ÓBITOS:

**PAPEL DAS AUTOPSIAS VERBAIS NO CONTEXTO DA COVID-19
DESAFIOS DOS FUNCIONÁRIOS DO ÓBITO**

Ana Cláudia Pires Pastori Zambon de Mendonça

Antonio Carlos Bellini Júnior

Daniele Pompei Sacardo

Erivelto Luís Chacon

Maria Amelia Flandres Cabrelon

Marília Cintra

Paulo Newton Danzi Sálvia

Sérgio Roberto de Lucca

Thamiris Gomes Smania

21. NOTA TÉCNICA (NT) SOBRE LUTO NA COVID 19, ACESSO E IDENTIFICAÇÃO DE CORPOS DE PESSOAS FALECIDAS EM SITUAÇÃO DE ÓBITOS HOSPITALARES E EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

22. NOTA TÉCNICA SOBRE ORIENTAÇÕES A FAMILIARES, PARENTES E PESSOAS RELACIONADAS AOS PACIENTES QUE FORAM INTERNADOS COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19, CUMPRIRAM O PERÍODO DE QUARENTENA INTRA-HOSPITALAR E FALECERAM NO AMBIENTE HOSPITALAR NA MESMA INTERNAÇÃO

CAPÍTULO 1

TANATOLOGIA MÉDICO LEGAL: CONCEITOS

Edson Rolin de Moura

Paulo Newton Danzi Sálvia

2021

Sumário

Tanatologia Médico Legal

Conceito de Morte

Morte Celular

Modalidades de Causas de Morte

Diagnóstico da Realidade da Morte

Fenômenos Abióticos

Imediatos

Consecutivos

Fenômenos Cadavéricos (Abióticos Tardios)

Destruitivos

Conservativos

Fenômenos Cadavéricos Transformativos Destruitivos

Putrefação

Período de Coloração

Período Gasoso

Período Coliquativo

Período de Esqueletização

Maceração

Autólise

Fenômenos Cadavéricos Transformativos Conservativos

Adipocera

Mumificação

Calcificação

Corificação

Congelação

Fossilização

Comoriência e Primoriência

Morte Encefálica

Referências bibliográficas

Tanatologia médico legal

É a área da Medicina Legal que estuda a morte (tanathos=morte; logus=estudo) e suas repercussões na esfera jurídico-social.

Sua importância se dá no âmbito jurídico, uma vez que, além de constatar o diagnóstico da morte real (art. 121. Matar alguém: Pena – reclusão, de seis a vinte anos) e estimar o tempo do evento, auxilia o julgamento quanto a elementos agravantes (parágrafo 2º, III – com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que possa resultar perigo comum; IV – à traição, de emboscada, ou mediante dissimulação ou outro recurso que dificulte ou torne impossível a defesa do ofendido).

Conceito de morte

O conceito amplo e comum de morte envolve a cessação das atividades biológicas necessárias à caracterização e manutenção da vida.

Até o final do século XIX, foi considerado como morte, o momento da cessação da respiração. Com o advento do estetoscópio, passou-se a utilizar como padrão a ausculta dos batimentos cardíacos. Já no século XX, com o advento das Unidades de Terapia Intensiva, ventiladores mecânicos, técnicas de reanimação e de suporte à vida, as funções cardiorrespiratórias das pessoas eram mantidas, apesar da total perda da função cerebral.

Outro fator marcante que aconteceu nos meados do século XX foi a realização de transplantes de órgãos, fazendo com que o parâmetro em voga não mais atendesse às necessidades da nova realidade.

Contemporaneamente, consideramos a morte como sendo a cessação irreversível das atividades encefálicas. No Brasil, a normatização dos parâmetros de morte encefálica se deu através da Resolução do Conselho Federal de Medicina 1.480/1997, alterada pela Resolução 2.173/2017. (1)

Morte celular

A morte celular pode advir de processos de controle interno celular chamado de apoptose, que é a morte celular isolada, iniciada pela própria célula. A apoptose é a morte de uma célula de modo programado. Ocorre autodigestão por ativação de proteases endógenas, afetando, consequentemente, o citoesqueleto e a estrutura celular. Durante a apoptose, ocorrem alterações no núcleo celular devido à ativação de endonucleases que degradam o DNA. O

núcleo torna-se picnótico e a cromatina se condensa nas adjacências da membrana nuclear. No final do processo, o núcleo entra em colapso e se fragmenta. Ao mesmo tempo, bolhas vão se formando no citoplasma e se separam da célula em fragmentos circundados por membrana, contendo partes do núcleo e organelas intactas. São os chamados (corpos apoptóticos). Os restos celulares, finalmente, são fagocitados por macrófagos teciduais. (2,3)

Outro processo de morte ocorre por necrose celular, desencadeada por traumas, isquemias, hipóxias, hipertermias, hipotermias, infecções, radiações, intoxicações exógenas, metabólitos tóxicos enfim, injúrias agudas tanto biológicas e biodinâmicas quanto de causas externas. Com a perda da estabilidade celular, as células sofrem lise e elementos intracelulares são liberados ao meio extracelular, estimulando a produção de elementos que iniciam uma resposta inflamatória, podendo ser local ou sistêmica. (2,3)

A morte celular é um processo dinâmico. Deve-se pontuar a partir de que momento a situação se torna **irreversível**, independente dos meios empregados para o diagnóstico. O momento em que foi determinada a irreversibilidade, esse é o ponto da morte. (4)

Modalidades de causas de morte

A morte pode ser classificada, conforme o fato que a causou, como naturais e não-naturais:

- Naturais: decorrentes de doenças e/ou processo de envelhecimento do indivíduo.
- Não-naturais: oriundas de fatores externos, acidentes, suicídios e homicídios.

Diagnóstico da realidade da morte

Para fins didáticos, os fenômenos da morte são apresentados em tópicos, porém é importante lembrar que eles acontecem de maneira evolutiva e global, a maioria se iniciando antes do término do anterior, e muitas vezes de forma concomitante.

Fenômenos abióticos

Imediatos

Cessação da respiração;
Cessação da circulação;
Cessação da atividade cerebral;
Perda da consciência;
Perda da sensibilidade;
Abolição da motilidade.

Consecutivos

Manchas de hipostase;
Desidratação cadavérica;
Resfriamento do corpo;
Rigidez cadavérica.

Tardios (fenômenos cadavéricos)

Destrutivos

Putrefação;
Maceração;
Autólise.

Conservativos

Adipocera;
Mumificação;
Calcificação;
Corificação;
Congelação;
Fossilização.

Descrição dos fenômenos abióticos imediatos

São os primeiros a aparecer logo após a morte, utilizados como parâmetros clínicos de morte pelos médicos assistencialistas na constatação do óbito.

Com a parada de circulação sanguínea e consequente oxigenação das células, elas sofrerão lise por hipóxia/anóxia, causando liberação de elementos antes intracelulares para o meio extracelular. Num primeiro momento, há resposta inflamatória, até que haja total consumo energético (ATP e glicogênio) e parada de mecanismos de controle celular. De maneira simplista, forma-se um ciclo vicioso onde o sangue não é oxigenado e, não estando oxigenado para suprir o funcionamento dos diversos tecidos e órgãos, o organismo entra em falência.

Classicamente são: cessação da respiração; cessação da circulação; cessação da atividade cerebral; perda da consciência; perda da sensibilidade; abolição da motilidade.

Descrição dos fenômenos abióticos consecutivos

Com o passar do tempo, a morte celular aumenta, causando falência de tecidos e órgãos, até que o organismo não mais irá conseguir reverter o processo da morte. Conforme o intervalo aumenta, novos sinais aparecem no corpo. Esses achados são denominados “fenômenos abióticos consecutivos”. Os mais conhecidos e facilmente identificados são:

- Manchas de Hipostase
- Desidratação Cadavérica
- Resfriamento do Corpo
- Rrigidez Cadavérica

Descrição das manchas de hipostase ou livores cadavéricos

Após a morte, pela perda do controle de permeabilidade ativa das paredes dos vasos e pela ação da gravidade, o sangue extravasa do meio intravascular para o extravascular e se deposita nas partes de declive do cadáver. Aparecem, em média, nas primeiras duas horas *post mortem*, na maioria das vezes de tonalidade violácea, sendo que outras tonalidades de coloração podem acontecer, caso haja ação de agentes externos como, por exemplo, monóxido de carbono ou cianetos (coloração carmim) e em casos de hipotermia (coloração rosada). No estágio inicial, as manchas de hipóstase não estão fixas e irão desaparecer completamente com a pressão suave do polegar. A hemoconcentração intravascular é a principal razão para o desaparecimento diminuir gradualmente com a pressão do polegar e após a mudança.

Com o crescente intervalo pós-morte, em média 12 horas, os livores irão se tornar fixos nas regiões mais baixas do corpo. Este efeito é causado por uma hemoconcentração crescente de eritrócitos intravasculares devido ao extravasamento transcapilar do plasma. Em um intervalo pós-morte comparativamente posterior, a hemólise e a difusão da hemoglobina no tecido perivascular se iniciam, contribuindo para a fixação da hipostase. (5)

Descrição da desidratação cadavérica

A velocidade dessa perda hídrica depende de fatores ambientais de temperatura, umidade e tempo de exposição a esses fatores, além do estado de hidratação do corpo antes do óbito (relação entre quantidade de líquido e área corpórea). Exemplificando, um corpo se desidrata muito mais rápido em ambiente com baixa umidade e temperatura elevada, com grande área de exposição e ventilação.

O cadáver perde líquidos por evaporação para o meio, podendo apresentar perda do peso ponderal, pele com aspecto de pergaminho e aspecto desidratado de mucosas, inclusive a ocular, dentre outros.

No globo ocular podemos observar a diminuição gradativa até a perda completa da sua tensão e a opacificação da córnea. Quando os olhos se apresentam semi-serrados com abertura parcial da fenda palpebral, a região exposta tende a se desidratar mais rapidamente que o restante do globo ocular, fazendo com que a esclera se torne mais adelgizada e transparente, permitindo visualização do pigmento escuro da camada coroide. Essa mancha negra esclerótica é conhecida como sinal de Sommer-Larcher, tendo sido descrita em 1833. (6) Diversos autores temporizam o intervalo desse evento entre 6 a 10 horas pós-morte, mas como foi dito, diversos fatores influenciam esse fenômeno.

Descrição do resfriamento do corpo

Após a morte, a temperatura do corpo tende a se equilibrar com a do meio ambiente, sendo seu resfriamento em média 1,5 graus Celsius por hora. O equilíbrio ocorre por perda de calor por convecção e condução, além da cessação da produção de temperatura, fato que não ocorre imediatamente após a morte. O corpo em estado de morte precoce ainda produz calor, em pequena quantidade, por poucas horas através da glicólise anaeróbica com degradação do glicogênio/glicose do corpo em ácido lático.

Descrição da rigidez cadavérica

Classicamente, o *rigor mortis* obedece à Lei de Nysten (1881), começando pela mandíbula e nuca nas primeiras duas horas após o óbito, membros superiores após quatro horas, músculos torácicos e abdominais após seis horas e finalmente membros inferiores, após oito horas. A flacidez muscular, após o *rigor mortis*, aparece na mesma sequência, sendo completa após 48 horas do óbito.

Fisiologicamente, da mesma maneira que o corpo em estado de morte precoce continua a produzir calor por efeito de reações bioquímicas, há, ainda, ressintetização de ATP através de reações de creatinoquinase e glicólise anaeróbica, fazendo com que a rigidez cadavérica demore algum tempo para se iniciar. Haverá, em pequena quantidade, produção energética, fazendo com que os filamentos de miosina e actina se contraiam somente após perda de aproximadamente 15% do valor inicial de ATP nas fibras musculares. Portanto, a rigidez depende da quantidade de energia acumulada nas fibras e não de sua topografia anatômica. De maneira geral, tecidos musculares de menor porte terão menos reserva de glicogênio em comparação com grupos musculares de maior massa.

O desenvolvimento, a duração e a resolução do *rigor mortis* dependem da quantidade de glicogênio e ácido lático nos músculos no momento da morte, da temperatura ambiente e assim por diante. Portanto, o rigor pode se desenvolver muito rapidamente em pessoas que morrem durante ou logo após o esforço físico, exaustão ou eletrocussão. Todos os critérios acima mencionados relativos ao *rigor mortis* (desenvolvimento, restabelecimento, desenvolvimento integral, duração e resolução) dependem do tempo. (5)

Fenômenos cadavéricos transformativos destrutivos

- Putrefação
- Maceração
- Autólise

Putrefação

Consiste na decomposição fermentativa da matéria orgânica, por ação de bactérias, 20 horas após a morte. O aparecimento dos primeiros sinais de putrefação no indivíduo adulto, se dá na fossa ilíaca direita do abdômen devido à proximidade com o ceco, correspondendo ao início da mancha verde abdominal. Nos recém-nascidos, a putrefação é observada

principalmente nas vias respiratórias. Os períodos ou marcha da putrefação, obedecem, teoricamente, à seguinte sequência:

- **Período de coloração**
- **Período gasoso**
- **Período coliquativo**
- **Período de esqueletização**

Descrição do período de coloração

Inicia-se pela mancha verde abdominal, na fossa ilíaca direita e se espalha por todo o abdômen, tórax, cabeça e membros. A tonalidade esverdeada vai se escurecendo até deixar o cadáver enegrecido, graças ao hidrogênio sulfurado que se combina com a hemoglobina, formando a sulfometemoglobina, aproximadamente 72 horas após a morte. Na maioria dos afogados, retirados de rios, lagos, oceano, o período de coloração começa pela cabeça e parte superior do tórax, devido ao posicionamento do corpo no meio líquido. Nos fetos, começa pela parte superior do tórax, pescoço e face, devido às bactérias que penetram nas vias respiratórias.

Descrição do período gasoso

Os gases putrefativos surgem do interior do corpo (*enfisema putrefativo*), inflando principalmente a face, abdômen e órgãos genitais masculinos. O cadáver assume o aspecto de boxeador. Esses gases comprimem, ainda os vasos, empurrando o sangue para a periferia, preenchendo os vasos dérmicos superficiais. Na superfície da pele, observamos o desenho vascular conhecido como *Circulação Póstuma de Brouardel*.

Descrição do período coliquativo

Manifesta-se pela dissolução pútrida do cadáver, ocorrendo a dissolução progressiva dos tecidos. O odor desse material atrai muitos insetos, que depositam ovos, que se transformam em larvas. Estas podem ser encontradas na superfície da pele, notadamente nos orifícios naturais do corpo ou produzidos por ações perfuro-contundentes. Este período varia de semanas a meses.

Descrição do período de esqueletização

Com a dissolução dos tecidos, ocorre o desaparecimento das partes moles do cadáver, podendo demorar até três anos para a esqueletização completa.

Maceração

É um processo especial de decomposição da pele em meio líquido. Pode ser:

- Séptica: afogados que ficam submersos.
- Asséptica: fetos mortos retidos intra-útero. No feto, pode servir como indicadora do tempo de óbito, segundo os estágios a seguir:
 - ➔ Grau 0- Caracteriza-se pela pele de aspecto bolhoso que se desprende quando submetida à pressão. (tempo de óbito: menos de 8 horas).
 - ➔ Grau 1- Descolamento natural de áreas da epiderme que podem ser observados sem necessidade de aplicar pressão digital. (tempo de óbito: entre 8 e 24 horas).
 - ➔ Grau 2- Grandes áreas de descolamento cutâneo. (tempo de óbito: entre 24 e 48 horas).
 - ➔ Grau 3- Descolamento quase que completo da epiderme. (tempo de óbito: maior de 48 horas).

Autólise

É um processo de destruição celular e tecidual através de fenômenos fermentativos anaeróbicos que se verifica na intimidade da célula, causado pelas próprias enzimas celulares. Este processo passa por duas fases:

- ⇒ Fase latente: apenas no citoplasma da célula;
- ⇒ Fase necrótica: ocorre o comprometimento do núcleo levando ao seu desaparecimento.
A intensidade da autólise nos órgãos pode ser utilizada como indicativo para o cálculo do tempo da morte do feto:
 - ⇒ Fígado difusamente autolisado – indica 96 horas de óbito intra útero;
 - ⇒ Rins difusamente autolisados – indica 14 dias de óbito intra útero;
 - ⇒ Cérebro difusamente autolisado – indica 2 meses ou mais de óbito intra útero.

Fenômenos cadavéricos transformativos conservativos

- ➔ Adipocera

- Mumificação
- Calcificação
- Corificação
- Congelação
- Fossilização

Adipocera

Também conhecido como saponificação, é um processo conservador que se caracteriza pela transformação do cadáver numa substância mole e quebradiça semelhante à cera ou sabão. Ocorre num estágio mais avançado de putrefação, quando certas enzimas bacterianas hidrolisam as gorduras neutras, dando origem aos ácidos graxos, os quais, em contato com elementos minerais da argila se transformam em ésteres.

Inicia-se pelas partes do corpo que contêm mais gordura. O solo argiloso, úmido e de difícil acesso ao ar atmosférico, facilita esse fenômeno que ocorre, em geral, seis semanas após o óbito.

Mumificação

Pode ser produzido por meio natural ou artificial.

- Natural: ocorre a desidratação rápida do corpo através da exposição ao ar, em regiões de clima quente e seco.
- Artificial: os corpos são submetidos a processos especiais de conservação, lembrando os métodos praticados pelos egípcios e Incas no Peru.

Calcificação

Ocorre a deposição de sais de cálcio no corpo de fetos mortos que podem ficar retidos na cavidade uterina (litopédio).

Corificação

É um raro fenômeno transformativo conservador. Foi descrito por Della Volta em 1985. Cadáveres inumados hermeticamente fechados em urnas metálicas de zinco, são preservados da decomposição, devido à inibição dos fatores transformativos. A pele pode apresentar cor e aspecto do couro curtido recentemente.

Congelação

O cadáver submetido a baixíssima temperatura por tempo prolongado devendo se manter conservado por longo tempo. Considera-se que, em temperaturas menores que - 40 graus Celsius, pode-se obter preservação quase indefinida.

Fossilização

Ocorre quando o corpo do indivíduo é soterrado rapidamente por areia, argila e outros sedimentos, impedindo a ação dos microorganismos decompositores na ausência de oxigênio. Somente as partes mais rígidas, como os ossos e dentes, podem ser fossilizados.

Comoriência e Primoriência

Comoriência: ocorre quando duas ou mais pessoas morrem ao mesmo tempo e não se pode provar quem faleceu primeiro. Segundo a legislação brasileira, elas tiveram mortes simultâneas.

Primoriência: ocorre quando se consegue provar que uma delas faleceu momentos antes. Isto é importante para se determinar a sucessão de acordo com a cronologia da morte.

Morte Encefálica

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou atualização de critérios para a definição de morte encefálica e critérios para seu diagnóstico, por meio da Resolução nº 2.173/17, que substituiu a de nº 1.480/97, atendendo à lei nº 9.434/97 e ao decreto presidencial nº 9.175/17, que regulamentam o transplante de órgãos no Brasil. (7)

Referências bibliográficas

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.173/2017. [Internet]. 2017. [Acesso em 24 de Jul de 2021]. Disponível em:
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>
2. Parolin MB, Reason IJM. Apoptose como mecanismo de lesão nas doenças hepatobiliares. Arq. Gastroenterol. São Paulo Apr./June 2001; 38 (2): 138-4
3. Thompson CB. Apoptosis. In: Paul WE, editor. Fundamental immunology. 4. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1999; 813-29
4. Murphy JG. Rationality and the fear of death. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993;43-58
5. Madea B. Handbook of forensic medicine. Hoboken, NJ : Wiley-Blackwell; 2013.
6. Hércules, HC. Medicina Legal: texto e atlas. 2.ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 2014; 166-7.
7. Brasil. Resolução Nº 2.173, de 23 de Novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União. 15 Dez 2017. [Acesso em 24 de Jul de 2021]. Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>

CAPÍTULO 2

MORTE SÚBITA NO ADULTO

Anderson Nobusada

Renata Bacic Palhares

2021

Sumário

Morte súbita de causa natural no adulto

Introdução

O conceito de morte súbita

Morte súbita de etiologia cardiovascular

Morte súbita na epilepsia

Morte súbita relacionada a doenças respiratórias

Morte súbita em doenças infecciosas

Obesidade e síndrome metabólica

Considerações

Bibliografia

Morte súbita de causa natural no adulto

Introdução

O procedimento necroscópico não é ação específica da atividade forense, apresentando também importância social no interesse coletivo e no progresso da ciência. São facultativos à realização de necropsia os casos de morte natural assistida por médico, no intuito de avaliar particularidades inerentes à evolução da moléstia, quando devidamente solicitados pela equipe clínica que atendeu ao indivíduo e autorizados pelo próprio *de cuius*, familiares ou responsáveis em termo específico. Excepcionalmente, quando prevalece o interesse da saúde pública, dispensa-se a autorização. São ainda encaminhados à realização de necropsia os frutos de morte natural ou por antecedentes patológicos ocorridos sem assistência médica, visando definir a *causa mortis*, satisfazendo os interesses médico-sanitários, políticos e sociais.

Objetivando investigar os casos em que a morte, pelo histórico dos fatos, é claramente não natural ou suspeita de ter como causa um agente externo, são realizados os procedimentos necroscópicos forenses no Instituto Médico Legal. Diferente das circunstâncias acima citadas para os casos de morte natural, os procedimentos forenses periciais são realizados mediante requisição expedida pelo Delegado de Polícia, obrigatoriamente, estando o cadáver sob a custódia do Estado, não necessitando do consentimento de familiares ou responsáveis pelo *de cuius*, por estarem vinculados a ação penal pública incondicionada, seguindo os ditames do Código Penal:¹⁸

Art 100: “A ação penal é pública, salvo quando a lei expressamente a declara privativa do ofendido”),

e do Código de Processo Penal:

Art. 5º “Nos crimes de ação pública o inquérito policial será iniciado: I - de ofício (...)” e

Art. 6º, inciso VII, “a autoridade policial deverá determinar, se for caso, que se proceda a exame de corpo de delito e a quaisquer outras perícias”.

Nas necropsias de cunho forense, os conhecimentos técnicos e científicos da Tanatologia permitem ou visam determinar: identificação do corpo relacionada à esfera cível ou penal; tempo decorrido entre a morte e o momento da perícia forense; a *causa mortis* e, se possível, a causa jurídica da morte (homicídio, suicídio ou acidente). No intuito de atender aos ítems acima descritos ou para a fundamentação das evidências do exame necroscópico; o médico legista pode lançar mão de procedimentos complementares, como exames toxicológicos, visando identificar agentes químicos que podem estar envolvidos, tanto como

agentes causais quanto contributivos nas circunstâncias do óbito; exames bioquímicos; metabólicos; histológicos; bacteriológicos e virológicos. Pode, ainda, obter amostras biológicas em vítimas de crimes sexuais para pesquisa de espermatozoides, diante da possibilidade de ter o autor deixado vestígios após o ato. Se positiva, a amostra poderá ser utilizada para, caso haja suspeito(s), comparação com os perfis genéticos de amostras deles coletadas, a fim de identificar a autoria do crime. Resíduos químicos de substâncias intoxicantes ou agentes mecânicos (como os resultantes de disparo de arma de fogo) também são passíveis de avaliação complementar à necropsia.

No entanto, o alvo primário do procedimento necroscópico não é a evidência dos fatores que concorreram para o óbito, mas sim, inicialmente, a determinação da morte como natural ou não natural. É, portanto, capital, a evidência de sinais patognomônicos de morte natural específicos de órgãos frequentemente envolvidos em casos de morte súbita que permitam a diferenciação entre esta e a morte por causas externas, sendo este um dos objetos deste capítulo. Causas externas são as produzidas por violência ou acidente. Acrescente-se que devem ser encaminhados aos IMLs todos os cadáveres sem identificação, os putrefeitos e aqueles que estão sob a custódia do Estado, os apenados.

Idealmente o procedimento necroscópico deve se iniciar antes dos limites da sala de necropsia. Sempre que possível, devem ser obtidos dados do histórico com familiares, pessoas que presenciaram ou que tiveram contato com o indivíduo anteriormente ao óbito. Informações sobre sinais e sintomas do falecido no período que antecedeu o óbito ou da cena do óbito são bastante esclarecedores. Com essa finalidade, as instituições que realizam procedimentos necroscópicos têm, por hábito, solicitar que um familiar, convivente ou conhecido do falecido indique informações através de um questionário, onde estão inseridos dados que indicam ou podem indicar doenças de maior prevalência na população. Outra prática passível de ser implantada é a da aplicação de um questionário conhecido como “Autópsia Verbal” ([link para capítulo de Monitoramento de Óbitos](#)). No Brasil, a iniciativa da autópsia verbal surgiu no intuito do aprimoramento das informações em saúde relacionadas às mortes por causas mal definidas em áreas onde o sistema de informação sobre mortalidade é limitado.²⁷ A significância observada em estudos pareados de autópsia verbal e autópsia convencional (OPAS – Organização Pan-americana da Saúde)²⁵ na projeção da prevalência de doenças crônicas na população estudada e correlação com a causa básica do óbito levaram inclusive à indicação da Aplicação do questionário de Autópsia Verbal no período da Pandemia por Coronavírus (SARS-CoV-2), no intuito de nortear as estatísticas de causa básica do óbito, e possibilitar a consignação da mesma da Declaração do Óbito. A ação, temerosa pela redução

da acurácia dos dados estatísticos, incidiu por Decreto Governamental aos Serviços de Verificação de Óbito e Equipes Socorristas, por resultar na redução da expansão da Pandemia e, consequentemente, do impacto a ela relacionado. Dá-se atenção, no decorrer de toda a avaliação, a qualquer indício que possa denotar causa do óbito não natural, sendo relevante o contexto do hábito de uso de entorpecentes ou medicamentos.

Na avaliação complementar, são de grande valia os achados imagenológicos por radiografia simples, tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética, preferencialmente em arquivos digitais, auxiliando a abordagem necroscópica,⁵⁵ por orientar a localização de lesões ocultas em tecido ósseo e tecidos moles, e tornando mais simples o arquivamento da documentação.

Evidências que permitam diferenciar a causa da morte entre natural e por causas externas nem sempre são facilmente encontradas. Destarte, muitos centros de medicina forense estabelecem protocolos para esta finalidade, que além da avaliação imagenológica, englobam a coleta de amostras para exames complementares histológicos e toxicológicos.^{9, 32, 41, 51, 55}

O conceito de morte súbita

Aplica-se a denominação “morte súbita” àquela que ocorre em curto espaço de tempo do início dos sintomas, em geral menos de uma hora. Alguns autores ampliam este conceito: *“compreendem-se, em Medicina Legal, sob o nome de morte súbita, os casos em que a morte sobrevem mais ou menos rapidamente, em alguns segundos, algumas horas, ou mesmo dias, mas de modo imprevisto, atingindo, sem causa aparente um indivíduo até então de boa saúde ou que não apresentava senão ligeiros distúrbios ou que, pelo menos, assim parecia às pessoas que o circundava”*.⁴⁸

Aposto a este, observa-se de forma mais específica o desdobramento do termo, quando claramente relacionado a um órgão alvo ou processo patológico, como por exemplo morte súbita de etiologia cardíaca ou morte súbita relacionada à epilepsia.^{9,38,55} Denomina-se ainda como “Síndrome da Morte Súbita Infantil” (SMSI) a morte de etiologia indeterminada que se dá em lactentes com menos de 1 ano de idade, aparentemente enquanto dormindo.^{22, 51, 55}

Estudos populacionais realizados na Holanda, Irlanda e na China apontam para uma incidência de 50 à 100 ocorrências de morte súbita a cada 100.000 habitantes anualmente.³⁴ Um estudo recente realizado na Dalmácia com 160 casos de morte súbita pré-hospitalar submetidos à necrópsia revelou 59,37% dos casos estão relacionados a doenças

cardiovasculares, seguido de doenças respiratórias em 14,37% dos casos e das doenças do sistema nervoso central, com 8,12% dos casos.²

A abordagem da morte súbita, inicialmente tomada como singular à necropsia, é verdadeiramente multidisciplinar. Visto que muitas são as causas que podem culminar para o óbito com estas características, a avaliação tanatológica deve não somente figurar como o procedimento primordial, mas também como diretriz de ações secundárias para a elucidação da causa da morte.

Considerando que o óbito inesperado em indivíduo jovem pode ter efeito devastador para a família e a comunidade, o esclarecimento da causa tem também função social, por explicar e materializar o fato. No plano da saúde pública, permite guiar programas populacionais. No médico-científico, permite maior compreensão dos fatores envolvidos em situações específicas de morte súbita, algumas de causa genética, podendo prevenir ocorrências futuras.

A despeito do completo estudo necroscópico, alguns casos de morte súbita permanecem de etiologia indeterminada.⁵⁵ Devem ser inseridos na estatística de morte súbita de etiologia indeterminada os casos para os quais todas as possibilidades de investigação e critérios para caracterização de moléstia ou condição que pudessem culminar com o óbito forem excluídos,²² dentre eles: morfológicos (macroscópicos e microscópicos), toxicológicos, procedimentos de imagem, bioquímica e biologia molecular.⁵⁵ Considerando ainda que, segundo METHNER (2016) cerca de um terço das mortes súbitas ocorridas em jovens estão relacionadas à herança genética, colocamos a importância do estudo genético desta parcela de eventos, que se prestaria não exclusivamente à determinação da causa biológica do óbito, mas também como ferramenta científica.³³

Morte súbita de etiologia cardiovascular

Desafio mundial da saúde pública, certamente as doenças cardíacas são as principais envolvidas nos casos de morte súbita. Estima-se que 50 a 60% dos casos de óbito por doença cardiovascular ocorram de forma súbita, contabilizando 15 a 20% das mortes por qualquer etiologia em adultos.¹² A despeito dos avanços da ciência e dos protocolos bem estabelecidos de ressuscitação cardiopulmonar e manejo pós ressuscitação, o prognóstico é reservado nos casos de falência cardíaca. Estima-se que a média de sobrevida seja de 5 a 10% em países desenvolvidos, e menor que 1% globalmente.³⁷

São fatores preditivos associados a doença cardiovascular o gênero masculino, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, hipertrófia cardíaca, coronariosclerose, principalmente bi ou triarterial²⁹, dislipidemia e obesidade.

O histórico familiar de morte súbita de origem cardíaca também é um fator de risco atribuído a uma nova ocorrência. Sendo assim, é relevante constar do inquérito familiar o diagnóstico sabido de doença prévia, seguimento clínico e uso de medicação. As informações obtidas, associadas aos achados necroscópicos, além de integrar as estatísticas populacionais, prestar-se-ão ao aconselhamento dos familiares das vítimas, orientando e prevenindo futuras ocorrências.²⁹

Especial atenção deve ser dada à doença isquêmica, visto que a oclusão coronariana é o evento predominante nas estatísticas, observada em até 80% das ocorrências de morte súbita em adultos acima de 35 anos. Embora deva ser considerada em faixa etária mais jovem, principalmente quando há histórico familiar, o maior número de ocorrências se dá entre 50 e 59 anos, em indivíduos do sexo masculino (razão de 10:1 em relação ao sexo feminino).⁴¹ Além disso 25% dos óbitos em consequência da coronariosclerose se dão de forma súbita. Estima-se que um terço dos indivíduos com um evento isquêmico cardíaco agudo morra antes mesmo de receber o primeiro atendimento ou chegar ao hospital.³⁸

O exame macroscópico do coração na doença isquêmica mostra graus significativos de obstrução coronariana por aterosclerose. No procedimento necroscópico o médico deve avaliar isoladamente os principais ramos coronarianos em suas porções proximal, média e distal, visando evidenciar e quantificar a porcentagem de obstrução dos mesmos por aterosclerose. Deve ainda buscar o encontro de trombo recente, oclusivo ou não, que podem se apresentar em diferentes fases de evolução. Casos de longa evolução mostram câmaras cardíacas dilatadas, com miocardiócitos hipotróficos e fibrose intersticial miocárdica difusa (miocardiosclerose). Áreas de infarto cicatrizado muitas vezes são observadas. Alterações hiperagudas do miocárdio na vigência de isquemia em geral não são macroscopicamente visíveis. As primeiras consequências da lesão irreversível, como densidades intramitocondriais e rotura do sarcolema são encontradas apenas sob a ótica da microscopia eletrônica, aparecendo com 15 minutos do evento isquêmico persistente. A microscopia óptica (histologia convencional) permite reconhecer o aspecto resultante da isquemia após 3 a 4 horas do evento isquêmico inicial. A área predominantemente afetada da musculatura é o terço médio do miocardio, limítrofe do suprimento vascular, uma vez que o suprimento do terço endocárdico é dependente do conteúdo

intraluminal e que as coronárias irrigam os terços médio e distal, a partir do pericárdio. Na microscopia os miocardiócitos mostram citoplasma hipereosinofílico e grumoso, com perda da estriação, sendo o aspecto chamado necrose em bandas de contração (Figura 1). A caracterização macroscópica se torna possível apenas após 12 horas a partir do dia da ocorrência, quando pode-se observar palidez na área comprometida. Intervalos de tempo superiores a este são então facilmente detectados à macroscopia, e permitem, pela conjunção com a histologia, a datação da lesão com bastante acurácia até aproximadamente 15 dias do evento inicial.¹⁷ Uma alteração encontrada com relativa frequência, altamente específica da isquemia é a rotura miocárdica. A rotura em geral ocorre em situações de infarto transmural, quando a necrose está bem estabelecida e o tecido bastante friável, por volta do 4º dia pós infarto. (Figura 2) Nessa circunstância, a causa terminal do óbito é o tamponamento cardíaco secundário ao extravasamento do sangue intracardíaco ao espaço pericárdico. Cumpre lembrar que, muito mais raramente, o tamponamento cardíaco pode configurar no contexto da coronariosclerose na forma de rotura de coronária. Embora podendo ocorrer de forma espontânea, alguns casos descritos são associados a procedimentos anteriores de angioplastia.⁴⁹

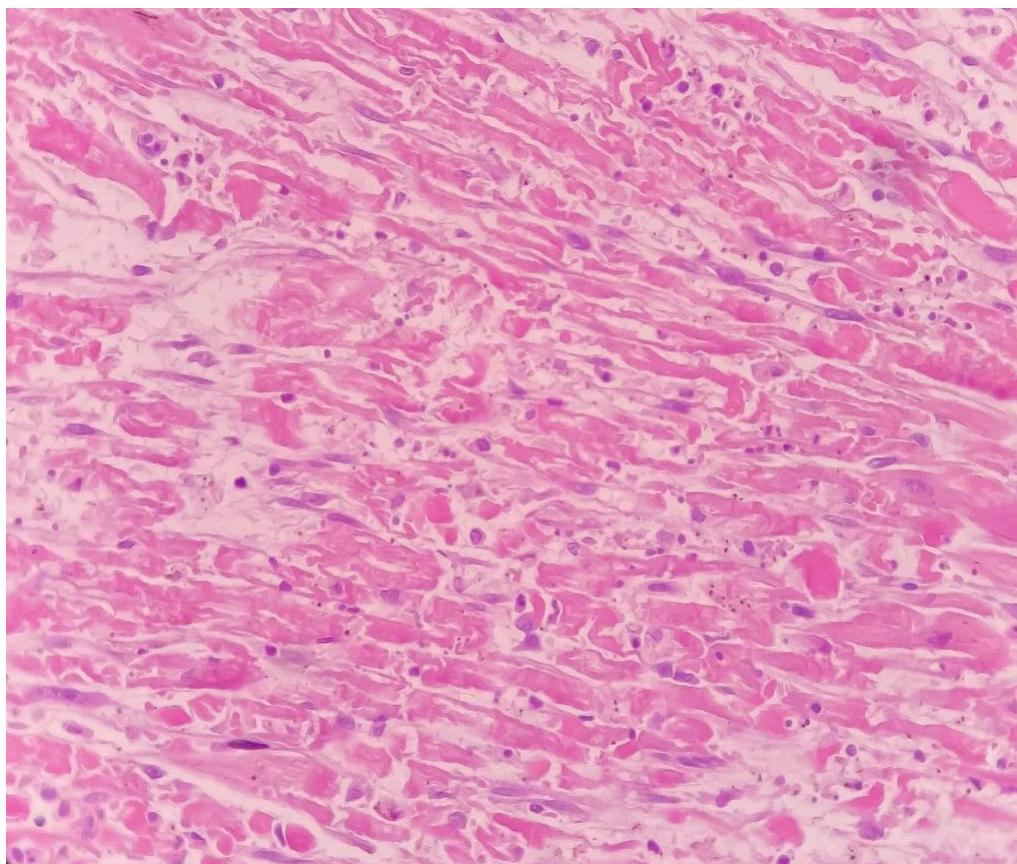


Figura 1. Fotomicrografia do miocárdio em um caso de infarto agudo. Miocardiócitos com citoplasma hipereosinofílico e ausência de estriações. (Hex200)

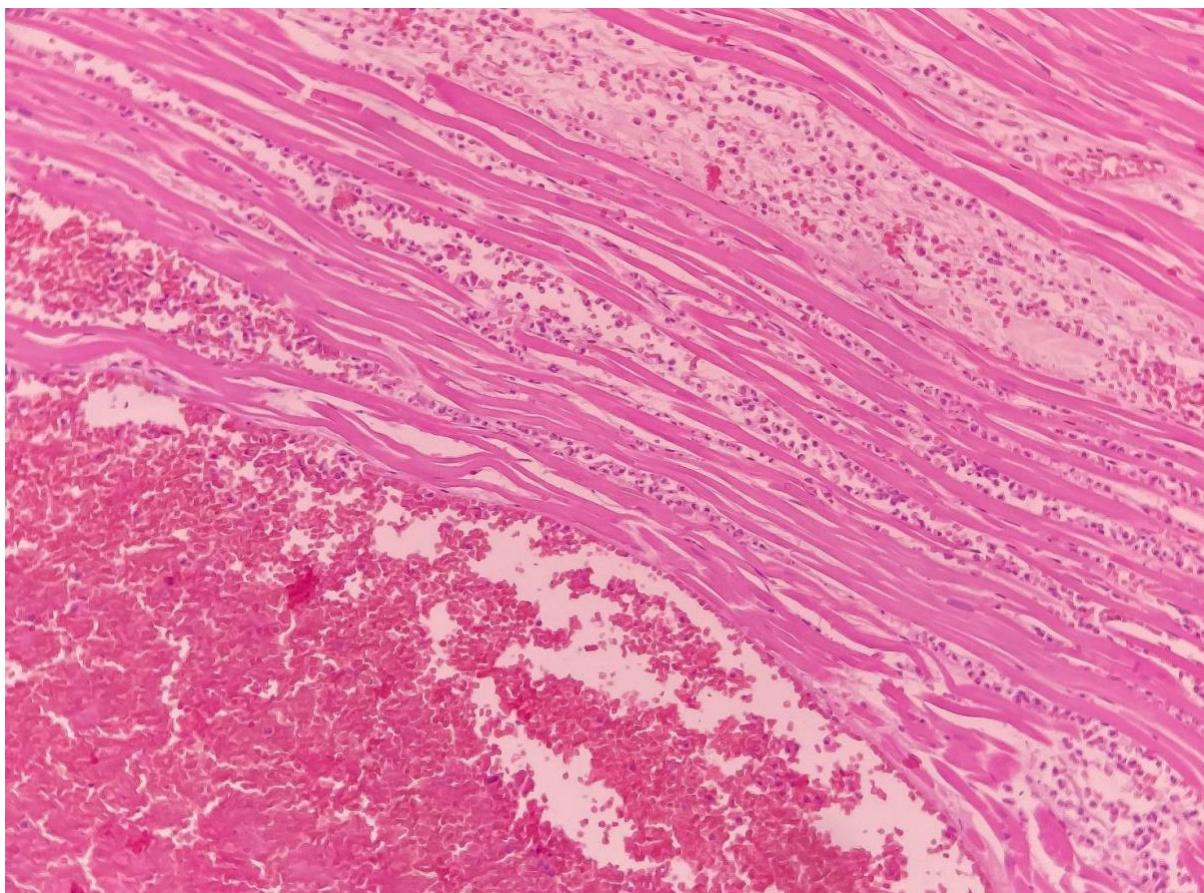


Figura 2. Hemorragia exuberante dissecando o Miocárdio em caso de rotura cardíaca. Nota-se ainda o exsudato de polimorfonucleares e edema, compatíveis com a datação de 2 a 4 dias de infarto. (HE X 200).

Um estudo de meta-análise (HAN-PAN e cols)³⁷ demonstrou que a hipertensão é o principal fator contributivo isolado de complicação das doenças cardiovasculares, envolvido em 2/3 dos acidentes vasculares cerebrais e metade dos eventos coronarianos, com 9,4 milhões de mortes por ano. O risco relativo de morte súbita associado a um aumento de 20 mmHg na pressão sistólica é de 1,28 e de 1,09 quando associado a um aumento de 10 mmHg na diastólica (intervalo de confiança – 95%). SAIZ (2017)⁴⁶ realçou que o uso regular da medicação é eficaz na redução do risco de morte súbita de etiologia cardíaca, ainda que não se verifique a redução a níveis considerados basais.⁴⁶ A alteração morfológica patognomônica da cardiomiopatia hipertensiva é a hipertrofia miocárdica concêntrica do ventrículo esquerdo. Quando exuberante, pode levar à deficiência do suprimento coronariano associada à demanda elevada, com consequentes pontos de esclerose secundária à isquemia multifocal, principalmente quando há coronariosclerose. Em quadros avançados, a doença cursa com dilatação gradativa da cavidade do ventrículo esquerdo e redução do aspecto hipertrófico. No ato da necropsia, o encontro de nefrosclerose caracterizada por superfície finamente granular ou redução

volumétrica significativa configurando o aspecto do “rim contraído primário” corroboram para o diagnóstico.¹⁷ (Figura 3)

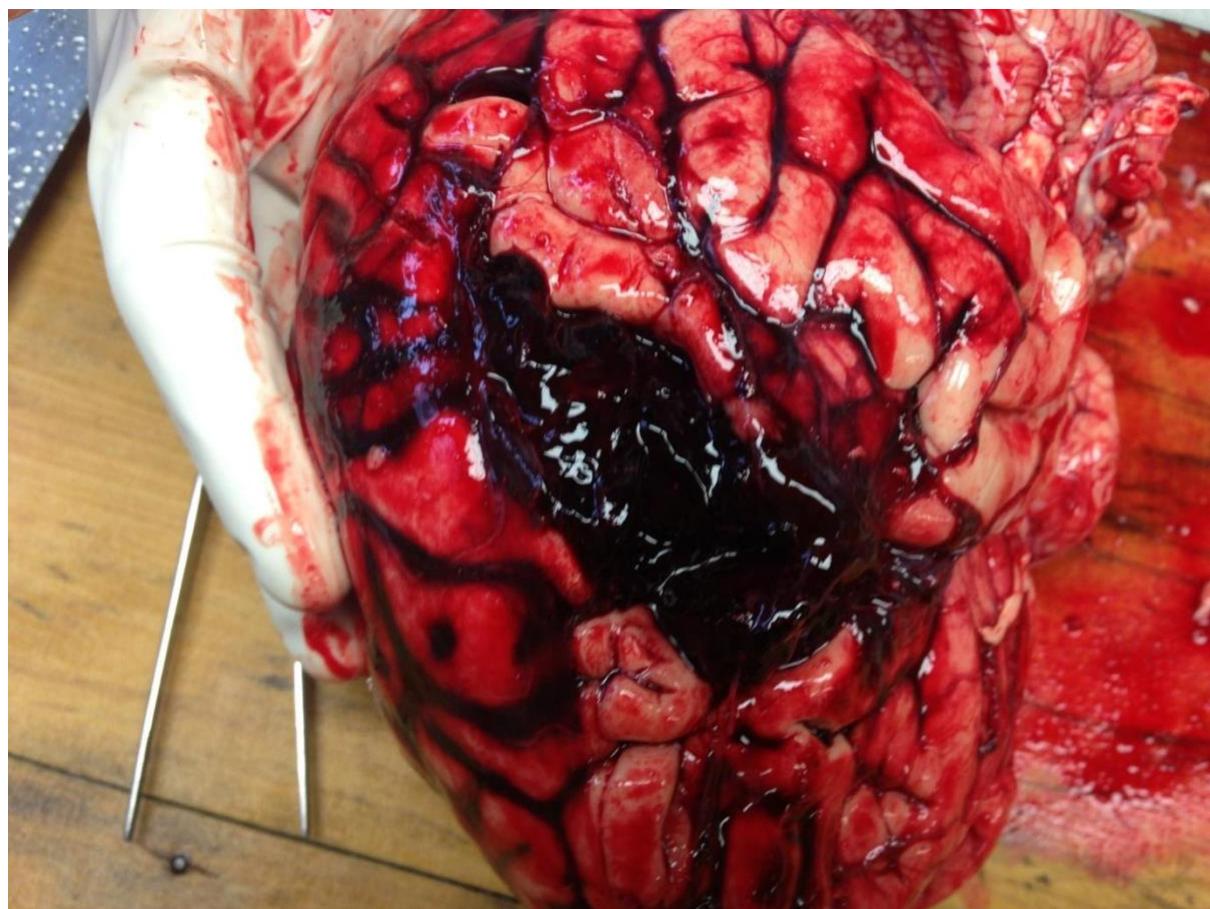


Figura 3. Hemorragia intraparenquimatosa cerebral secundária à crise hipertensiva.

É sabido que o diabete melito induz à hipercolesterolemia e à aterosclerose sistêmica. A consequente coronariosclerose é significativa a ponto de o infarto do miocárdio ser a principal causa de óbito em indivíduos diabéticos, inclusive com igual incidência entre os sexos masculino e feminino.¹⁷ Fisiopatologicamente, o microambiente da hiperglicemia e resistência à insulina, em conjunção com o estresse oxidativo levam à injúria endotelial e liberação de mediadores inflamatórios, com ativação de monócitos que migram ao espaço subendotelial se diferenciando em macrófagos, que fagocitam lipoproteínas de colesterol de baixa densidade (LDL - *low density lipoprotein*) oxidadas.²⁹ AUNE e cols⁵ demonstraram risco relativo total de 2,02 para morte súbita de etiologia cardíaca por doença coronariana e falência cardíaca no cenário do Diabete Melito e de 1,23 em indivíduos pré-diabéticos. No procedimento necroscópico, na ausência de diagnóstico clínico informado, a inferência do quadro pode ser feita na evidência de nefropatia diabética, onde o rim mostra superfície granular e afilamento da camada cortical (redução da relação córtico-medular).

O tabagismo também corrobora para o risco de morte súbita de etiologia cardíaca, sendo o risco relativo de 3,06 para o tabagista ativo e 1,38 para o ex-tabagista.^{5, 6, 43}

Algumas medicações, pela capacidade de promover alterações de condução ou repolarização cardíaca, também podem estar associadas à morte súbita de etiologia cardíaca. São exemplos a domoperidona, utilizada em pacientes com Doença de Parkinson, alguns antidepressivos, anticonvulsivantes e antipsicóticos.⁷

A incidência de morte súbita de etiologia cardíaca em casos de nefropatia em estágio dialítico é heterogênea, sugerindo que fatores intrínsecos às doenças que cursam com insuficiência renal são mais relevantes do que propriamente a rotina dialítica.⁴³

Doenças miocárdicas estruturais não isquêmicas perfazem aproximadamente 15% dos casos de morte súbita. Com maior incidência em indivíduos mais jovens, estão englobados nessa categoria a cardiomiopatia hipertrófica, cardiomiopatia dilatada, a displasia arritmogênica do ventrículo direito, doenças autoimunes ou de depósitos como a sarcoidose e a amiloidose, a cardiopatia valvar e as anormalidades congênitas. (Fig. 4)

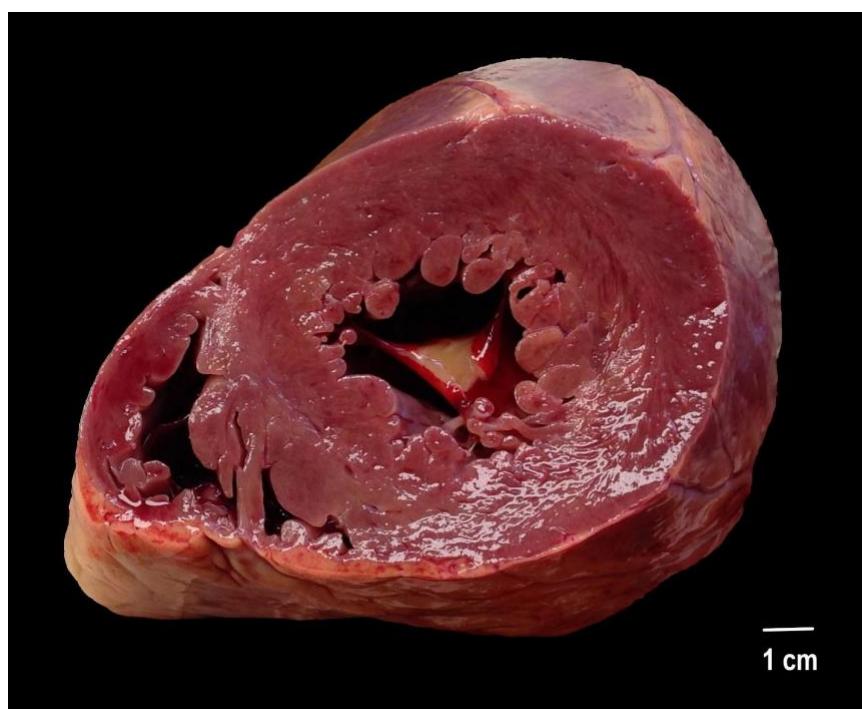


Figura 4. Aspecto do coração na amiloidose primária. Miocárdio com espessura aumentada, simetricamente, e consistência aumentada.

A cardiomiopatia hipertrófica é a causa de morte súbita cardíaca mais comum em indivíduos com menos de trinta anos.³⁴ A maioria dos indivíduos com essa condição é

assintomático. Embora episódios de morte súbita no contexto da cardiomiopatia hipertrófica ocorram muitas vezes durante atividade física intensa, as mortes podem ocorrer no decorrer de atividade física leve ou até mesmo em repouso sendo a cardiomiopatia o único achado necroscópico.³⁴

Na cardiomiopatia hipertrófica, o coração se apresenta aumentado em volume, com dilatação atrial pela restrição ao enchimento ventricular. Chama a atenção a hipertrofia ventricular, predominante à esquerda, com cavidades de tamanho habitual ou levemente reduzida. A maioria dos casos mostra hipertrofia assimétrica, sendo o septo mais espesso que a parede livre do ventrículo esquerdo, à razão de no mínimo 1/3. Em grande parte dos casos, principalmente na forma assimétrica, observa-se espessamento fibrótico da via de saída do ventrículo esquerdo, secundários ao atrito da cúspide valvar sobre o endocárdio. No entanto, o achado mais característico desta doença é o desarranjo microscópico das fibras miocárdicas, associado a fibrose intersticial e espessamento da parede de pequenas artérias intramurais.¹⁷

Considerando as valvopatias, o prolapsos valvar mitral é a principal alteração envolvida com a morte súbita de etiologia cardíaca. HAN e cols,²⁴ em uma revisão sistemática, observaram 161 casos de prolapsos associados com falência cardíaca ou morte súbita. Nas descrições por eles avaliadas, as ocorrências se deram preferencialmente no sexo feminino (69% dos casos), em pacientes com idade média de 30 anos. 47% dos casos foram associados a situações de estresse e 81% dos casos tiveram como consequência fibrilação ventricular. Morfológicamente, 70% dos casos apresentavam comprometimento de ambos os folhetos, e 99% dos folhetos exibiam redundância. Fisiologicamente, 83% exibiam regurgitação leve a moderada.

Alguns distúrbios cardíacos arritmogênicos tais como a Síndrome do QT Longo (LQTS), Síndrome do QT Curto (SQTS), Síndrome de Brugada e taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica são caracterizados por distúrbios elétricos da função cardíaca, sem alterações anatômicas conjuntas, associados a genes que codificam canais iônicos ou proteínas destes canais. A literatura vigente coloca que estes distúrbios, também chamados canalopatias, estariam envolvidos em mais de 15% dos casos de Síndrome da Morte Súbita Infantil e mais de 35% dos casos de Morte Súbita em adultos jovens. Além do mais, a literatura indica ainda que muitas variações genéticas, que determinam cardiomiopatias ou canalopatias, possuem herança autossômica dominante.⁴¹

Os estudos que caracterizam a relação do etilismo com a falência cardíaca demonstram uma dupla via de evolução. Etilistas crônicos de grande quantidade de álcool tem risco elevado de insuficiência cardíaca não coronariana. Os mecanismos fisiopatológicos hipotéticos incluem a toxicidade direta do etanol à musculatura e o déficit nutricional que frequentemente ocorre no etilismo habitual. O prejuízo à função cardíaca secundário ao nível etílico sérico elevado promove alterações no fluxo cardíaco regional. A longo prazo, resulta em dilatação ventricular, sendo o contexto então chamado cardiomiopatia alcoólica. Estes indivíduos apresentam maior incidência de morte súbita consequente a fabricação atrial, extrassístoles ventriculares ou taquiarritmias ventriculares, associadas não somente à microinjúria miocárdica, como também ao retardo de condução e de repolarização promovidos pelo estado hiperadrenérgico etílico. Na avaliação necroscópica observamos alterações compatíveis com a cardiomiopatia dilatada: aumento global do volume cardíaco à custa de dilatação das quatro câmaras; musculatura flácida e eventual presença de trombose mural. O consumo agudo de álcool em grande quantidade promove instabilidade elétrica cardíaca, podendo esta ser corroborada por lesões cardíacas prévias, como áreas de isquemia ou hipertrofia do miocárdio. Por outro lado, dados de literatura atribuem influência protetiva do consumo de álcool em pequena quantidade em relação à doença cardíaca coronariana. Os mecanismos envolvidos nesta influência incluem o aumento da fração sérica de lipoproteína de colesterol de alta densidade (HDL – *high density lipoprotein*), prostaciclinas e ativador de plasminogênio tecidual endógeno; associada a diminuição dos níveis séricos de LDL, diminuição da oxidação do LDL, do fibrinogênio, da viscosidade planetária e tromboxano A. Também está envolvido em menores taxas de diabete melito e estresse psicossocial, e aumento da função endotelial. É importante colocar que estes prováveis benefícios são inversamente proporcionais aos prejuízos promovidos pelo consumo contínuo e elevado.³⁸

PERKIO (2016), em seu estudo sobre a relação do consumo de álcool com a morte súbita cardíaca no norte da Finlândia, demonstrou que quatro em cada dez óbitos apresentou dosagem etílica positiva no sangue, e que a positividade foi maior em indivíduos do sexo masculino. Os óbitos das vítimas que apresentavam dosagem etílica elevada no sangue ocorreram mais frequentemente no período noturno, enquanto os óbitos das vítimas com dosagem etílica negativa ocorreram predominantemente no período diurno.³⁸ As vítimas com dosagem etílica positiva exibiam achados adicionais relacionados ao hábito etílico crônico, como a esteatose e esteatohepatite etílica.³⁸

A anorexia nervosa é outra condição que pode incidir em alterações cardiovasculares tanto estruturais, na forma de efusão pericárdica, atrofia e fibrose miocárdicas, e prolapsos valvares. São também associadas à anorexia nervosa alterações de condução e repolarização, hipotensão, bradicardia sinusal e espasmo arterial.⁴⁵

O exercício físico é uma das principais ferramentas para a melhoria da saúde e qualidade de vida, sendo associado a redução do risco cardiovascular relacionado à doença coronariana, hipertensão, resistência à insulina, sobre peso/obesidade e dislipidemia. No entanto, uma minoria de indivíduos com condições cardíacas peculiares pode apresentar risco aumentado para morte súbita de etiologia cardíaca, responsável por 60% dos casos de morte súbita durante o exercício. Os casos de morte súbita em atletas de alto nível se dão em indivíduos jovens e, embora raros, tem impacto catastrófico. Dados estatísticos indicam que a incidência de morte súbita de etiologia cardíaca em atletas é baixa, variando entre 0,5/100.000 indivíduos em um estudo com atletas não profissionais do ensino médio de Minnesota, até 2,3/100.000 indivíduos em atletas de alto desempenho do norte da Itália. Um estudo revelou a incidência de 1/50.000 ano-atleta em atletas do ensino fundamental e de 1/80.000 ano-atleta em atletas do ensino médio. A incidência é maior no sexo masculino. Um dado impactante nos estudos consiste na grande porcentagem de indivíduos assintomáticos (60 – 80%). Sinais e sintomas relatados são síncope ao esforço, convulsões inexplicadas e histórico familiar de morte súbita. A associação americana de cardiologia (The American Heart Association) recomenda programas de triagem para o risco de alterações cardíacas com a realização de eletrocardiograma, indicando a maior acurácia do exame em identificar alterações estruturais, canalopatias e arritmias quando comparado ao histórico e exame físico convencional.⁴

No estudo realizado por NAJARI (2016)³⁴ para avaliação dos casos de morte súbita na vigência de atividade física, entre os casos de morte súbita de etiologia cardíaca, (33.3%) dos casos apresentaram pródromo de dor torácica, síncope e alteração de consciência. Um dos casos tinha antecedente de morte súbita em familiares.³⁴ O uso de drogas (tais como estimulantes, anabolizantes, opióides e etc), broncoconstrição, insolação e afogamento são diagnósticos diferenciais importantes das causas de morte súbita cardíaca em atletas.³⁴

As causas mais comumente associadas à morte súbita durante o exercício em adolescentes e adultos jovens são as doenças genéticas do músculo cardíaco, como a cardiomiopatia hipertrófica e a displasia arritmogênica do ventrículo direito, seguida de anomalias das artérias coronárias, miocardite, rotura aórtica em Síndrome de Marfan,

anomalias de condução, e valvopatia, incluindo a estenose aórtica e o prolapsos da mitral. Nos casos em que há evidência de anormalidade estrutural podem estar relacionados a canalopatias como a Síndrome do QT longo, a taquicardia ventricular catecolaminérgica polimorfa e a Síndrome de Brugada. Nestes casos, é interessante a caracterização genética complementar.¹¹

Em um estudo de 720 casos de morte súbita em atletas no Reino Unido, a avaliação do coração foi realizada por patologistas especialistas em patologia cardiovascular. Os diagnósticos colocados foram coração sem anormalidades estruturais em 45% dos casos, cardiomiopatia em 29% dos casos e anomalias de artérias coronarianas em 10% dos casos. Nesse estudo, houve disparidade significativa (41%) entre o diagnóstico inicialmente indicado e o proposto pelo especialista.¹³

A trombose venosa profunda (TVP) e o embolismo pulmonar, conhecidos em conjunto como tromboembolismo venoso são frequentemente envolvidos em casos de morte súbita. Dados estatísticos obtidos nos Estados Unidos da América (EUA) estimam uma incidência de 100 a 200 casos/100.000 indivíduos, cerca de 900.000 casos/ano, resultando em grande morbidade e internações hospitalares, e culminando com o óbito em um terço dos casos (300.000 casos/ano). Consequentemente, é uma das causas mais comuns de óbito cardiovascular. Estratificados por faixa etária, os casos se dão em 1/100.000 indivíduos na população jovem e em cerca de 1/100 indivíduos na população idosa (80 anos em média). A incidência é ainda levemente maior no sexo masculino, sendo a proporção de 56 homens para cada 48 mulheres. Quando do óbito, mais de 60% dos casos ocorrem com até 1 hora do início da sintomatologia.¹⁹

Neoplasias malignas, insuficiência cardíaca, doença arterial, obesidade, doença reumatológica e insuficiência venosa são exemplos de fatores de risco persistentes. Imobilidade, condição pós-operatória, trauma, terapêutica medicamentosa, gestação e presença de elementos exógenos (como cateteres) são fatores de risco transitórios.

O trombo é a consequência do desbalanço entre a coagulação sanguínea e os mecanismos anticoagulantes ou fibrinolíticos naturais. Composto por eritrócitos, plaquetas e fibrina, ocorre geralmente em área de lesão endotelial ou estase, tais como seios venosos e cúspides valvares. Embora passível de lise espontânea, o trombo pode se desprender, migrar e embolizar.

Embora a trombose venosa profunda seja a principal causa de embolia pulmonar, em aproximadamente metade dos pacientes não é possível resgatar o sítio trombótico inicial. Sinais de congestão e insuficiência vascular, como edema, hiperpigmentação e ulceração, são indicativos da condição crônica.²⁰

O diagnóstico clínico do tromboembolismo pulmonar é notoriamente impreciso, com muitos casos erroneamente diagnosticados, superdiagnosticados ou não aventados, sendo a acurácia diagnóstica clínica de apenas 10 a 30%. A obstrução vascular causa hipertensão aguda em câmaras cardíacas direitas, hipotensão e óbito. A necropsia ainda é considerada o “padrão ouro” para o diagnóstico definitivo.¹⁹ (Figura 5).

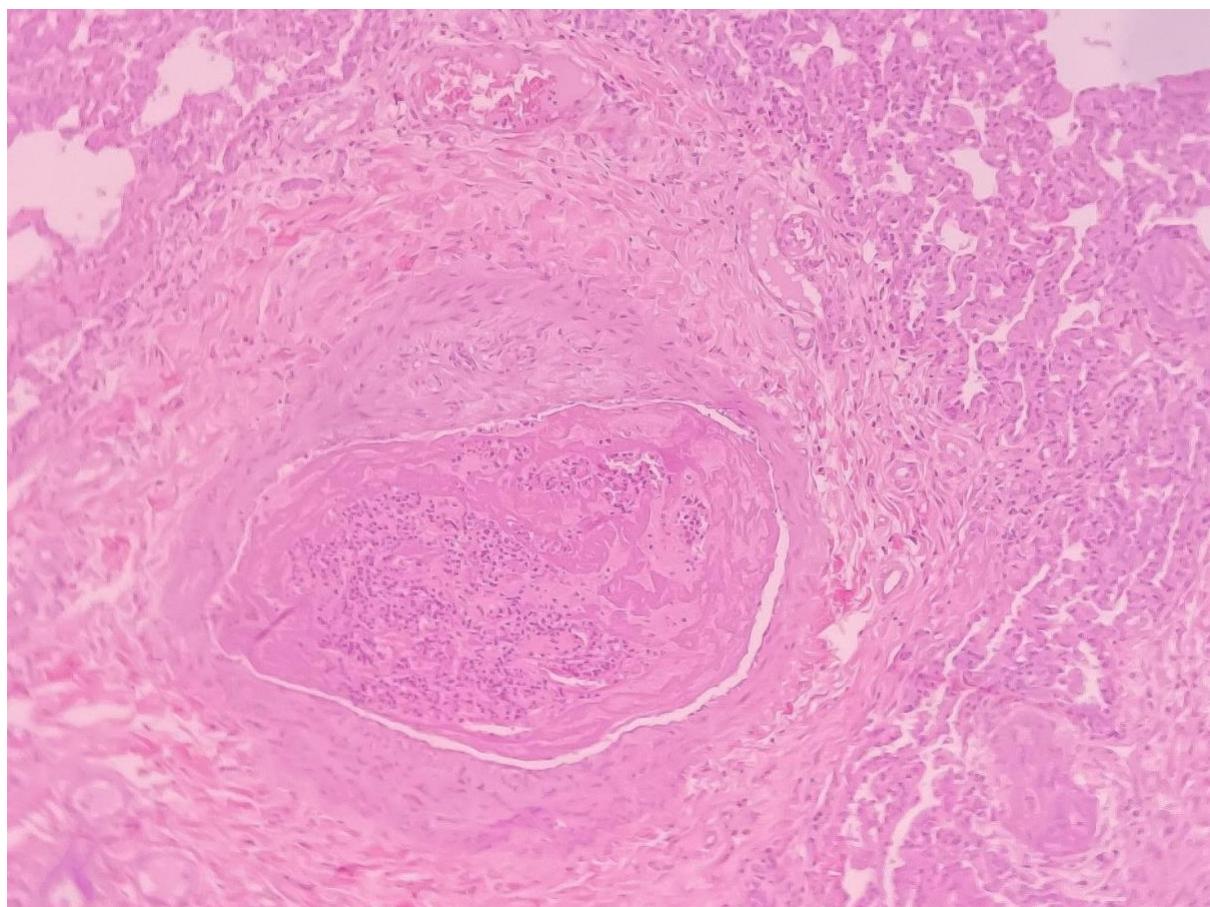


Figura 5. Tromboêmbolo oclusivo em organização em veia pulmonar segmentar. (HEx200).

O trombo pode se formar em qualquer local do sistema cardiovascular, inclusive no sistema arterial e nas cavidades cardíacas. Em estruturas de grande calibre e rápido fluxo, em geral não são oclusivos. Em artérias menores e veias, mais comumente podem ser oclusivos. Em 95% dos casos com tromboembolismo pulmonar, os êmbolos se originam em veias

profundas dos membros inferiores e da pelve.¹⁷ Cumpre lembrar que a embolia pulmonar também pode resultar de eventos não trombóticos, tais como a embolia gordurosa, embolia tumoral ou embolia gasosa.

A evidência de tromboembolismo pulmonar em necropsias será então altamente influenciada pela natureza do caso avaliado (indivíduos idosos, situações de pós-operatório, pós-traumáticas e oncológicas). Na ausência de condições que particularmente favoreçam o tromboembolismo, considera-se a avaliação genética. Anormalidades envolvendo os genes que codificam os anticoagulantes naturais do organismo (como a antitrombina, a proteína C e a proteína S) ou o fibrinogênio têm se demonstrado como fatores de risco incomuns para o desenvolvimento de tromboembolismo, enquanto mutações envolvendo o gene do Fator de coagulação V de Leiden ou o fator II são mais comumente observadas em episódios de tromboembolismo.¹⁹ A avaliação histológica das alterações cronológicas do trombo auxilia o médico forense na determinação da relação causal entre o episódio clínico, cirúrgico ou traumático com o evento tromboembólico.¹⁹

Morte súbita na epilepsia

Dá-se a designação de morte súbita relacionada à epilepsia (em inglês, SUDEP – *sudden unexpected death in epilepsy*) a morte abrupta não traumática, testemunhada ou não, ocorrida em circunstâncias benignas em indivíduos epilépticos, com ou sem evidência de convulsão, excluído o estado de mal epiléptico (crise epiléptica única com duração de 30 minutos ou mais, ou crises recorrentes que ultrapassem ao todo 30 minutos, sem recuperação da consciência entre as crises), para a qual não se evidencia associação a alteração morfológica ou toxicológica em exame necroscópico.⁴⁷ É a principal causa de morte em indivíduos com epilepsia, responsável por até 17% dos óbitos nesta população.⁵⁷ Estudos de incidência nos Estados Unidos da América indicam 0,35 à 2,7 casos/1000 pacientes por ano, sendo a média de 1,4/1000.

São estabelecidas três categorias no diagnóstico de morte súbita relacionada à epilepsia: SUDEP definitivo, quando cumpre critérios clínicos, sendo o estudo anatomo-patológico negativo para outra causa de morte; SUDEP provável, quando cumpre critérios clínicos, mas não há estudo anatomo-patológico e SUDEP possível, quando as informações não são suficientes para a caracterização, e não há outra causa possível de morte (mesmo ainda não confirmada).

Os fatores de risco enquadram-se em alto e baixo impacto (Tabela 1). Crises epilépticas tônico-clônicas são o principal fator de risco para a morte súbita relacionada à epilepsia. O risco é 1,4 vezes maior para o sexo masculino e 1,7 vezes maior quando do início dos sintomas em idade precoce.^{9,57} No mais, frequência, duração e gravidade das crises, idade entre 20 e 40 anos, raça negra, início precoce dos surtos epilépticos, uso da medicação em dosagem subterapêutica e o etilismo são fatores de risco a serem considerados.^{57,47} Com base nos fatores de risco relatados, a incidência de morte súbita relacionada a epilepsia difere diante do contexto da população avaliada, variando, então, de 0,09/1000 indivíduos/ano em casos de epilepsia com diagnóstico recente, à 9,3/1000 indivíduos/ano naqueles candidatos à terapia cirúrgica.⁵⁷ Diante destes fatores, a mortalidade global em pacientes com epilepsia é de 2 a 3 vezes maior que a da população em geral, e o risco de morte súbita está aumentado em 20 a 25 vezes.

Tabela 1: Fatores de risco para epilepsia (adaptado de VELASQUEZ, M e cols. **Muerte súbita en epilepsia.** *Rev Med Chil* 2018 Aug;146(8):902-908).

Categorias	Alto impacto	Baixo impacto
Crises epilépticas	Tônico clônicas generalizadas Frequência aumentada de crises	Crises noturnas
Tratamento da epilepsia	Refratariedade Mal aderência (pseudorefratariedade) Baixos níveis plasmáticos do fármaco	Início da epilepsia < 16 anos Duracão da epilepsia > 15 anos
Características do paciente	Idade entre 20 e 40 anos Abuso de álcool	Asma Demência Sexo masculino Raça Negra

O estudo realizado por ZHUO⁵⁷ e colaboradores em 2012 sobre morte súbita associada à epilepsia mostrou que 95,9% dos óbitos se deram na residência dos indivíduos, dois terços

destes na cama ou no chão do quarto, e mais de 50% foram encontrados em decúbito ventral. A variação da frequência cardíaca e respiratória durante o sono são fatores de risco para o desencadear de crises convulsivas e, consequentemente, para o óbito. Indivíduos com epilepsia refratária apresentam ainda maiores taxas de anormalidades eletrocardiográficas em convulsões durante o sono.⁵⁷ Aproximadamente 69,3% das ocorrências se dão durante o sono e 30,7% na vigília ($P<0,001$). Avaliando o ciclo sono/vigília em 272 pessoas, verificou que indivíduos com idade entre 20 e 40 anos estão mais propensos a morrer durante o sono do que os maiores de 40 anos (OR: 2,0; 95% intervalo de confiança= 1,0 - 3,8; $P=0,05$). Quando considerado o ciclo circadiano e a posição no momento do óbito, em 114 ocorrências, 87,6% (95% Intervalo de confiança= 81,1% - 94,2%) dos pacientes que morreram durante o sono estavam em decúbito ventral e 52,9% (95% intervalo de confiança= 24,7% - 81,1%) dos pacientes que morreram em vigília estavam em decúbito ventral. Os pacientes com crises noturnas são 6,3 vezes mais propensos a morrer em decúbito ventral quando comparados aos pacientes com crises diurnas (OR: 6,3; 95% intervalo de confiança= 2,0 – 19,5; $P=0,002$).¹

As alterações clínicas relacionadas ao óbito identificadas são predominantemente decorrentes de mecanismos cardiovasculares (taqui e bradiarritmias e assistolia ictal durante as crises); respiratórios (apnêia central e edema pulmonar neurogênico) e relacionados ao sistema autônomo (simpático ou por disfunção vagal sustentada); todas provavelmente desencadeadas pelas crises convulsivas. O remodelamento cardíaco ocorre em conjunto com a evolução da doença e acentua a quantidade de crises. Há ainda alterações cardíacas secundárias a disfunção autonômica, como a variação da frequência cardíaca. No trato respiratório, estudos em modelos animais demonstraram hipoapneia central, secundária a supressão dos centros respiratórios do tronco por propagação da despolarização nas crises, além de alteração no controle (quimiorreceptores de CO₂ e pH). Alguns fármacos como a lamotrigina e a carbamazepina são considerados de risco por apresentarem efeitos adversos cardiovasculares, como prolongamento de QT, arritmias e transtornos de condução.⁵³

Morfologicamente, são fatores que levam ao desenvolvimento de epilepsia principalmente a injúria traumática, seguida das malformações arteriovenosas cerebrais, aneurismas e tumores cerebrais.⁵⁷ Alguns estudos têm relatado alterações no sistema nervoso central em cerca de 70% dos pacientes. Além das acima descritas, a atrofia hipocampal ou cortical. No tecido cardíaco, por sua vez, observam-se vacuolização de miócitos, fibrose e infiltrados inflamatórios. Além da morte diretamente relacionada à crise convulsiva ou ao

estado epilético, nesta população, há ainda a morte secundária ao surto epiléptico, acidental, sendo exemplos o afogamento, queimadura, acidente de trânsito e até mesmo o uso inadequado da medicação.⁵⁷ A avaliação toxicológica está também indicada para estas ocorrências, visto que estudos nesta população demonstram a medicação anticonvulsivante é detectada em apenas uma pequena parcela dos indivíduos. Além do mais, mesmo quando detectada, a medicação anticonvulsivante muitas vezes se encontra em dose subterapêutica.⁵⁷

COLL e colaboradores (2015)⁹, realizando estudo genético em casos de morte súbita no contexto da epilepsia, observaram correlação com genes envolvidos em cardiomiopatias, predominantemente arritmogênicas, embasando o conceito emergente da existência de canalopatias cardiocerebrais geneticamente determinadas.⁹

Morte súbita relacionada a doenças respiratórias

Infecções do trato respiratório inferior agudas são a principal causa de morbidade e mortalidade, globalmente. Indivíduos nos extremos da vida, ou com fatores associados a imunocomprometimento; como a soropositividade para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), elitistas crônicos, portadores de doenças crônicas e de neoplasias; tem susceptibilidade aumentada a quadros infecciosos, sendo então especialmente vulneráveis. Além de figurarem na maioria das ocorrências como causa terminal do óbito, são relevantes fatores contributivos ou até mesmo de causa básica. Dados estatísticos levantados nos Estados Unidos da América indicam 2% dos óbitos tendo como causa básica a infecção pulmonar viral ou bacteriana.

As pneumonias adquiridas na comunidade, isto é, infecções pulmonares iniciadas fora do contexto hospitalar, são a segunda principal causa de internação e a principal causa infecciosa de óbito. Dados estatísticos nos Estados Unidos da América apontam a incidência de 650 casos/100.000 habitantes, correspondendo a 1,5 milhões de casos por ano. O agente etiológico mais frequentemente envolvido é o *Streptococcus pneumoniae*. Outras bactérias típicas, como *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* e *Staphylococcus aureus*; e atípicas, como *Legionella* spp, *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae* são comumente envolvidos. Entre os agentes virais, os vírus influenza A e B, rinovírus e vírus parainfluenza.

Os quadros infecciosos pulmonares de etiologia bacteriana adquiridos na comunidade apresentam-se à necrópsia como consolidação de um ou mais lobos, geralmente inferiores.

Associados à friabilidade e à secreção de aspecto purulento à expressão, são facilmente caracterizados. (Fig. 6) Outras vezes a consolidação do parênquima é focal e justaposta às vias áreas, nos casos de broncopneumonia. Este, mais especificamente, deve ser diferenciado como causa de morte natural de um quadro inflamatório/infeccioso não natural, precipitado por uma broncoaspiração. Tal diferenciação poderá ser obtida por vezes apenas em avaliação microscópica, revelando a presença de corpos estranhos ou restos de células vegetais em vias aéreas terminais, associadas ao contexto inflamatório agudo.¹³ Já nos quadros infecciosos de etiologia viral, o aspecto macroscópico pode ser de uma hemorragia intraparenquimatosa ou estar apenas representado por congestão,¹³ dificultando a caracterização da causa do óbito como natural, visto que este aspecto macroscópico é semelhante ao verificado como consequência de outras injúrias pulmonares agudas, por exemplo traumáticas. A avaliação histológica pode demonstrar elementos virais específicos, ou indícios citoarquiteturais de ação viral, que podem ser corroboradas em reação imunoistoquímica a antígenos virais.

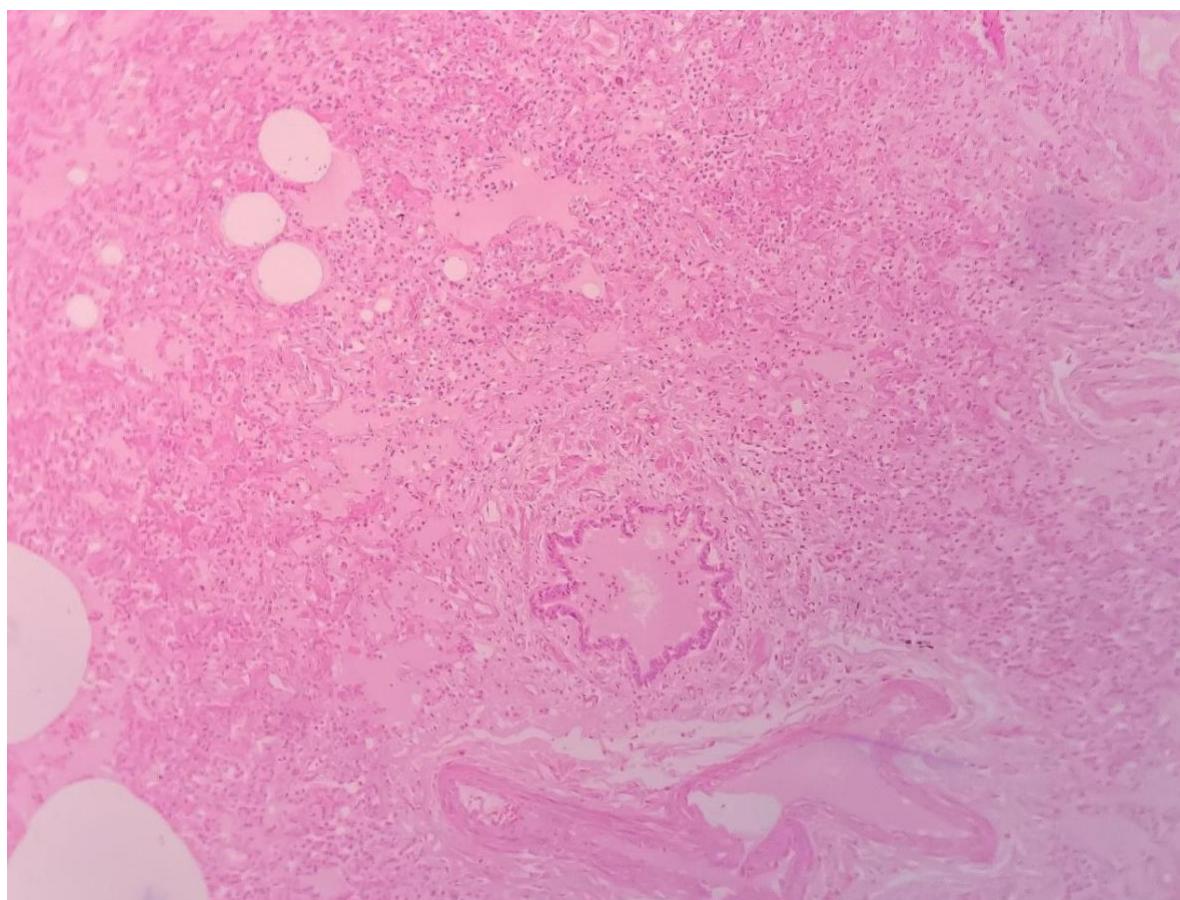


Figura 6. Fotomicrografia do parênquima pulmonar demonstrando exsudato inflamatório agudo, composto por polimorfônucleares, fibrina e edema, que preenche os alvéolos, em caso de pneumonia aguda bacteriana. (HEx100).

Obstrução aguda de vias aéreas é também uma causa freqüente e importante de morte súbita. A asma é uma afecção crônica inflamatória de vias aéreas que cursa com reatividade exacerbada das vias aéreas e obstrução do fluxo. A incidência varia de 1 a 16% nos diversos países (cerca de 300 milhões de indivíduos), com aproximadamente 346.000 casos de óbito anualmente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o índice de mortalidade relacionado à Asma em diversos países varia de 40,79/100.000 habitantes em Kiribati a 0,34/100.000 habitantes na Itália. A partir da década de 90, observou-se uma redução global da mortalidade relacionada a asma, em virtude do avanço terapêutico pela combinação de glicocorticóides inalatórios, beta-agonistas e fenoterol. O comportamento no Brasil acompanhou a tendência mundial, sendo observada redução do índice de mortalidade de 1,92 para 1,21/100.000 habitantes, entre 1980 e 2012.⁴⁴ Crianças e adultos jovens são mais comumente afetados pela doença, principalmente os residentes em áreas urbanas, e indivíduos com episódios de crise noturna tem risco de óbito aumentado em duas vezes com relação à população não asmática. Paradoxalmente a redução da mortalidade global na população geral, a proporção de casos em idosos tem aumentado, assim como a tendência de maior número de casos no sexo feminino.⁴⁴ GULLACH (2015)²³ avaliou as causas de óbito em 6.629 indivíduos com até 35 anos na Dinamarca, sendo 10% das ocorrências resultantes de morte súbita. Destas, 8% aconteceram em pessoas com antecedentes de crise asmática, para os quais 27% a causa da morte foi crise asmática.²³

O principal diagnóstico diferencial da obstrução aguda de vias aéreas é a ocorrência secundária a fatores exógenos. Devem ser considerados os quadros hiperreativos de vias aéreas e ocorrências acidentais, por exemplo, a aspiração de corpos estranhos.

Morfologicamente os casos de óbito por mal asmático exibem grande quantidade de secreção nas vias aéreas, muitas vezes na forma de verdadeiros tampões obstrutivos. Os pulmões estão hiperinsuflados. Na histologia, a mucosa brônquica mostra descamação epitelial, espessamento da membrana basal e edema subepitelial, além de intenso infiltrado inflamatório com eosinófilos e hipertrofia da túnica muscular lisa.¹⁷

As pneumopatias crônicas obstrutivas perfazem o terceiro lugar em causas de óbito, globalmente. A limitação progressiva do fluxo aéreo e a história natural da doença, além de favorecer a infecção do trato respiratório inferior, levam a um contexto inflamatório sistêmico persistente. Sendo o conjugado pneumopatia/cardiopatia não apenas uma simples associação, mas também uma relação de causa e efeito, indivíduos com capacidade ventilatória limítrofe

poderiam figurar com morte súbita de aparente causa cardíaca. As teorias que suportam a associação acima são: os fatores de risco de desenvolvimento de pneumopatias e cardiopatias são correacionados; as alterações fisiopatológicas das pneumopatias levam a um aumento direto do risco de morte súbita cardíaca; o uso de drogas respiratórias influencia diretamente a atividade cardiovascular; e a associação de pneumopatia e cardiopatia leva a modificações na terapêutica que seria aplicada isoladamente a cada uma das afeções, de forma a contemplar a ambas. A falência cardíaca nesses casos é mais frequentemente associada à atividade elétrica sem pulso e a assistolia, do que por alterações arrítmicas. O alargamento do espaço QT e a dispersão QT são marcadores eletrocardiográficos relevantes para o risco de morte cardiovascular em indivíduos com pneumopatia crônica.⁵² Evidências necroscópicas de pneumopatia crônica são o encontro de estruturas brônquicas espessadas e alargadas (bronquiectasias), e parênquima pulmonar de aspecto enfisematoso ou fibrótico.

Morte súbita em doenças infecciosas

O estudo microbiológico pode ter difícil interpretação após o óbito e no procedimento necroscópico. A avaliação macroscópica é relevante, pois permite em seus achados indicar o provável órgão de origem do quadro infeccioso, direcionando o estudo laboratorial. Os principais agentes infecciosos bacterianos relacionados à morte súbita são *Mycobacterium tuberculosis*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pyogenes* e *Streptococcus agalactiae*.

A infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* tuberculose continua sendo uma doença potencialmente fatal que afeta vários órgãos e tecidos, principalmente o pulmão.⁵⁰ A epidemiologia da tuberculose sofreu impacto com o advento da era HIV/AIDS, resultando em aumento do número de casos. A OMS estima a incidência de 8 milhões de casos novos e 3 milhões de óbito por ano. Considerando a coinfecção com HIV, a baixa adesão à terapêutica e a enteropatia pelo HIV, que prejudica a absorção, favorecem a evolução do quadro. São ainda particularmente susceptíveis à tuberculose os etilistas crônicos, pacientes em corticoterapia, com neoplasia maligna ou doença hematológica vigente, privados de liberdade ou em situação de rua. Tem-se ainda verificado aumento de casos de tuberculose em pacientes com idade avançada ou com apresentação atípica.³

ALKHUJA estudou 46 casos de morte súbita relacionada à tuberculose, verificando broncopneumonia em 30 (64%) e hemoptise em 14 (30%). Miocardite e tuberculose adrenal são casos raramente relatados.³ A hemoptise está associada a doença pulmonar ativa em 15,4%

dos casos, e com tuberculose tratada e bronquiectasia em outros 17,3% dos casos. São ainda sequelas e complicações da tuberculose verificadas em necropsias a trombose, arterite e ectasia em artérias brônquicas, o Aneurisma de Rasmussen (dilatação da artéria pulmonar adjacente à cavitação pulmonar por tuberculose), trombose em artéria pulmonar com ectasia compensatória de artéria brônquica e fistula vaso-esofágica.⁵⁰

Miocardite e sepse são frequentemente indicados como causas de morte súbita. Relatos de miocardite são mais frequentes em jovens, sendo os agentes mais comumente envolvidos o parvovírus B-19, o citomegalovírus (CMV) e o vírus Coxsackie. Embora ainda com muitos pontos a serem esclarecidos, a infecção pelo Sars-Cov 2 (COVID-19) parece também apresentar índice significativo de injúria cardíaca. Miocardite fulminante e arritmias, tanto atrial como ventricular, foram relatadas. Além da miocardite em si, a ação de citocinas pró-inflamatórias e o estímulo simpático favorecem arritmias.²⁶ KUCK demonstrou elevação dos níveis de troponina em 17 % dos casos e 23 % de falência cardíaca em um estudo com 191 pacientes, além de arritmias em 16,7 % dos pacientes hospitalizados em enfermaria e 44,4% em pacientes sob terapia intensiva.²⁶ À macroscopia, as câmaras cardíacas podem estar dilatadas e o tecido amolecido, algo pálido. Também pode-se evidenciar derrame pericárdico. O diagnóstico é corroborado pela evidência de infiltrado inflamatório com agressão aos miocardiócitos.

Meningite infecciosa pode raramente resultar em morte súbita. A incidência relatada é menor de 1%. Em adultos, os agentes bacterianos adquiridos em comunidade mais comumente envolvidos são o *Streptococcus pneumoniae*, a *Neisseria meningitidis* e a *Listeria monocytogenes*, que exibem à necrópsia opacificação meníngea como característica predominante. Quando considerados os agentes virais, muitas vezes a infecção não está restrita à meninge, mas também ao encéfalo, na forma de meningoencefalite. Enterovírus, arbovírus e agentes da família Herpesviridae são os mais comumente envolvidos. Macroscopicamente, é relevante o edema encefálico nos casos de meningoencefalite. Nas meninges, predomina a hiperemia à opacificação. São ainda importantes agentes causadores de meningite os fungos *Cryptococcus neoformans* e *Candida albicans*, e o *Mycobacterium tuberculosis*.²¹

A avaliação microbiológica após o óbito é pouco abordada. A crença científica é que a maioria das culturas positivas em amostras obtidas pós-morte seriam associadas à translocação bacteriana que se dá como fenômeno biológico habitual, ou consequência de falhas nos procedimentos de amostragem ou manuseio. Por outro lado, demonstrou-se que menos de 10%

das culturas positivas seriam decorrentes de translocação bacteriana. A carência de recursos em muitos países subdesenvolvidos limita a investigação e publicação de casos. Técnicas de biologia molecular possibilitaram indicar que o tecido hepático e o líquido pericárdico seriam os sítios de maior especificidade para amostragem, podendo ser obtidas amostras com até 5 dias de óbito. Estas amostras, então, obtidas em procedimentos estéreis, podem ser submetidas a avaliação por cultura ou reação de cadeia de polimerase com transcrição reversa (RT-PCR) para agentes não passíveis de cultura. Fatores de risco para morte súbita de etiologia infecciosa são os hábitos do etilismo crônico e de consumo de drogas ilícitas, particularmente a metanfetamina, mas também opióides, cocaína e derivados, e marijuana; uma vez que interferem na resposta imunológica. O álcool etílico inibe a produção de citoquinas como o TNF- α , que age na imunidade antimicrobiana. O hábito do consumo de Drogas injetáveis favorece a endocardite infecciosa.

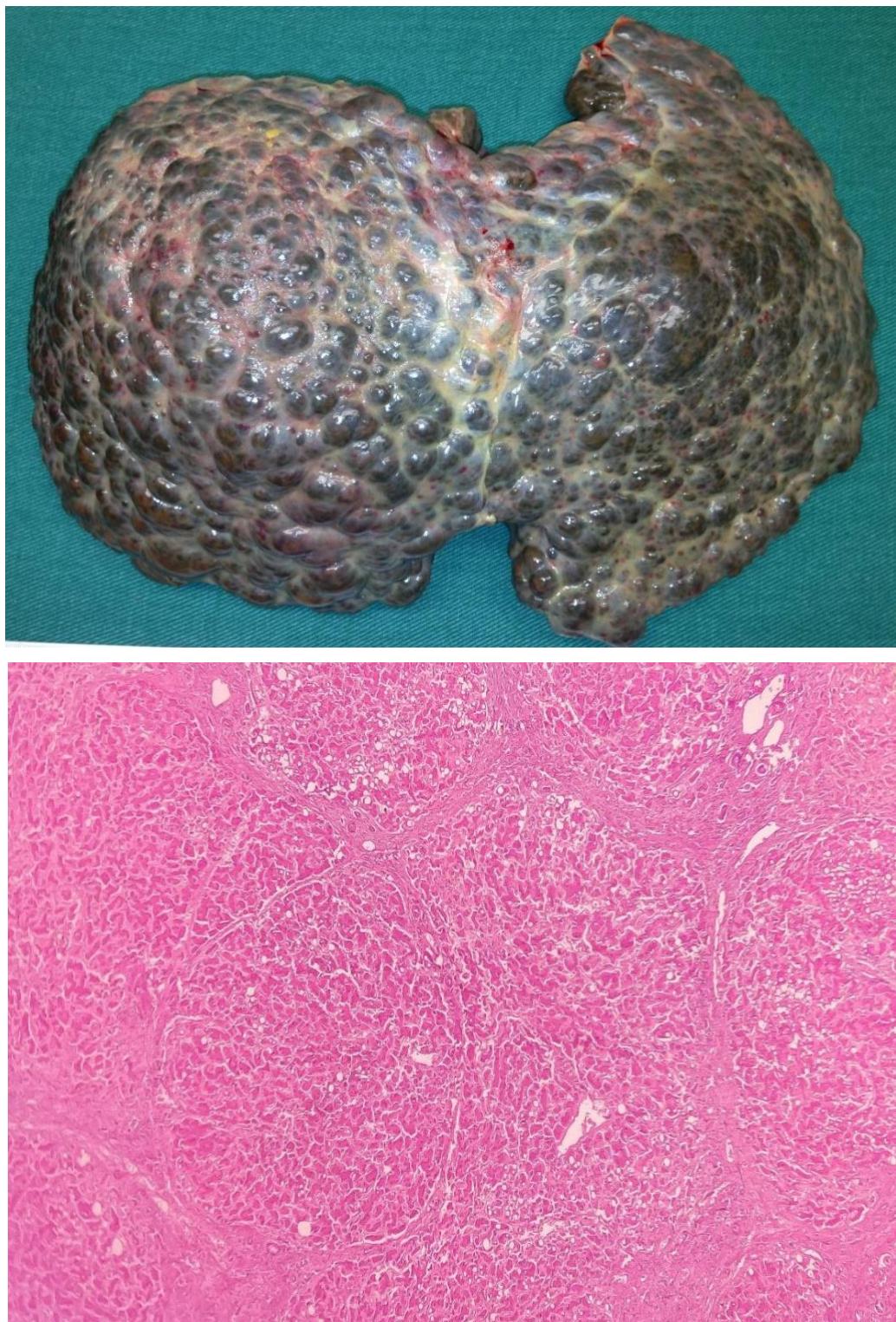
São ainda descritos como causas de morte súbita em idosos quadros sépticos e inclusive quadros obstrutivos abdominais, como complicações de hérnias internas.³⁹ A evidência de quadro séptico em idosos muitas vezes requer investigação cuidadosa de prováveis sítios infecciosos primários, como as meninges, seios paranasais e trato urinário.

Uma importante proposição de fator de risco para infecção é o gênero masculino, uma vez demonstrado que o cromossomo X contém a maioria dos genes associados às ações do sistema imune. Sendo assim, a perda de heterozigose no genoma masculino explicaria a maior suscetibilidade do sexo masculino a quadros infecciosos. Outros fatores de risco para quadros infecciosos incluem a aterosclerose, o índice de massa corpórea, a dislipidemia, doença renal crônica, hepatopatia crônica, tabagismo e ausência de imunização.

Obesidade e síndrome metabólica

É evidente na patologia forense o número crescente de acontecimentos de morte súbita em obesos ou no enredo da síndrome metabólica.⁸ A abordagem necroscópica destes indivíduos é peculiar em virtude da dificuldade para a realização de procedimentos de imagem, dissecação e amostragem.⁸ Indivíduos obesos têm predisposição para doenças cardíacas e eventos tromboembólicos, pela mobilidade e retorno venoso reduzidos. A cirrose secundária à esteatohepatite não alcoólica, a síndrome da hipoventilação obstrutiva e a apeia do sono são frequentes. (Figura 7) Também são mais comuns em obesos as complicações cirúrgicas, tanto em procedimentos terapêuticos quanto estéticos, verificando-se com certa regularidade embolia gordurosa, sendo então fundamental considerar a probabilidade de envolvimento de

causas externas. Ainda nesse contexto, deve se considerar que a incidência de depressão e suicídio é maior nesses indivíduos.⁸



Figuras 7. Aspecto macroscópico e microscópico do fígado na cirrose. Em ambos, o remodelamento pela regeneração e fibrose alteram a arquitetura habitual e conferem aspecto fibrótico ao parênquima.

Considerações finais

Uma vez que a maior parcela dos casos de morte súbita é de etiologia cardíaca, é imprescindível a criteriosa investigação do coração.

Quando os achados macroscópicos e radiológicos não são conclusivos na avaliação da causa da morte, recomenda-se a avaliação histológica, e se possível genética, no intuito da conclusão diagnóstica.⁴¹

A despeito dos esforços na realização de procedimentos necroscópicos, utilizando-se de avaliações complementares; e do avanço da ciência, uma parcela de casos de morte súbita permanece ainda não esclarecida (até 30 % segundo Farrugia e colaboradores, 2015).¹⁵

Referências bibliográficas

1. Ali A, Wu S, Issa NP, Rose S, Towle VL, Warnke P, Tao JX. Association of sleep with sudden unexpected death in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2017; 76:1-6.
2. Aljinović J, Novak, K, Mirić L, Grandić L, Kunac N, Pisac VP. The epidemiology of non-traumatic prehospital sudden death in Split-Dalmatia County. *Coll Antropol.* 2013;37(4):1127-31.
3. Alkuja S, Miller A. Tuberculosis and sudden death: A case report and review. *Heart Lung.* 2001;30(5):388-91
4. Asif I M, Harmon KG. Incidence and Etiology of Sudden Cardiac Death: New Updates for Athletic Department. *Sports Health.* 2017;9(3):268–79
5. Aune D, Schelinger, Norat T, Riboli E. Tobacco Smoking and the Risk of Sudden Cardiac Death: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Eur J Epidemiol.* 2018;33(6):509-21.
6. Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. Diabetes Mellitus and the Risk of Sudden Cardiac Death: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2018;28(6):543-56.
7. Bacchi S, Chim I, Kramer P, Postuma, RB. Domperidone for Hypotension in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *J Parkinsons Dis.* 2017;7(4):603-17.
8. Byard RW. The complex spectrum of forensic issues arising from obesity. *Forensic Sci Med Pathol.* 2012;8(4):402-13.
9. Coll M, Allegue C, Partemi S, Mates J, Del Olmo B, Campuzano O, et al. Genetic investigation of sudden unexpected death in epilepsy cohort by panel target resequencing. *Int J Legal Med.* 2016;(130):331–9.
10. Cornacchia, M.J. Embriaguez ao volante: Reflexões sobre a Análise da prova no crime de embriaguez ao volante, nos dias atuais, sob o enfoque da ação da Polícia Civil Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Polícia Judiciária e Sistema de Justiça Criminal do Centro de Estudos Superiores da Polícia Civil. São Paulo-SP; 2011.
11. Corrado D, Zorzi A. Sudden death in athletes. *International Journal of Cardiology.* 2017;15;237:67-70.
12. de Noronha SV, Behr ER, Papadakis M, Ohta-ogo K, Banya W, Wells J, et al. The importance of specialist cardiac histopathological examination in the investigation of young sudden cardiac deaths. *Europace.* 2014;16(6):899-07.
13. Delgado JA. A importância legal da perícia médica. *Justiça e Cidadania;* 2008. 95.
14. Farrugia A, Keyser C, Hollard, Raul J S, Muller J, Ludes B. Targeted next generation sequencing application in cardiac channelopathies: Analysis of a cohort of autopsy-negative sudden unexplained deaths. *Forensic Science International.* 2015;(254):5–11.
15. Fernandes CR, Guimarães MA, Mata KM, Frajacomo FTT, Demarzo MMP, Garcia SB. A História da Medicina Forense. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics.* 2011;1(1):1-7.
16. Bogliolo Filho G. Patologia. 8 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2016.
17. Costa Filho P.E.G. Medicina Legal e Criminalística. 2 ed. Alumnus; 2015.
18. Fineschi V, Bafunno V, Bello S, Stefano F, Margaglione M, Neri M, et al. Fatal pulmonary thromboembolism. A retrospective autopsy study: Searching for genetic thrombophilias (Factor V Leiden (G1691A) and FII (G20210A) gene variants) and dating the thrombus. *Forensic Science International.* 2012;(214):152–8.
19. Giordano N.J, Jansson OS, Young MN, Hagan KA, Kabrhel C. Epidemiology, Pathophysiology, Stratification, and Natural History of Pulmonary Embolism. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2017;20(3):135-0.

20. Giovane RA, Lavender PD. Central Nervous System Infections. *Prim Care*. 2018;45(3):505-18.
21. Grange Hl, Verster J, Dempers JJ, Beer C. Review of immunological and virological aspects as contributory factors in Sudden Unexpected Death in Infancy (SUDI). *Forensic Science International*. 2014;(245)12–6.
22. Gullach AJ, Risgaard B, Lynge TH, Jabbari R, Glinge C, Haunso S, et. al. Sudden death in young persons with uncontrolled asthma - a nationwide cohort study in Denmark. *BMC Pulmonary Medicine*. 2015;(15):35.
23. Han HC, Há FJ, The AW, Calafiore P, Jones EF, Johns J, et. al. Mitral Valve Prolapse and Sudden Cardiac Death: A Systematic Review. *J Am Heart Assoc*. 2018;(4):7-23.
24. Heron M D. leading causes for 2017. *National Vital Statistics Reports*. 2019;68 (6)24.
25. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) [Internet]. [acesso em 26 jul. 2021]. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=%203251:autopsia-verbal-para-o-aprimoramento-da-notificacaousa-basica-de-morte-nobrasil&Itemid=685
26. Polícia Científica policiacientifica.sp.gov.br [acesso em 26 jul. 2021]. Disponível em: <http://www.policiacientifica.sp.gov.br/iml-instituto-medico-legal>
27. Katakami N. Mechanism of Development of Atherosclerosis and Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus. *J Atheroscler Thromb*. 2018;1;25(1):27–3
28. Kruger MM, Martin LJ, Maistry S, Heathfield LJ. A systematic review exploring the relationship between infection and sudden unexpected death between 2000 and 2016: A forensic perspective. *For Science International*. 2018;289,108–19.
29. Lambert ABE, Parks SE, Camperlengo L, Cottengim C, Anderson RL, Covington TM, et. al. Shapiro-mendoza, C.K. Death Scene Investigation and Autopsy Practices in Sudden Unexpected Infant Deaths. *J Ped*. 2016;174:84 - 1. [acesso em 26 jul. 2021]. Disponível em: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(16\)30001-4/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(16)30001-4/fulltext)
30. Levy B. The need for informatics to support forensic pathology and death investigation. *J Pathol Inform*. 2015;1:32.
31. Methner DNR, Scherer SE, Welch K, Walkievics M, Eng CM, Belmont JW, et.al. Postmortem genetic screening for the identification, verification, and reporting of genetic variants contributing to the sudden death of the young. *Genome Res*. 2016;26(9):1170-7. [acesso em 26 jul. 2021]. Disponível em: doi:10.1101/gr.195800
32. Najari F, Alimohammadi A, Ghodrati P. Sudden Death Following Exercise; a Case Series. *Emergency* 2016;4(2):97-100.
33. No Authors Listed. The New Criminology. *Cal State J Med*. 1918;16(9):412-3
34. Nucci GS. Código de processo penal comentado. 13 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense; 2014.
35. Palmiere C. Postmortem diagnosis of drug-induced anaphylactic death. Letter to the Editor *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2016;41:28-9.
36. Pan H, Hibino M, Kobeissi E, Aune D. Blood pressure, hypertension and the risk of sudden cardiac death: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Eur J Epidemiol*. 2020;35(5):443–54.
37. Perkiö J, Hookana E, Kaikkonen K, Junntila J, Kortelainen, M E Huikuri, H. Blood alcohol in victims of sudden cardiac death in northern Finland. *Europace*. 2016;18 (7):1006–09. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em:
<https://doi.org/10.1093/europace/euv341>
38. Pilla M E, Byard RW. Omental adhesion, intestinal herniation, and unexpected death in the elderly. *Forensic Sci Med Pathol*. 2016;12:214–216

39. Phillippe HM. Overview of venous thromboembolism. *Am J Manag Care*. 2017;23(20 Suppl): S376-S2
40. Rao D, Sood D, Pathak PE, Dongre SD. A cause of Sudden Cardiac Deaths on Autopsy Findings; a Four-Year Report. *Emergency*. 2014;2(1):12-17.
41. Radheshi E, Bonetti LR, Confortini A, Silingardi E, Palmiere C. Postmortem diagnosis of anaphylaxis in presence of decompositional changes. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2016;38:97-00.
42. Ramesh S, Zalucky A, Hemmelgarn BR, Roberts DJ, Ahmed SB, Wilton SB, Jun M. Incidence of Sudden Cardiac Death in Adults With End-Stage Renal Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nephrol*. 2016;11;17(1):78.
43. Brito TS, Luiz RR, Silva JRL, Campos HSC. Asthma Mortality in Brazil, 1980-2012: A Regional Perspective. *J Bras Pneumol*. 2018;44(5):354–360.
44. Sachs KV, Harnke B, Mehler OS, Krantz MJ. Cardiovascular Complications of Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Int J Eat Disord*. 2016;49(3):238-48.
45. Saiz LC, Gorracho J, Garjón J, Celaya MC, Muruzábal L, Malón MDM, et al. Blood Pressure Targets for the Treatment of People With Hypertension and Cardiovascular Disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;11:1010. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010315.pub4>
46. Saetre E, Abdelnoor M. Incidence rate of sudden death in epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsy Behav*. 2018;86:193-199. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: [doi:10.1016/j.yebeh.2018.06.037](https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.06.037)
47. Santos MCCL. Conceito Médico-Forense de Morte. São Paulo, novembro de 1997. [acesso em 30 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67369>
48. Santos MM. Medicina Legal. Tanatologia em face da investigação policial. Monografia apresentada como exigência para conclusão do curso de Formação Técnico Profissional de Delegado de Polícia. São Paulo: 2007.
49. Sevuk U, Ozyalcin S, Ayaz F, et al. Spontaneous coronary artery rupture without a pericardial effusion: a diagnostic challenge. *BMJ Case Reports*. 2016; 2016: bcr2016214424. [acesso em 30 jul. 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-214424>
50. Thu M, Winskog C, Byard RW. Tuberculosis and sudden death. *Forensic Sci Med Pathol*. 2014 Jun;10(2):266-8
51. Toit-prinsloo Ld, Dempers J, Verster J, Hattingh C, Nel H, Brandt VD, et al. Toward a standardized investigation protocol in sudden unexpected deaths in infancy in South Africa: a multicenter study of medico-legal investigation procedures and outcomes. *Forensic Sci Med Pathol*. 2013;9:344–50.
52. Van Den Berg ME, Stricker BH, Brussele GG, Lahousse L. Chronic obstructive pulmonary disease and sudden cardiac death: A systematic review. *Trends Cardiovasc Med*. 2016;26(7):606-13.
53. Velásquez M, Marinis A, Benavide E. Muerte súbita en epilepsia. *Rev Med Chile*. 2018;146:902-8
54. Wiedijk JEF, Soerdjbalie-maikoe V, Maat GJR, Maes A, Van Rijn RRE; De Boer, H.H. An accessory skull suture mimicking a skull fracture. *Forensic Science International* 2016;260:11-2. [acesso em 30 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.01.025>
55. Wilhelm M, Bolliger AS, Bartsch C, Fokstuen S, Gräni C, Martos V, et.al. Sudden cardiac death in forensic medicine – Swiss recommendations for a multidisciplinary approach. *Swiss Med Wkly*. 2015;(145):14129

56. Wong CX, Brown A, Lau DH, Chugh SS, Albert CM, Kalman JM, Sanders P. Epidemiology of Sudden Cardiac Death: Global and Regional Perspectives. *Heart, Lung and Circulation*. 2019;(28):6–14.
57. Zhuo L, Zhang Y, Zielke HR, Levine B, Zhang X, Chang L, Fowler D, LI L. Sudden unexpected death in epilepsy: Evaluation of forensic autopsy cases. *Forensic Science International*. 2012;223:171–5.

CAPÍTULO 3

SÍNDROME DA MORTE SÚBITA NA INFÂNCIA

Daniele Moraes Losada

Paulo Newton Danzi Sálvia

2021

Síndrome da Morte Súbita na Infância

É a morte súbita e inesperada de uma criança aparentemente saudável, com menos de um ano de idade, na qual o exame da cena da morte, revisão da história clínica e o exame pós-morte completo não conseguem revelar uma causa de morte. É, portanto, diagnóstico de exclusão. (1)

Trata-se de uma das principais causas de mortalidade infantil no mundo (2), entretanto permanece pouco valorizada no Brasil, dada a dificuldade de se fazer diagnóstico. Alertamos que, por consequência, seu coeficiente de mortalidade específico, um dos mais baixos do mundo, pode estar subestimado em nosso país, impactando negativamente o coeficiente de mortalidade infantil. Estabelecer estatísticas confiáveis é o primeiro passo para reconhecer sua real importância. (3)

- Indicamos a leitura complementar do seguinte estudo: [Diagnóstico da Síndrome da Morte Súbita na Infância na região de Campinas, S.P. \(3\).](#)
- **Importante:** a abordagem de familiares pela equipe envolvida no diagnóstico, deve ser feita de forma sensível, afetiva e empática, uma vez que a morte de uma criança deflagra traumas psicológicos aos cuidadores, normalmente envolvendo sentimentos de culpa. Deve-se explicar a existência da Síndrome da Morte Súbita na Infância para os cuidadores da criança esclarecendo que esta:
 - ⇒ **não pode ser prevista (nem mesmo por equipe médica), apresenta, até o momento, patogênese desconhecida,**
 - ⇒ **não é contagiosa ou hereditária,**
 - ⇒ **ocorre de maneira rápida, sem sofrimento ou angústia, supostamente quando a criança está dormindo,**
 - ⇒ **ocorre frequentemente nos primeiros 6 meses e dificilmente após 10 meses de vida.**

Referências bibliográficas

1. Pinho AP, Nunes ML. Epidemiological profile and strategies for diagnosing SIDS in a developing country. *J Pediatr (Rio J)* 2011; 87(2):115-122.
2. Bajanowski T, Vege A, Byard RW, et al. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) – standardised investigations and classification: recommendations. *Forensic Sci Int* 2007; 165:129-43.
3. Sálvia, PNDS, Garcia, S, Fagion F, Losada DM. Diagnóstico da Síndrome da Morte Súbita na Infância na região de Campinas, S.P. TEMAS IMESC: sociedade, direito, saúde. v.6, n.1 (jan./jun. 2018)-. São Paulo: Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC, 2018. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em : <https://imesc.sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/RevistatemasIMESC-JUN2018.pdf>

CAPÍTULO 4

TRAUMATOLOGIA MÉDICO LEGAL: CONCEITOS

Paulo Newton Danzi Sálvia
Edson Rolin de Moura

2021

Sumário

Traumatologia Médico Legal

Energias:

- A) Química
 - B) Física
 - C) Físico-Química
 - D) Mecânica
- Ação cinética

Lesões

Lesões por ação contundente

- Rubefação
- Escoriação
- Equimose
- Tempo de evolução
- Hematoma
- Bossa sanguínea e serosa
- Feridas contusas
- Fraturas
- Luxações
- Entorses
- Roturas de vísceras:
- Esmagamentos
- Espostejamento

Lesões por ação perfurante

- 1^a Lei de Filhos
- 2^a Lei de Filhos
- Lei de Langer

Lesões por ação cortante

Lesões por ação perfurocortante

Lesões por ação cortocontundente

Lesões por ação perfurocontundente

Armas de fogo

- Lesões produzidas pelos projéteis de arma de fogo
 - Lesão de Entrada
 - Lesão de Saída
 - Trajeto
 - Nas cavidades
 - Lesões por projéteis múltiplos

Referências bibliográficas

Traumatologia médico legal

Uma das mais amplas áreas da Medicina Legal, a traumatologia forense estuda os traumatismos e suas implicações jurídicas. Seu conhecimento é necessário para a execução de grande parte das perícias médico legais, visando fornecer subsídios para o esclarecimento do diagnóstico e prognóstico das lesões corporais e estados patológicos associados; causas jurídicas penais, securitárias, trabalhistas e civis entre outras. Para tal, o trabalho do perito médico-legal exige conhecimentos da Medicina, Direito, Filosofia e outras ciências afins. Aplica-se a indivíduos vivos e mortos, abrangendo perícias desde o período de gestação até além da sepultura.

Em Medicina Legal, conceituamos **lesão corporal traumática**, toda e qualquer alteração ou desordem da normalidade corporal, de origem violenta e externa, capaz de provocar um dano na pessoa. As consequências no corpo do indivíduo podem ser internas ou externas, dependendo do tipo de **energia** envolvida.

Quando uma pessoa é ofendida ou sofre um dano, tem o direito constitucional de reclamar à Justiça, estabelecendo-se uma demanda judicial. No Brasil, o início dessa demanda se dá por meio de um Boletim de Ocorrência realizado junto à Delegacia de Polícia, que poderá ser arquivado ou servirá de documento base para o Inquérito Policial. Esse, presidido pelo Delegado de Polícia, requer produção de provas materiais.

Nesse momento, a perícia médica legal é acionada por meio de uma requisição expedida pela autoridade policial ou militar responsável, a fim de que o perito comprove (ou não) fisicamente que houve o dano ou lesão, gradue a lesão de acordo com o que pede o Código Penal em seu artigo 129 (10); tentando estabelecer as causas físicas, físico-químicas, mecânicas, biológicas, o tipo de energia responsável, as relações de causa e efeito e, em determinadas situações, o tipo de objeto e a causa jurídica. Para tal, é necessário que seja feita a descrição da lesão envolvendo aspectos tais como tamanho, forma e coloração. A morfologia das lesões deve ser comparada com a história oferecida pela requisição de exame de corpo de delito, considerando-se a possibilidade de estabelecer relação de causa efeito compatível com a história.

Entretanto, a conclusão do laudo pericial encontra seu limite nos dados de história e de exame clínico que nem sempre estão disponíveis no momento da perícia, não informam qual o objeto associado, portanto não permitem essa comparação, prejudicando o estabelecimento de

nexos causais e posterior definição das causas jurídicas, por exemplo se a lesão foi originada por dolo, culpa, autolesão ou acidente de qualquer natureza. Dito em outras palavras, nem sempre a causa jurídica estará acessível ao perito.

As lesões traumáticas poderão ser fatais, levando ao óbito imediatamente por diversos mecanismos como destruição ou prejuízo do funcionamento dos órgãos, sangramento, embolia gasosa ou gordurosa e asfixias entre outros; e também tardias em vítimas que sobreviveram aos efeitos do trauma inicial, secundárias a complicações como infecções, embolia, choque hemorrágico ou danos secundários à queimadura. (8).

Na prática pericial, costuma-se denominar **Morte Metatraumática**, quando o óbito ocorre devido a múltiplas ocorrências que, somadas, ocasionam o óbito algum tempo após o trauma, podendo esse tempo variar de alguns dias, como vemos em pacientes internados com complicações secundárias a infecção; a anos, decorrentes de complicações tardias, porém relacionadas ao trauma como evento inicial.

Exemplos: 1- Vítima de acidente de trânsito motocicleta x automóvel, tendo sofrido fratura exposta de um osso longo. Recebe tratamento hospitalar e alta, porém desenvolve osteomielite crônica. Anos depois vem a falecer em decorrência de complicações agudas da osteomielite. 2- Uma pessoa com 80 anos de idade sofre queda accidental, com pequeno traço de fratura em vértebra da coluna lombar. Consegue deambular com dificuldade, porém necessita ficar acamado por longos períodos diuturnamente, devido a dor crônica e incapacitante. Evolui com tromboembolismo e morte.

Energias:

Convencionou-se chamar de energia, a ação ou modo pelo qual uma força ou substância age no indivíduo produzindo um dano ou lesão. As energias causadoras de lesões podem ser classificadas em:

A) Química

- 1) Ação de substâncias cáusticas (ácidos e bases);
- 2) Ação de substâncias tóxicas (venenos);

B) Física

- 1) Ação Térmica;
- 2) Elétrica;
- 3) Pressão Atmosférica;
- 4) Radiação;
- 5) Luz;
- 6) Som.

C) Físico-Química

Ações mistas. As asfixias se enquadram nessa classificação porque os mecanismos se superpõem. Na constrição cervical ou sufocação direta, por exemplo, ocorre ação mecânica física por obstrução da passagem de ar, consequentemente provocando alterações no metabolismo bioquímico do indivíduo por hipoxemia. Nas asfixias químicas, algumas substâncias podem provocar alteração no transporte de oxigênio ou na respiração celular.

Descritas no capítulo de asfixias ([link para capítulo de Asfixias](#)).

D) Mecânica

Ação cinética

Relacionada com o movimento dos corpos e calculada pela equação:

$$E_c = \frac{m \cdot v^2}{2}$$

onde “E” é a energia cinética; “m” é a massa e “v” a velocidade do agente. Há 4 variáveis que determinam o tipo e a gravidade de um ferimento:

- a) Massa;
- b) Velocidade;
- c) Forma de contato e
- d) Modo de ação.

A ação cinética sobre o corpo se dá de 3 formas:

- a) Impacto de um objeto em movimento sobre o corpo humano parado;
- b) Impacto de um objeto parado sobre o corpo humano em movimento;
- c) Os dois objetos em movimento.

Quando ocorre o contato entre esse objeto externo e o corpo humano, dá-se troca de energia cinética entre eles, podendo ocorrer alterações no estado inicial do corpo, danos ou lesões, cuja forma dependerá do tipo de objeto ou instrumento, superfície de contato e da maneira como ele age. (2).

Lembrar que:

- O mesmo tipo de instrumento poderá atuar de modos diferentes conforme sua superfície de contato e o modo como interage com o corpo naquele momento. Portanto os objetos não devem ser classificados “*a priori*” como instrumentos contundentes ou perfurantes, por exemplo, pois um mesmo instrumento poderá agir de forma contundente ou perfurante, na dependência da superfície de contato e da maneira como age. Uma faca poderá agir perfurando, cortando ou até mesmo contundindo se for usado o cabo para agredir.
- A velocidade e a massa influenciam diretamente o grau da lesão. Alguns estudos mostram que uma colisão de automóvel a 60 km/h equivale a uma queda do 11º andar de um prédio; a 80 km/h, do 20º andar e a 120 km/h, do 45º andar. (3). Compare a ação de um projétil de arma de fogo, cuja massa é muito pequena e velocidade muito elevada com a de um caminhão se movimentando a 20 Km/h. (Fig. 1).



Figura 1. Massas e velocidades determinam o grau da lesão

Lesões

As lesões podem ser classificadas segundo o modo de ação. Para que ocorra a transmissão da energia cinética, há necessidade de contato entre dois corpos. A região de contato pode ser representada por um ponto, uma linha ou uma superfície e as lesões associadas são chamadas respectivamente perfuradas, cortadas (ou incisas) e contusas. Se houver um mecanismo misto, quando ocorre associação entre as formas primárias, serão chamadas perfurocontusas, corto-contusas e perfurocortadas. (1)

Lesões por ação contundente

As lesões contusas são produzidas quando o contato se dá por meio de uma superfície plana ou irregular. Os meios mecânicos capazes de provocar o dano podem ser as armas propriamente ditas (punhal, soqueira, revólver), armas eventuais (faca, navalha, facão, machado), armas naturais (punhos, dentes, pés), máquinas, animais, veículos, quedas, explosões, etc. Esses meios atuam por pressão, percussão, torção, compressão, descompressão, explosão, deslizamento e contra-choque.

Os instrumentos com ação contundente, pela sua forma e volume, por vezes, deixam sinais característicos de seu uso (cassetete, martelo, cinto de segurança entre outros) e por serem os maiores causadores de lesões, são os agentes mais comumente encontrados na prática pericial médico legal.

As **lesões contusas** podem ser classificadas em:

1. Rubefação; 2. Equimose; 3. Hematoma; 4. Bossa; 5. Escoriação; 6. Ferida contusa; 7. Fraturas; 8. Luxação e Entorse; 9. Rupturas de vísceras; 10. Esmagamento; 11. Evisceração e 12. Espostejamento.

Rubefação

Mancha avermelhada, fugaz, passageira que desaparece em minutos. Receberá laudo negativo no exame de corpo de delito posterior justamente por ser passageira. Ressaltamos a importante missão do médico clínico, particularmente do pronto socorrista, quando preenche o prontuário ou ficha de atendimento de emergência consignando as alterações observadas. Tal

documento poderá ser solicitado “a posteriori” pelo perito médico legista, a fim de concluir o laudo médico legal, uma vez que a única prova de que houve a lesão, nesse caso, é a observação clínica.

Escoriação

Arrancamento traumático da epiderme pela erosão ou abrasão, permitindo a saída de sangue e outros fluidos, que evoluem para a formação de crosta sero-hemática. Com o passar do tempo, um novo epitélio se formará, regenerando o antigo. Como essa passagem é ativa, a escoriação observada no cadáver é sinal indicativo de que a lesão tenha ocorrido em vida (sinal vital). Após a morte, entretanto, nos casos de arrastamento do cadáver, em que pese não haver o processo de regeneração, pode ocorrer a passagem de hemácias para o interstício passivamente, surgindo, consequentemente a escoriação em fase inicial. Portanto é recomendável consignar essa ressalva nos casos duvidosos.

É resultado da ação tangencial do agente contundente ou, em menor frequência, pelo impacto vertical do objeto sobre a pele (pressão). Nesses casos, a forma da lesão poderá revelar o tipo de objeto utilizado. Arranhões com unhas, particularmente próximos ao pescoço, podem estar associados a crimes sexuais, presentes tanto no agressor quanto na vítima que tenta se defender. Atentar para o aspecto das lesões em trilhos paralelos com largura aproximadamente regular ao longo de seu curso, seguindo a disposição das unhas nos dedos das mãos, caso várias unhas tenham sido utilizadas ao mesmo tempo. Algemas podem deixar marcas lineares muito finas nos punhos, cintos de segurança, trilhos espessos na região anterior do tórax, cruzando-a obliquamente de cima para baixo. Marcas de mordida humana podem mostrar dois arcos semicirculares com suas concavidades voltadas uma contra a outra. (8). Na asfixia por esganadura, há sinais de escoriações semilunares em região cervical anterior. A penetração do projétil de arma de fogo pode produzir orla de escoriação em torno do ferimento de entrada. Nos acidentes, as escoriações podem estar recobertas por substâncias do asfalto ou pneu do automóvel.

Equimose

Infiltração hemorrágica nas malhas dos tecidos, podendo ser intradérmica ou subcutânea, causadas por pressão externa, mais frequentemente ou sucção. Podem assumir a forma de objetos interpostos como brincos, pulseiras e roupas entre o corpo humano e o agente

que pressiona, por impressão negativa. Denominam-se **petéquias** quando pequenas, agrupadas e vistas como pontos hemorrágicos, frequentemente através da serosa das vísceras como pulmões e coração; **sugilação** quando em forma de pequenos grãos e **víbice** quando em forma de estrias. Podem aparecer nas succções, nas escoriações, contusões e asfixias. ([link para capítulo de Asfixias](#)). Nessas situações ocorre rompimento dos capilares sanguíneos. O mecanismo do aparecimento da equimose está associado ao aumento da pressão intravascular no centro da região que sofre a pressão externa. Esta se transmite aos vasos periféricos, os quais se rompem e derramam as hemácias no interstício da derme ou tecido celular subcutâneo. Por isso, o centro da lesão aparecerá mais pálido e a periferia, avermelhada. A cor vermelha das hemácias aparece, na pele, por transparência, quando estas se encontram na derme. Já quando se encontram no tecido celular subcutâneo, a cor pode se alterar tornando-se azulada ou púrpura, porque dependem do mecanismo de dispersão e absorção das ondas luminosas que atravessam a gordura subcutânea. Púrpura e azul se dispersam mais e são mais refletidas que o vermelho, portanto, se o vermelho é mais absorvido, aparecerá menos. O que ocorre habitualmente são equimoses mistas, onde ambos os mecanismos estão superpostos.

Tempo de evolução

Na resolução das equimoses, sua tonalidade vai mudando, em geral, da periferia para o centro, variando de acordo com o tempo de evolução, uma vez que as hemácias liberadas se degradam e liberam pigmentos de hemossiderina, biliverdina e bilirrubina, podendo passar a ser esverdeada, amarelada, e em seguida desaparecer. Está descrito nos livros clássicos da Medicina Legal o espectro equimótico de Legrand du Saulle (Tabela 1) que propõe uma correlação entre o tempo de evolução de uma equimose e a cor observada, sendo frequentemente utilizado pelos peritos para o estabelecimento da idade da lesão, correlacionando-se (ou não) com o fato gerador do trauma inicial. Entretanto, há estudos demonstrando que outras variáveis podem influir e **alterar** essa correlação, como a extensão da equimose, intensidade da força impactante, vascularização do tecido afetado, vulnerabilidade dos vasos sanguíneos locais que guarda correlação com a idade da vítima, densidade tecidual, volume de extravasamento, diferenças estruturais individuais e discrasias sanguíneas. Destacamos o estudo de Langlois e Gresham (1991), observando que o aparecimento da cor amarelada somente permite concluir que a lesão tem mais que 18 h e que essa cor aparece mais rapidamente em pessoas com menos de 65 anos de idade. (9). Portanto, **muito cuidado** na definição do tempo de evolução de uma equimose baseado apenas na

interpretação das cores segundo o espectro equimótico de Legrand du Saulle. Deve-se ser feita uma ressalva no laudo, considerando-se os aspectos mencionados acima que poderão prejudicar a perícia.

Cor	Evolução
Vermelho	1º dia
Violácea	2º ao 3º dias
Azul	4º ao 6º dias
Esverdeada	7º ao 10º dias
Amarelada	12º dia
Desaparecimento	15º ao 21º dias

Tabela 1: Espectro equimótico de Legrand du Saulle - **Cuidado!** Extensão da equimose, intensidade da força impactante, vascularização do tecido afetado, vulnerabilidade dos vasos sanguíneos locais que guarda correlação com a idade da vítima, densidade tecidual, volume de extravasamento, diferenças estruturais individuais e discrasias sanguíneas podem **alterar** essa correlação.

No cadáver, a equimose manterá sua cor, até surgirem os fenômenos putrefativos. Não se deve confundir equimose com *livor* hipostático. Este mostra sangue não coagulado, ausência de malhas de fibrina e integridade de vasos capilares. O sangue está dentro dos vasos em um primeiro momento, não ocorrendo lesão das paredes vasculares como nas equimoses em que o trauma atinge diretamente sobre o vaso ou por aumento da pressão intravascular. O *livor* tem sua presença em locais específicos de decúbito do cadáver ou regiões declivosas devido à ação da força gravitacional, exatamente porque o sangue se encontra dentro do vaso e não nas malhas do tecido. Segundo esse mesmo raciocínio, se houver uma área duvidosa e os *livores* ainda não estiverem fixos, pode-se pressioná-la e constatar que, na área de pressão, a pele muda de cor tornando-se pálida; ao contrário, não se altera nas equimoses. Há controvérsias na literatura sobre o tempo e o modo como ocorre a fixação dos *livores*. Há estudos mostrando que ocorre um mecanismo fibrinolítico após o óbito, portanto o sangue não se coagula no interior dos vasos. O sangue hemolisado passaria para o tecido, com depósito de hemoglobina apenas, ou o plasma passaria para o tecido e as hemácias se aglutinariam no interior do vasos. ([link para o capítulo de Tanatologia](#)).

Hematoma

Forma-se pelo rompimento de um ou vários vasos calibrosos, formando relevo na pele. O sangue afasta e comprime os tecidos vizinhos formando uma **coleção sanguínea**. Tem delimitação mais ou menos nítida e tempo de reabsorção maior que a equimose. Também pode ser encontrado nas cavidades e no interior dos órgãos. Os hematomas peri-orbitários podem ser causados por impacto direto devido a um soco por exemplo, formando-se de imediato; por infiltração de sangramento que ocorreu em região frontal suprajacente e desceu por ação da força gravitacional, levando até 4 horas para se formar; ou por fratura de base de crânio na região do teto da órbita, levando em torno de 30 min. (8). Há escolas que classificam hematomas e equimoses em um mesmo grupo.

Bossa sanguínea e serosa

Apresenta-se sobre um plano ósseo por aumento de volume dos tecidos, ou coleção de líquido em seu interior.

Feridas contusas

São lesões em que a ação contundente foi capaz de vencer a resistência e elasticidade dos tecidos moles. Suas características são determinadas pelo mecanismo de ação: compressão, pressão, percussão, arrastamento, explosão e tração. Apresentam forma sinuosa, estrelada ou retilínea; ângulos tendendo à obtusidade; bordas e fundo irregulares; vertentes irregulares; pontes de tecido íntegro unindo as vertentes; integridade dos vasos, nervos e tendão no fundo da lesão, consequentemente com pouco sangramento.

Fraturas

Soluções de continuidade do osso por mecanismos de compressão, flexão ou torção. Ocorre por ação contundente direta ou indireta. Nos ossos planos, poderá ocorrer um simples traço de fratura ou vários, por vezes de difícil visualização direta. Pode se apresentar como inúmeros fragmentos denomina-se fratura cominutiva. Podem ser fechadas, quando a pele está íntegra, portanto, não há exposição de tecidos subcutâneos, incluindo musculatura; ou abertas, se houver exposição; completas quando ocorre desconexão completa entre as partes do osso, ou incompletas.

Luxações

São perdas de contato entre superfícies de articulação de dois ossos. As luxações são muito mais graves do que as entorses.

Entorses

São lesões como roturas ou desinserções nas articulações decorrentes de movimento brusco e forçado que incidiram sobre os ligamentos.

Roturas de vísceras:

São rompimentos das vísceras. Em geral ocorrem por ação contundente, pelos mecanismos de tração, explosão, pressão, compressão e percussão. Denomina-se evisceração a exposição e saída de vísceras da cavidade abdominal.

Esmagamentos

São lesões onde todos os planos anatômicos de um segmento do corpo são comprimidos e triturados pelo agente contundente.

Espostejamento

Secção do corpo vivo em várias partes ou postas, menores que as que ocorrem no **esquartejamento**. (5, 6).

É importante, nesses casos, realizar exame de corpo de delito pormenorizado, a fim de tentar identificar o cadáver por meio do encontro de algum indício que possa auxiliar o perito como cicatrizes, fraturas antigas, arcada dentária. Possibilidades de causas violentas são diversas, mas deve-se buscar indícios de lesões como traços de fratura, presença de objetos externos junto às partes do corpo como projéteis de arma de fogo e de agentes toxicantes, realizando-se o exame toxicológico completo.

Lesões por ação perfurante

São produzidas por meios ou instrumentos em geral alongados, pontiagudos e finos como agulha de tricô, agulha de injeção, garfo, prego, furador de gelo, florete, tacha, vidro

quebrado, que se continua com uma haste cilíndrica, agindo por pressão e consequentemente afastando as fibras dos tecidos enquanto o instrumento vai penetrando;

As lesões externas, em forma de ponto, se chamam feridas punctórias. A profundidade do ferimento pode ser maior que o comprimento do instrumento devido à elasticidade dos tecidos, dependendo da região atingida e da posição da vítima no momento da ação. São ferimentos com pouco sangramento externo, entrada pequena, normalmente com diâmetro menor que o do instrumento. Quando penetram abdômen, podem atingir órgãos profundos, produzindo sangramento interno, por vezes de grande monta – a depender do calibre e tipo de vasos afetados – e pouco sangramento superficial.

Ocorrendo saída do instrumento, o ferimento de saída costuma ser menor que o de entrada e mais irregular, com os bordos evertidos.

Os instrumentos de calibre médio podem produzir lesões com aspecto diferente das punctórias, inclusive não circulares, porém com conformação em "casa de botão" (duas caudas de escoriação). Essas lesões, em sua forma e direção, podem obedecer aos seguintes princípios estabelecidos por Filhos e Langer em 1833 (4) (Fig. 2).



Figura 2. Meios ou instrumentos. Sua ação é cortante, quando agem com um gume mais ou menos afiado por mecanismo de deslizamento sobre os tecidos; perfurocortante, quando penetram e cortam ao mesmo tempo ou até mesmo contundente se o cabo for utilizado para produzir a lesão.

1^a Lei de Filhos

A solução de continuidade das lesões produzidas por ação perfurante pode se assemelhar à produzida por instrumento de dois gumes, parecendo “casa de botão”;

2^a Lei de Filhos

Quando essas feridas se mostram em uma mesma região onde as linhas de força tenham um só sentido, seu maior eixo tem sempre a mesma direção.

Lei de Langer

Na confluência de linhas de força diferentes, a extremidade da lesão toma o aspecto de ponta de triângulo ou mesmo de quadrilátero.

Somente no vivo, devido à elasticidade e retração dos tecidos tais ferimentos obedecem a estes princípios.

Lesões por ação cortante

São lesões onde a energia cinética é transferida por pequena pressão e principalmente por deslizamento do instrumento através de sua borda aguçada. Os instrumentos típicos são a navalha, o bisturi e a lâmina de barbear que produzem feridas denominadas cortadas ou incisas. Lembrar que pedaços de vidro, de papel ou folhas metálicas também podem se comportar como instrumentos cortantes.

Os ferimentos cortados ou incisos possuem as seguintes características: bordas regulares; fundo regular, ângulos agudos; vertentes planas; profundidade maior no início com posterior superficialização e cauda de escoriação no final; hemorragia normalmente abundante, predominância do comprimento sobre a profundidade.

O perito deverá tentar identificar se há compatibilidade entre a lesão e o tipo de instrumento encontrado na cena, que pode (ou não) ter causado o dano, buscando elementos como: se houve reação vital, indicando se o ferimento ocorreu no vivo ou no morto; sentido do deslocamento, sequência dos ferimentos produzidos e gravidade dos ferimentos.

Lesões por ação perfurocortante

São as causadas por instrumentos que transferem a energia cinética por pressão e secção penetrando com a ponta e cortando com a borda afiada. Lembrar que alguns instrumentos como faca e canivete possuem um só gume; punhal, espada e baioneta, dois e lima possui três gumes.

A lesão tem maior profundidade do que extensão e a forma varia de acordo com o número de gumes. Os ferimentos são denominados: perfurocortados ou perfuroincisos. As soluções de continuidade produzidas por instrumentos perfurocortantes de um só gume

resultam em ferimentos em forma em botoeira com fenda regular, mostrando um ângulo agudo e outro arredondado.

Nos ferimentos com formato em casa de botão, deve-se fazer uma ressalva na conclusão e discussão do laudo: **considerar a possibilidade de tratar-se de instrumento de dois gumes com ação perfurocortante, porém não se pode excluir instrumento circular de médio calibre, com ação perfurante (primeira lei de Filhos).**

Lesões por ação cortocontundente

Instrumentos que podem causar esse tipo são os machados, enxadas, rodas de trem, facões, foices, alfanjes, guilhotinas, serras elétricas, unhas, dentes, desempenadeiras de madeira, tesouras. (Fig. 3).



Figura 3. Instrumentos cuja ação frequentemente é cortocontundente ou contundente

São instrumentos portadores de gume, cuja ação é exercida por pressão e deslizamento. Os ferimentos são denominados corto-contusos. No caso de gume mais afiado, pode prevalecer o deslizamento e, caso contrário, predominam os efeitos da contusão.

Lesões por ação perfurocontundente

Atuam com uma ponta romba e por pressão, ocasionando lesões em forma de túnel. Como exemplos, temos os vergalhões, as grades com suas pontas, flechas e os projéteis de arma de fogo. Os projéteis de arma de fogo são os mais importantes produtores desse tipo de lesão por sua frequência. As denominadas balas de borracha usadas por forças policiais comportam-se, em geral, como instrumentos contundentes.

$$E_c = \frac{m \cdot v^2}{2}$$

Lembrando que na equação $E_c = \frac{m \cdot v^2}{2}$, o valor da velocidade é elevado ao quadrado, consequentemente o projétil de arma de fogo, instrumento perfurocontundente, tem

muita energia cinética, apesar de pequena massa.

Armas de fogo

Constituídas de um ou dois canos, abertos em uma extremidade e parcialmente fechados na parte de trás, onde se aloca o projétil. Ele é lançado devido à força expansiva dos gases produzidos pela combustão da pólvora. (Fig. 4).

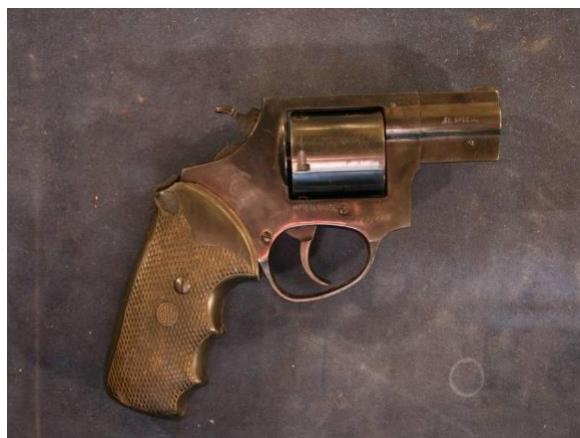


Figura 4. Arma de fogo

A munição tem cinco partes: estojo, espoleta, bucha, pólvora e projétil. Estojo ou cápsula é um receptáculo de latão ou papelão prensado, de forma cilíndrica contendo os elementos da munição. Espoleta é a parte que se destina a inflamar a carga. (Fig. 5).



Figura 5. Munições e projéteis de arma de fogo.

Bucha é um disco de feltro, cartão, couro, borracha, cortiça ou metal que separa a pólvora do projétil.

Pólvora é a substância que explode pela combustão, composta por mistura de carvão pulverizado, enxofre e salitre. (Fig. 6).

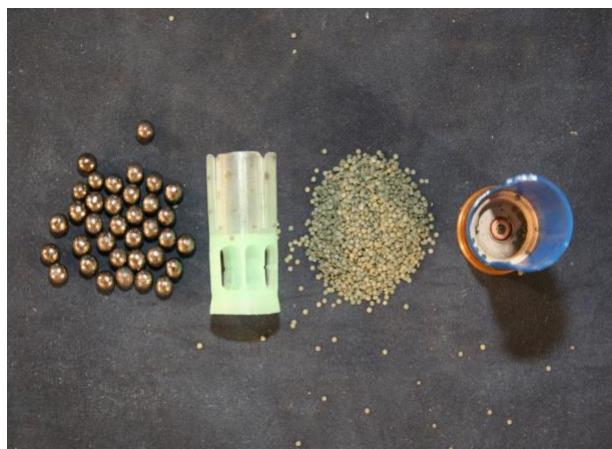


Figura 6. Bucha e pólvora

Projétil é formado por chumbo nu ou revestido de níquel ou outra liga metálica. Os mais antigos eram esféricos e os modernos são cilíndrico/ogivais. Atua dissociando e contundindo, agindo habitualmente como instrumento perfurocontundente. (Fig. 7).



Figura 7. Projétil formado por chumbo nu ou revestido de níquel ou outra liga metálica.

Ocorrendo o tiro, saem da boca da arma: **projétil ou projéteis, gases superaquecidos, chama, fumaça, grãos de pólvora incombusta, combusta e bucha.** (Fig. 8).



Figura 8. Produzido o tiro, escapam pela boca da arma: o projétil ou projéteis, gases superaquecidos, chama, fumaça, grãos de pólvora incombusta , combusta e a bucha.

Nos canos das armas existem saliências internas de grande curvatura, no maior sentido do eixo do cano, denominadas de raias. Sua finalidade é aumentar a velocidade e imprimir um movimento de rotação no projétil, estabilizando a trajetória. (Fig. 9).



Figura 9. Saliências deixadas pelas raias (impressão digital dos projéteis).

Lesões produzidas pelos projéteis de arma de fogo

As características do ferimento de entrada em geral permitem inferir se o disparo foi realizado a longa distância, curta, ou se foi encostado. Também permitem inferir a trajetória nos tiros a longa distância: se o projétil atingir o corpo de forma perpendicular, a lesão adquire formato circular; se oblíqua, o formato será ovalado.

Lesão de Entrada

O projétil de arma de fogo age por pressão de sua ponta arredondada sobre uma área da pele, penetrando com movimento helicoidal. Inicialmente, entra em contato com a epiderme que é arrancada pela ação contundente do movimento rotatório do projétil, destacando-se a epiderme na borda do orifício, resultando na denominada **orla de escoriação** que se forma, em geral, com bordas invertidas ao redor do ferimento de entrada. Em seguida, entra em contato com a derme que, pela sua elasticidade é esticada até se romper e depois tende a retornar ao estado inicial, o que produz um ferimento com diâmetro menor que o diâmetro do projétil. A **orla de enxugo** é escura e se forma devido ao atrito do projétil com as fibras da derme, a partir da sujeira resultante de restos de pólvora, graxa e outros materiais que o acompanham. É como se o projétil que se “limpassasse” ou se “enxugasse” na derme. Importante examinar as vestes do indivíduo pois a orla de enxugo poderá lá estar pelo esfregar do projétil.

No caminho através da derme, o projétil rompe vasos de diferentes calibres, provocando uma infiltração hemorrágica que se visualiza como **orla equimótica** ao redor do orifício de entrada. Na prática pericial, entretanto, diversos fatores podem interferir no padrão do

ferimento de entrada. O ângulo de incidência de entrada e a forma de penetração do projétil, se oblíquo, perpendicular ou tangencial, poderão alterar o aspecto das figuras formada pelas orlas. O projétil não necessariamente penetra pela ponta, embora na maior parte dos casos sim. Nos tiros de longa distância, nos tiros para o alto ou quando o projétil passa por alguma outra estrutura anteriormente que tenha provocado deformação do mesmo ou mudança de trajetória, ele poderá penetrar pela superfície lateral. Já os projéteis de alta energia podem girar sobre seu eixo, por vezes provocando uma entrada maior que seu diâmetro quando entram de forma oblíqua ou “de lado”. Algumas vezes a conformação da entrada é estranha ou incomum e pode ser explicada por esses mecanismos. Por vezes o projétil não penetra, porém produz **ferimento de raspão** que pode ter as mais diferentes formas, profundidades e tamanhos.

Os disparos a **curta distância ou queima-roupa** produzem lesões que mostram, além das características observadas nos disparos a longa distância (**orlas de escoriação, enxugo e equimótica**), elementos que saem do cano da arma junto com o projétil. Esses elementos formam o que se chama de cone de explosão, cuja forma tem a base no alvo e vértice na saída da arma. São 3 elementos que formam o cone de explosão: **chama, grãos de pólvora não queimados e resíduos da queima**. Estes três elementos vão se espalhando e sumindo conforme se afastam da boca da arma. (Fig. 10).

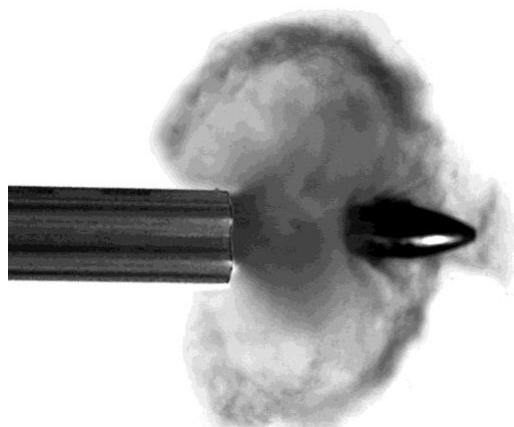


Figura 10. Cone de explosão contendo elementos que saem do cano da arma junto com o projétil: chama da explosão, gases aquecidos provenientes da combustão da pólvora, grãos de pólvora incombustá, pólvora queimada com aspecto de fuligem enegrecida.

Portanto, poderão atingir ou não o alvo, conforme a distância. A chama é o elemento de mais curto alcance. Se atingir o alvo, forma-se a **orla de queimadura**. Os resíduos da combustão ou fuligem tem pouco alcance, porém maior que a chama. Ao atingir o alvo produzem a **orla de esfumacamento**. Sua cor dependerá da cor da pólvora usada. Cuidado na perícia, pois ela pode ser retirada durante a lavagem do local do corpo atingido durante a

necropsia. Fotografe todos os passos da necropsia. Finalmente, a pólvora tem maior alcance. Atravessará a epiderme e se encravará na derme, denominando-se **orla de tatuagem**. Assim como ocorre com as tatuagens artificiais, não pode ser retirada por simples lavagem e sim por exerese cirúrgica.

Nos **tiros encostados**, a forma da lesão dependerá da existência ou não de plano ósseo subjacente e da pressão do cano da arma junto ao alvo. Com pouca pressão, os gases tenderão a escapar e poderá se formar a orla de esfumaçamento de aspecto radiado. Quando há plano ósseo abaixo da pele, o projétil entra na epiderme e derme junto com os elementos do cone de explosão e em seguida perfura a calota do crânio. Os gases, contudo, encontrarão uma câmara fechada e tenderão a escapar para os lados e para trás, entre o couro cabeludo e o periôsteo, causando uma lesão de forma irregular, com tecidos escuros e escavados, muitas vezes com bordos evertidos, podendo ser, inclusive, confundidas com lesão de saída. Quando se examina a lesão, percebe-se, à palpação a crepitação dos gases nos tecidos adjacentes. Essa lesão é denominada de “buraco de mina”, “boca de mina” ou “câmara de mina de Hoffman”.

As lesões produzidas por tiros encostados podem apresentar halo de queimadura com conformação da boca e mira da arma, devido à alta temperatura atingida pelo metal que constitui o cano que vai queimar a pele. Esse desenho é conhecido como “Sinal de Werkgaertner” e é indicativo de tiro encostado.

O “Sinal de Benassi” é o halo fuliginoso encontrado no orifício de entrada do osso, face externa, produzido pelos produtos da combustão.

Quando atravessa a calota craniana, seguindo para dentro ou para fora dela, o projétil penetra carregando e empurrando a substância óssea. Quando entra, forma-se um cone com base voltada para o interior da calota e quando sai, com base para o exterior. Chamado de “Sinal de Bonnet” ou do funil invertido, auxilia o perito a definir se o orifício é de entrada ou saída de projétil. O orifício de entrada na camada óssea externa tem a forma mais ou menos circular e apresenta bordas talhadas em bisel na face interna. Há traços de fratura irradiados a partir do orifício e os fragmentos de projétil podem ser encontrados no orifício ou dentro da massa do encéfalo. Frequentemente, o projétil é encontrado íntegro na cavidade craniana, seja por não ter adquirido velocidade, pela pequena distância do tiro ou pela maior rigidez dos ossos do crânio de um determinado indivíduo.

O perito deve oferecer elementos que auxiliem a autoridade policial ou judiciária a estimar a distância do disparo. As lesões de entrada nos tiros a longa distância ficarão livres do alcance dos efeitos secundários do disparo. Entretanto, deve-se ter precaução ao se afirmar categoricamente a distância em seu laudo, uma vez que, no momento do tiro, alguém poderá

ter colocado um anteparo de qualquer natureza entre a arma e o corpo humano, a fim de evitar que se formem as orlas de queimadura, esfumaçamento e tatuagem. É comum o uso de papelão grosso como anteparo pelo atirador, por ser material fácil de se manipular e descartar, a fim de simular tiro a longa distância, quando na realidade, foi a curta ou mesmo a queima-roupa.

A quantidade de entradas pode ser igual ao número de projéteis que atingiram o indivíduo, maior no caso de um mesmo projétil entrar, sair e depois penetrar novamente como nos ferimentos de defesa que ocorre geralmente nos antebraços; ou menor, se houver saída de projéteis. É importante realizar um inventário completo dos achados e um desenho esquemático com as indicações de entradas e saídas.

Lesão de Saída

Dependendo da resistência dos tecidos atravessados e da quantidade de energia cinética, os projéteis podem ficar alojados no corpo do indivíduo ou sair. Quando saem, produzem ferimentos com bordas habitualmente evertidas, irregulares, diâmetro maior que os de entrada, dando saída a tecidos moles em alguns casos. Há exceções: nas lesões transfixantes do crânio, pode-se verificar saída de tecido nervoso, sangue e líquor por ambos os ferimentos, saída e entrada. Os ferimentos de entrada, inclusive, podem se apresentar com bordas evertidas devido ao efeito de câmera de Hoffman, como já vimos.

Trajeto

Definido como o espaço percorrido pelo instrumento perfurocontundente **dentro do corpo humano**, desde a entrada e **trajetória** do projétil que é o percurso do projétil desde a saída da boca do cano da arma, passando pelo corpo humano, até o ponto onde se alojou, quando cessou sua energia cinética. O trajeto pode terminar no ferimento de saída, em fundo cego com o projétil no local, ou dentro de uma cavidade do corpo. Habitualmente, é uma linha reta unindo os ferimentos de entrada e saída, dos projéteis transfixantes. São descritos no laudo, considerando a vítima na posição anatômica, ou seja: em pé e com as mãos, pés e cabeça voltados para frente. (Fig. 11).

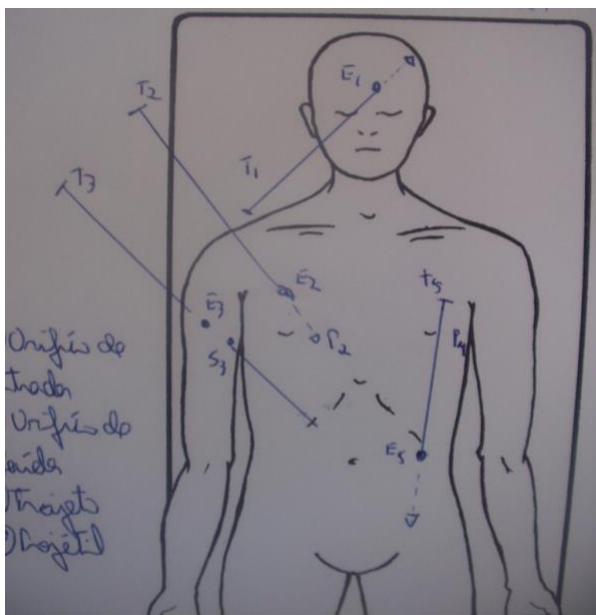


Figura 11. Croqui ou desenho com as indicações das tajetórias dos projéteis que devem constar do laudo. Trajetos referenciados em relação aos três planos: vertical (cima para baixo/baixo para cima); sagital (frente para trás/trás para frente) e horizontal (direita para esquerda/esquerda para direita). Caso do Prof. Marcos Fernando Santos Melo. *in memorium*.

O trajeto descrito na vítima nem sempre é a continuação exata da linha de trajetória do projétil até o indivíduo e pode não ter necessariamente a conformação de uma linha reta, apresentando-se, por vezes, como linhas curvas, semi-curvas ou anguladas entre si. Mudanças no trajeto do projétil dentro do corpo podem ocorrer, por exemplo, nas seguintes situações: quando se chocar contra uma superfície óssea; penetrar em canal medular; tangenciar a calota craniana, acompanhando parte de sua curvatura por baixo do couro cabeludo, fazendo um semi-círculo; ricochetear em algum osso, fazendo um desvio de trajeto (ângulo); penetrar um vaso calibroso ou câmara cardíaca, alcançando a corrente sanguínea com alta pressão, podendo se deslocar passivamente dentro do corpo; ou penetrar um órgão móvel.

Nas cavidades

Nas cavidades torácica ou abdominal, ferimentos em vísceras ou ruptura de vasos sanguíneos provocam hemorragias. Quando penetram vísceras, forma-se um halo hemorrágico em torno do trajeto. Por vezes o projétil pode se incrustar em vértebra criando dificuldade para o encontro do mesmo quando não se dispõe de aparelhos radiográficos, como é o caso da maior parte dos necrotérios brasileiros. Um adulto com 1,80 m de altura, pesando 80 Kg, tem, em média, 5,5 litros de sangue. As hemorragias são frequentes causas imediatas de óbito na traumatologia e devem constar da conclusão do laudo. Nas hemorragias intracavitárias, o perito deve fazer uma estimativa do sangue encontrado, medindo o volume retirado durante as

necropsias. Por vezes, há perda de sangue na cena, devendo ser feita essa ressalva nestas situações. Podem ser classificadas em categorias quanto à sua gravidade, conforme o volume total de sangue perdido em:

- ⇒ Classe I - até 15%: 750 ml;
- ⇒ Classe II - entre 15% e 30%: 750 ml a 1500 ml;
- ⇒ Classe III - 30% a 40%: 1500 a 2000 ml;
- ⇒ Classe IV - acima de 40%: acima de 2000 ml (choque e morte).

Lesões por projéteis múltiplos

Podem ser produzidas por armas denominadas espingardas, contendo agrupamento de projéteis em uma embalagem denominada cartucho. São utilizadas em caça. Não possuem raias ou alma e disparam múltiplos projéteis de uma só vez ou um projétil único denominado balote. (Fig. 12).



Figura 12. Balotes utilizados em armas sem raias ou alma

Cada projétil dentro do cartucho, denominado bago, irá produzir um ferimento de entrada quando atingir o indivíduo e poderá produzir um ferimento de saída dependendo de sua massa, velocidade e distância entre a arma e o indivíduo. A dispersão dos bagos forma um cone e dependerá do comprimento do cano da arma e distância entre a saída do cano e o alvo. À reunião dos orifícios produzidos pelos bagos dá-se o nome de rosa de tiro. Cada projétil provoca um ferimento de entrada, com características variáveis dependendo da forma do projétil. Os projéteis se espalham dentro do corpo provocando sérias lesões em órgãos e fraturas múltiplas na calota craniana. Quando o disparo for encostado ao corpo da vítima, todos os elementos penetram através de um ferimento de entrada largo, com bordas irregulares e enegrecidas. O ferimento de saída no crânio pode apresentar características de ferida contusa.

Existem armas modernas com cano que possui redução progressiva, a fim de evitar a dispersão. Pode-se serrar parte do cano quando o objetivo é aumentar a dispersão. São as denominadas escopetas. Nos tiros encostados, realizados com espingarda, a força expansiva

causada pelos gases, junto aos bagos em início de dispersão e bucha causam ferimentos de grandes dimensões que dificultam a identificação do orifício de entrada. Encontra-se, no ferimento, enorme destruição de tecidos e inúmeras fraturas.

Referências bibliográficas

1. Hércules, HC. Medicina Legal: texto e atlas. p. 166-167. 2^a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2014.
2. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. [acessado em 24/07/2021].
<http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/Livro%20IML%20para%20site.pdf>
3. Croce D, Croce JD. 8^a ed. São Paulo, SP: Saraiva; 2009.
4. França GV. Medicina legal. 11^a ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. 2017.
5. Enciclopédia Médica Moraes Amato. [acessado em 24/07/2021].
<https://www.encyclopedia.med.br/wiki/Espostejamento>
6. Universidade de Brasília. Faculdade de Medicina. LOAFMEL. [acessado em 24/07/2021].
http://www.malthus.com.br/mg_total.asp?id=97
7. Gomes H. Medicina legal. 33^a ed. Rio de Janeiro, RJ: Freitas Bastos. 2004.
8. Madea B. Handbook of forensic medicine. Hoboken, NJ. Wiley-Blackwell. 2013.
9. N.E.I. Langlois and G.A. Gresham. The ageing of bruises: a review and study of the colour changes with time. *Forensic Science International*, 50 (1991) 227 – 238.
10. Brasil. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. [acessado em 24/07/2021].
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/DecretoLei2848compilado.htm

CAPÍTULO 5

ASFIXIAS

Paulo Newton Danzi Sálvia

2021

Sumário

Asfixias

Conceito

Primeira referência: fisiopatológica

Segunda referência: epidemiológica

Terceira referência: legal

Construção de conceito

Classificação

Asfixias Naturais (decorrentes de doenças naturais)

Asfixias Violentas (provenientes de causas externas)

Asfixias Mecânicas

Asfixias químicas

Perícia na asfixia primitiva ou violenta

Mecanismo, achados necroscópicos específicos e causas jurídicas

Asfixias mecânicas

Sufocação direta

Sufocação indireta

Constrição cervical

Enforcamento

Tipos de laços:

Modo de suspensão:

Tempo de morte

Fases da asfixia

Dispneia

Convulsões

Apneia pré-terminal

Respiração agônica terminal

Apneia

Sequência de respostas agonísticas

Estrangulamento

Esganadura

Formas pouco usuais de constrição cervical

Alterações do meio ambiente respirável

Afogamento

Confinamento

Soterramento

Ambientes saturados por gases irrespiráveis

Asfixias químicas

Monóxido de carbono

Curarizantes

Cianetos

Cocaína

Referências bibliográficas

Asfixias

Conceito

Conhecida como **falta de ar**, o conceito deve ser reconstruído, atendendo a critérios técnicos fisiopatológicos, legais e epidemiológicos, observando:

1. o entendimento da fisiopatologia humana se altera conforme a evolução do conhecimento científico;
2. o laudo médico legal deve responder a questões jurídicas que se referem a legislações específicas de cada região ou país;
3. a finalidade epidemiológica de reunir informações que orientam políticas públicas está atrelada ao Código Internacional de Doenças (atualmente na sua décima versão (CID 10)).

Legislações, conhecimentos científicos e o CID se modificam com um compasso diferente, tornando árdua a tarefa de construir um conceito uniforme e classificação única englobando os diversos tipos de asfixia; consequentemente dificultando a padronização e a produção de estatísticas mundiais. Mas se o conceito do termo não é homogêneo, é preciso estabelecer referências que podem orientar a utilizá-lo da forma mais apropriada possível, no Brasil.

Primeira referência: fisiopatológica

O termo vem do grego: *a* = ausência, *sphixis* = pulsar, portanto ausência de pulso. (6) Acreditava-se que o ar ou *pneuma* circulava pelas artérias, não o sangue; portanto, quando alguém fosse privado do ar, o pulso cessaria. (18). Hoje sabemos que o ar circula sim, mas dissolvido no sangue. Ele possui vários componentes como o Nitrogênio (N), Gás Carbônico (CO_2) e Oxigênio (O_2); este último mais importante, porque é utilizado no metabolismo celular para produção de energia do calor sob a forma de Adenosina Trifosfato (ATP) necessário para manter nossa temperatura em torno de 36,5 graus Celsius e de energia armazenada. (5). Haverá, em um estágio mais avançado da asfixia, insuficiência circulatória e parada cardiovascular, consequentemente, ausência de pulso.

Nas asfixias mecânicas, a falta de ar está relacionada à energia físico/mecânica que impede a passagem do ar externo até os alvéolos pulmonares, local onde ocorre, no sangue, a troca O_2 por CO_2 (hematose). Consequentemente, ocorrerá **falta de oxigênio**, com diminuição (**hipoxemia**), ou ausência (**anoxemia**) de sua concentração, e **acúmulo de gás carbônico (hipercapnia) no sangue**, além de

diminuição (hipóxia tissular) ou ausência (anoxia tissular) desse elemento no tecido ou na célula, uma vez que o sangue leva e entrega o O₂ à célula.

Pode-se dividir, didaticamente, o processo da respiração em externo, intermediário e interno que envolve:

1. **captação** de O₂ / Eliminação de CO₂;
2. **distribuição**;
3. **utilização** do oxigênio na célula.

Para que ocorra a captação, são necessários:

- vias aéreas périvas,
- aparelho respiratório funcionando adequadamente.

Na distribuição, o transporte de oxigênio, feito pelo sistema circulatório, depende do bom funcionamento do coração, responsável pelo bombeamento e manutenção da pressão sanguínea, de vasos sanguíneos périvos e de elementos presentes no sangue, envolvidos no transporte, particularmente a hemoglobina, proteína da hemácia que se liga ao **oxigênio**, formando a **oxihemoglobina**, responsável pelo transporte de cerca de **98,5%**, sendo **1,5%** dissolvido no plasma.

A utilização do oxigênio na célula se dá através de reação de óxido/redução, tendo como substrato um carboidrato, resultando CO₂ + água e liberando energia que é utilizada para manter o aquecimento corporal e síntese de ATP. A eliminação do CO₂, elemento tóxico que se forma a partir do metabolismo celular, se dá nos pulmões. Aproximadamente 23% do gás carbônico formado na célula é transportado no sangue pela hemácia sob a forma de carbohemoglobina. A principal forma de transporte, porém, acontece **plasma, cerca de 70%, dissolvido** na forma de **bicarbonato**, de acordo com as seguintes reações químicas:



Nas asfixias mecânicas, o CO₂ tenderá a ficar retido no sangue, resultando em aumento da pressão parcial de CO₂ no sangue (PaCO₂) e da concentração de íons H⁺ no plasma, o que leva a uma acidose respiratória.

Participam das asfixias três mecanismos bioquímicos:

- **hipoxemia/anoxemia;**
- **hipercapnia e;**
- **acidose respiratória.**

Combinados, esses mecanismos levam, inicialmente, ao aumento da pressão arterial e frequência cardíaca por estimulação do centro vasomotor e produção de adrenalina. Em concentrações elevadas, entretanto, o CO₂ produz dilatação vascular periférica, inclusive cerebral, e passa a inibir os centros respiratórios, fazendo com que haja maior retenção de CO₂ e diminuição da respiração. (4).

Alguns tipos de células do corpo humano não possuem a capacidade de suportar a anoxia tecidual por tempo superior a alguns minutos e morrem, como é o caso da célula encefálica. A morte de muitas células encefálicas é o estágio final da vida de uma pessoa, ou **morte encefálica**, que, segundo definição do Conselho Federal de Medicina (CFM) é “a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definidas pela cessação das atividades corticais e do tronco encefálico (RESOLUÇÃO do CFM N° 2.173/2017, publicada no Diário Oficial da União de 15 de dezembro de 2017, Seção I, p. 274-6). (1,2).

Existem situações em que as pessoas respiram certos tipos de gases que afetam diretamente a célula. Nesses casos, o mecanismo principal de morte pode não estar relacionado à “falta de ar” ou oxigênio no sangue. Nas intoxicações por cianeto, por exemplo, a troca gasosa no pulmão está funcionando adequadamente e a concentração do O₂ no sangue pode estar normal, entretanto o elemento cianeto se liga a uma enzima celular, intoxica a célula, impedindo-a de utilizar o O₂. Pode-se dizer que a célula não consegue “respirar” porque há um **bloqueio** na utilização de O₂ necessário para o metabolismo e **não falta** de O₂ no sangue. São situações que podem ser classificadas tanto como **asfixias químicas** quanto como **intoxicações**.

Segunda referência: epidemiológica

O **CID-10** (Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde) é uma referência internacional utilizada como

um guia para o preenchimento das declarações de óbito ([link para o capítulo de Atestado de Óbito](#)). O que ele nos informa? O termo **asfixia** aparece nos seguintes códigos:

"Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal

Grupo P00-P96 - Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal.

P21.0 Asfixia grave ao nascer

Asfixia:

- ⇒ branca
- ⇒ com Apgar no primeiro minuto de 0 a 3

Pulso de menos que 100 por minuto, ao nascer, diminuindo ou estável, respiração ausente ou ofegante, palidez, tônus muscular ausente.

P21.1 Asfixia leve ou moderada ao nascer

Asfixia:

- ⇒ azul
- ⇒ com Apgar no primeiro minuto de 4 a 7

Respiração normal não estabelecida dentro do primeiro minuto, mas com freqüência cardíaca de 100 por minuto ou mais, algum grau de tônus muscular presente e algum grau de resposta a estímulo.

P21.9 Asfixia ao nascer, não especificada

- ⇒ anóxia
- ⇒ asfixia
- ⇒ hipóxia

Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte

Grupo R00-R09 - Sintomas e sinais relativos aos aparelhos circulatório e respiratório.

R09.0 Asfixia

Excluir:

Asfixia (devida a) (do):

- ⇒ corpo estranho no trato respiratório ([T17.-](#))
- ⇒ intra-uterina ([P20.-](#))

- ⇒ monóxido de carbono ([T58](#))
- ⇒ parto ([P21.-](#))
- ⇒ traumática ([T71](#))

Capítulo XIX – Lesões e envenenamento e algumas outras consequências de **causas externas**.

Grupo S00-T98 – Outros efeitos de causas externas e os não especificados.

T71 Asfixia

Insuficiência de oxigenação sistêmica devida a:

- ⇒ baixo conteúdo de oxigênio do ar ambiente
- ⇒ obstáculo mecânico à respiração

Sufocação (por estrangulamento)

Excluir:

Anóxia devida à alta altitude ([T70.2](#))

Asfixia por:

- ⇒ aspiração de alimento ou corpo estranho ([T17.-](#))
- ⇒ monóxido de carbono ([T58](#))
- ⇒ outros gases, fumaças e vapores ([T59.-](#))
- ⇒ desconforto respiratório no recém-nascido ([P22.-](#))
- ⇒ efeito tóxico de gases, fumaças ou vapores ([T41](#), [T51-T59](#))
- ⇒ síndrome do desconforto respiratório do adulto ([J80](#))"

O termo é utilizado tanto para as chamadas causas **externas** grupo S00-T98) como para as **naturais** (grupos P00-P96 e R00-R09), e não necessariamente está associado ao óbito, apoiando a classificação proposta por Hygino Hercules que divide as asfixias em dois grandes grupos, naturais e violentas. (5) Burkhard Madea aponta para situações que configuram asfixia por aspiração de sangue, podendo ser secundárias a causas naturais como no sangramento por varizes esofágicas ou externas como nos traumas crânio-faciais com fratura e sangramento.

O Sistema de Informação de Mortalidade (**SIM**) é a principal base de dados sobre as causas de mortalidade no Brasil, com livre acesso disponível ao público. O que nos informa entre 2008 e 2018?

1. Não houve registro no código T71 – asfixias, do capítulo XIX (3). É fato que os cadastradores são orientados a não registrar as lesões que constam desse capítulo (S a T) como causa básica. Esta deverá ser codificada segundo os eventos que originaram essas lesões, os quais constam do capítulo XX (V, W, X e Y), causas externas de morbidade e de mortalidade (acidentes de transporte, lesões auto-provocadas intencionalmente, agressões, complicações de assistência médica e cirúrgica, etc.). Exemplo: W75 Sufocação e estrangulamento accidental na cama; X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação. Há quem oriente cadastradores para que não “perca tempo” buscando códigos do capítulo XIX pois eles não irão aparecer nos mecanismos de busca, havendo necessidade de solicitar relatório aos gestores da base de dados, além do que não constituem informação de qualidade, uma vez que nem todos cadastram a informação.
2. Houve 14.217 registros codificados como P21(Asfixia ao nascer); (Tabela 01);
3. Recuperamos 68.893 registros codificados como R09, porém não conseguimos recuperar especificamente as asfixias.

Em resumo, quando se refere às causas externas, o termo asfixia não é cadastrado como causa básica e sim segundo o evento que a originou, não aparecendo na estatística. Continua, entretanto, sendo cadastrado no capítulo de causas naturais, especificamente nos “transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal” e possivelmente dentro do código R09, “sintomas e sinais relativos aos aparelhos circulatório e respiratório”.

DATASUS			
> MORTALIDADE - BRASIL			
Óbitos p/Residênc segundo Região			
Categoria CID-10: P21 Asfixia ao nascer Período: 2008-2018			
Região		Óbitos p/Residênc	
TOTAL		14.217	
1 Região Norte		1.905	
2 Região Nordeste		5.741	
3 Região Sudeste		4.569	
4 Região Sul		1.249	
5 Região Centro-Oeste		753	

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 1

DATASUS			
> MORTALIDADE - BRASIL			
Óbitos p/Residênc segundo Região			
Categoria CID-10: R09 Outr sint sinais relat ap circulat respirat Período: 2008-2018			
Região		Óbitos p/Residênc	
TOTAL		68.893	
1 Região Norte		6.876	
2 Região Nordeste		21.487	
3 Região Sudeste		27.624	
4 Região Sul		10.008	
5 Região Centro-Oeste		2.898	

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 2

Terceira referência: legal

"Legislação: (5)

Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940 (Código Penal)

Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos

Homicídio qualificado

§ 2º Se o homicídio é cometido:

.....

III - com emprego de veneno, fogo, explosivo, **asfixia**, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que possa resultar perigo comum;

Pena - reclusão, de doze a trinta anos."

Uso de gás tóxico ou asfixiante

Art. 252 - Expor a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem, usando de gás tóxico ou asfixiante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

O legislador utiliza o termo asfixia, porém não publica o conceito do mesmo, deixando sua interpretação aos profissionais do direito e peritos. O que o artigo 121 nos informa em seu parágrafo segundo é que o homicídio será qualificado e, consequentemente, a pena aumentará para reclusão de doze a trinta anos, se for praticado com emprego de asfixia, pois entende que é uma circunstância agravante. (17). Nesse caso, a asfixia deverá estar associada à agressão ou violência, ou seja, não está se referindo às de causa natural que, como vimos, é o estágio final da maioria dos óbitos naturais. E o que o artigo 252 nos informa é que existem asfixias causadas por gases asfixiantes (ou tóxicos), o que implica, consequentemente, que devam fazer parte das classificações as asfixias químicas, como consta da classificação do *Manual Técnico-Operacional Para Os Médicos-Legistas do Estado de São Paulo*, editado por Carlos Alberto de S. Coelho e José Jarjura Jorge Jr.; publicado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Nesse mesmo manual, um modelo de laudo é descrito, onde constam os quesitos requeridos pela autoridade policial em **requisições**. Entre eles, transcrevo o quarto: Foi produzida (a morte) por meio de veneno, fogo, explosivo, **asfixia** ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel? (6).

➤ Lembrar que o exame de corpo de delito instrui ações penais, no caso de crimes contra a pessoa. Portanto, podem ser requeridos na fase de inquérito pelo delegado de polícia (polícia judiciária) ou oficial sindicante (IPM) e, na fase processual, pelo juiz de Direito e Ministério Público.

O conceito de asfixia deve atender, portanto, aos pré-requisitos legais, epidemiológicos e fisiopatológicos contemplando as necessidades das três referências acima pelos seguintes motivos:

1. o termo é usado no preenchimento das declarações de óbito pelo médico clínico ou perito legista, cuja finalidade principal é gerar dados estatísticos;
2. é usado nos laudos médico-legais cuja finalidade é atender às demandas judiciais que são próprias de cada país; ou seja, cada país tem sua própria legislação e os quesitos ou perguntas que se fazem ao perito com relação às asfixias se referem a essa legislação;
3. refere-se a um conjunto de sinais e sintomas clínicos e é usado nos relatórios e prontuários médicos, exprimindo um mecanismo fisiopatológico.

Feito esse preâmbulo, comprehende-se por que as tentativas de uma classificação universal foram frustradas até o presente momento. Antes disso, seria necessário construir as pilas, universalizando as legislações e revendo a CID.

No Brasil, as classificações também variaram. Flamíneo Fávero apontou dois critérios para a classificação: **fisiopatológico** defendido por Afrânio Peixoto e o **médico-legal**, por Oscar Freire. (14). De acordo com o primeiro, seriam divididas em puras, mistas e complexas conforme a participação apenas de mecanismos de hipercapnia e anoxemia ou de envolvimento da circulação sanguínea. De acordo com o critério médico legal, seriam classificadas conforme a modificação das condições normais da respiração, a saber, modificações físicas do ambiente, obstáculos mecânicos e supressão da função da caixa torácica. A Almeida Jr. e J. B. De O. e Costa Jr. entendem como condições para merecer a designação de asfixia do ponto de vista médico legal, que seja ela primitiva quanto ao tempo, violenta quanto ao modo e provocada mecanicamente quanto ao meio, embora admita que exista a morte por asfixia causada por doença. (16). Outros autores brasileiros defendem que asfixias seriam apenas as primitivas, em

que o fenômeno residiria na privação respiratória mecânica, excluindo, portanto, as asfixias químicas, que deveriam ser inseridas no estudo dos envenenamentos. (15)

Nesse momento, podemos propor conceito e classificação para as asfixias **no Brasil** tomando como base as classificações propostas por Hygino e pelo manual técnico-operacional para os médicos-legistas do Estado de São Paulo, com alguns ajustes. (4,6).

Construção de conceito

Asfixia: Fenômeno relacionado à **suspensão da respiração** por perturbações nos processos de:

- 1. captação;**
- 2. distribuição e/ou**
- 3. utilização** do oxigênio na célula, consequentemente alterando gravemente o metabolismo e provocando **lesão celular e morte.**

Ou, simplesmente, a privação de oxigênio parcial (hipóxia) ou total (anoxia) ou deficiência de sua utilização na célula cerebral, provocando o óbito.

Classificação

⇒ **Asfixias Naturais (decorrentes de doenças naturais)**

Não configura qualificadora prevista no código penal, mas atende às necessidades estatísticas).

⇒ **Asfixias Violentas (provenientes de causas externas)**

Asfixias Mecânicas

Ação físico-mecânica por impedimento parcial ou total da respiração. O agente há que se encontrar entre os orifícios buco-nasais até o alvéolo. São asfixias mecânicas as produzidas por:

- ⇒ obstrução dos orifícios respiratórios (**sufocação direta**);
- ⇒ impedimento da expansão pulmonar por compressão torácica (**sufocação indireta**);
- ⇒ constrição cervical (**enforcamento, estrangulamento, esganadura**);

⇒ alterações do meio ambiente respirável (soterramento, afogamento, confinamento, ambientes saturados por gases irrespiráveis).

Asfixias químicas

Produzidas por agentes que são substâncias químicas capazes de interferir no transporte do oxigênio (monóxido de carbono), metabolismo celular (cianetos), nos movimentos músculo-respiratórios (curarizantes) e/ou no ritmo cardíaco (cocaína).

Perícia na asfixia primitiva ou violenta

No Brasil a perícia que envolve vítima de asfixia violenta começa a ser realizada na cena do crime por peritos criminais do Instituto de Criminalística (IC) enquanto a perícia no cadáver é feita no necrotério, por médicos legistas, após o corpo ter sido transportado. O corpo é encaminhado juntamente com uma requisição expedida pelo Delegado de Polícia acompanhada de Boletim de Ocorrência (BO), onde deve constar o histórico. O transporte, em grande parte dos municípios, é realizado por agentes funerários, profissionais que trabalham nas empresas funerárias e não por agentes policiais. O histórico, realizado pelos agentes policiais na Delegacia de Polícia, será oferecido ao médico legista. Frequentemente, não contém detalhes de informações importantes necessários para a elucidação da perícia, uma vez que o agente policial não é perito nem médico, não sendo sua atribuição, pensar como o perito, obtendo anamnese completa dos familiares. O laudo do IC, com documentação fotográfica do local, será encaminhado posteriormente, portanto as informações coletadas na perícia do local também não estão disponíveis no momento do exame necroscópico. Se de um lado esse fato torna a perícia mais independente pela razão pura e simples de não ser o perito sugestionado por eventuais históricos não confiáveis que poderiam representar produto de simulação, de outro, algumas informações são essenciais, sem as quais, a descoberta da verdade pode ficar prejudicada, como em situações onde houve prévios procedimentos médicos complementares que podem mascarar o exame necroscópico, SIDS, enforcamento com suspensão atípica, etc.

Feitas essas considerações, passamos a relatar os possíveis achados necroscópicos na asfixia.

Achados necroscópicos gerais

⇒ Cianose: cor roxa de extremidades (unhas) e face, notadamente nos lábios.

- ⇒ Petéquias: sangramentos pericapilares provenientes da ruptura capilar por aumento da pressão intravascular ou por lesão do endotélio causada pela hipoxia tecidual, com consequente extravasamento de hemácias. São muito importantes para o diagnóstico de asfixia. Foram descritas pela primeira vez por Ambroise August Tardieu em 1855 que as associou aos casos de asfixia. (7). Aparecem macroscopicamente como pontilhados redondos, de cor vermelha ou roxa, habitualmente um pouco menores que 2 mm, nas mucosas (conjuntiva ocular, esclera, retina, lábios), superfície das serosas (epicárdio, pleura visceral) e pele. (9,10). Na pele, são observadas no leito dos sulcos cervicais e face nos casos que envolvem constrição cervical e podem aparecer em grande número nos membros inferiores dos enforcados, particularmente quando ocorre suspensão completa, provavelmente relacionada à maior deposição de sangue nos membros inferiores devido à ação da gravidade e, consequentemente, aumento da pressão intravascular nessa região.
- ⇒ **Cuidado ao interpretar esse achado isoladamente.** Embora apareça com muita frequência nas asfixias, devendo, inclusive, alertar o perito para essa possibilidade; quando nada consta do histórico, não é sinal patognomônico de asfixia, particularmente se não houver outros comemorativos que corroborem esse diagnóstico. Lembrar que podem aparecer em outras situações clínicas como na coagulação intravascular disseminada secundária às infecções generalizadas, trombocitopenia, síndrome da morte súbita na infância ([link para o capítulo de SIDS](#)), embolia gordurosa, embolia amniótica, etc. Podem, também, ser observadas nas manchas de hipóstase, podendo ocorrer em grande quantidade. Nesse caso, são secundárias ao deslocamento passivo do sangue no interior dos vasos que se dá após a morte, conforme a teoria dos vasos comunicantes e por ação da gravidade, quando pressão arterial sistêmica já não existe. Outro cuidado é, ao contrário, não afastar definitivamente o diagnóstico de asfixia quando elas não estão presentes no cadáver. Lembrar que existe o mecanismo de inibição nervosa nas asfixias, o que motivou, inclusive, alguns autores a classificarem as asfixias em puras e complexas, como Afrânio Peixoto (11). Esse mecanismo pode estar envolvido como causa imediata do óbito em alguns afogados (afogado branco de Parrot) e casos de constrição cervical. Nestes casos, as petéquias poderão estar ausentes;
- ⇒ Sangue mais fluido e escuro;
- ⇒ Edema pulmonar;

- ⇒ Congestão polivisceral.
- ⇒ Congestão do segmento céfálico e cervical. Cogumelo de espuma: Bola de espuma que recobre a boca e narinas. Frequentes no afogado, formado pelo líquido aspirado misturado com o ar. Pode estar presente em outras formas de asfixia e em casos de edema agudo de pulmão.
- ⇒ Manchas de hipóstase mais precoces e de tonalidade mais escura
- ⇒ Rigidez cadavérica mais lenta, intensa e prolongada;
- ⇒ Pulmões hiperinsuflados.

Mecanismo, achados necroscópicos específicos e causas jurídicas

Didaticamente, divide-se o processo respiratório em ciclos (Fig. 1):

- Externo: hematose que ocorre nos alvéolos pulmonares (captação de O₂ e eliminação de CO₂);
- Intermediário: transporte de O₂ e CO₂ dos pulmões às células;
- Interno: Metabolismo de O₂ na célula, resultando energia, H₂O e CO₂.

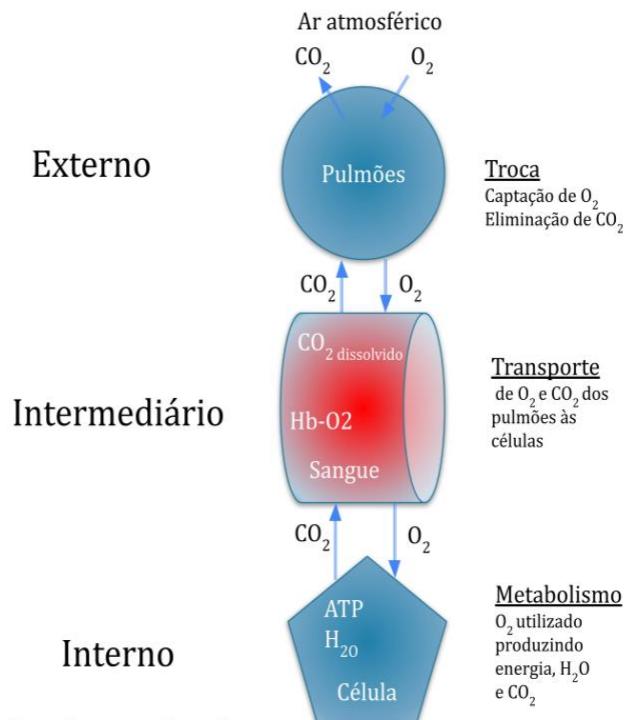


Fig. 1. Ciclos da respiração

Asfixias mecânicas

(Agentes interferentes nos **ciclos externo/intermediário** respiratório).

Sufocação direta

- **Oclusão dos orifícios:** boca ou fossas nasais com uso das mãos, saco plástico, lençol.
- **Oclusão das Vias Respiratórias:** orofaringe, traquéia, brônquios, principalmente por corpos estranhos, objetos pequenos como chupetas, moedas, em crianças, fragmentos alimentares em pessoas debilitadas, idosos institucionalizados, pacientes com neoplasia ou doença neurológica grave. A morte pode ocorrer por anoxia/hipercapnia ou estimulação vagal que leva a arritmias.

Causas jurídicas: homicida: Infanticídio, por exemplo, onde há uma desproporção de forças entre o agressor e a vítima; **suicida:** vítimas que amarram um saco plástico ao redor da cabeça e ingerem medicamentos que causam depressão respiratória; **accidental:** aspiração de corpos estranhos.

Sufocação indireta

Ocorre por compressão torácica, com impedimento dos movimentos respiratórios. A sufocação posicional é uma variação da sufocação indireta. Há fadiga e falência da musculatura respiratória devido a posições viciosas. No exame necroscópico há que procurar, além dos sinais gerais das asfixias, sinais de compressão torácica como escoriações, equimoses, marcas de pneus, etc.

Exemplos:

- Embriaguez, idade avançada, crianças pequenas (posicionamento prolongado do indivíduo de cabeça para baixo);
- Crucificação
- Vítima prensada ao tentar trocar pneu de caminhão de carga.

Causas jurídicas: homicida: infanticídio, por exemplo, onde há uma desproporção de forças entre o agressor e a vítima, **accidental:** tumultos com grandes multidões em pânico; crianças dormindo na mesma cama com adulto; acidentes com caminhões de carga; desabamentos.

Constricção cervical

A ação se dá por compressão da traquéia, consequentemente, haverá: 1- impedimento da passagem do ar; 2- compressão de feixes nervosos (inibição); e 3- de vasos sanguíneos (obstrução do fluxo da circulação). Quanto maior a força, maior a possibilidade de envolvimento de vasos mais profundos: 2 Kgf: veias jugulares, 2,5-10 Kgf: artérias carótidas, 8,2-30 Kgf: vertebrais; 15 Kgf: obstrução de traquéia; 14,3 Kgf: fratura de cartilagem tireoide e 18,8 Kgf: cricoide. (10).

Enforcamento

Constricção do pescoço por um laço, agindo como força ativa o peso da própria vítima.

Tipos de lacos:

Duros: cordões, cordas, fios de arame,

Moles: gravatas, panos,

Semi-rígidos: cinto de couro.

Modo de suspensão:

Completa ou incompleta. Na típica ou completa, o corpo fica totalmente suspenso, e na atípica ou incompleta, fica apoiado pelos pés, joelhos ou outra parte do corpo. Estudo realizado na Índia aponta que a maioria dos enforcamentos ocorre por suspensão completa em ambos os sexos, entretanto é significativo o percentual dos enforcamentos por suspensão incompleta (cerca de 31% nos homens e 35% nas mulheres). (15).

Tempo de morte

O cérebro precisa de energia para sobreviver e retira essa energia quase exclusivamente da redução oxidativa da glicose para formar o ATP. Portanto as células nervosas requerem um suprimento contínuo de glicose, já que elas praticamente não têm açúcar. Nos casos de isquemia cerebral, ocorre a parada do suprimento de glicose juntamente com a deficiência de O₂. As reservas de glicose e ATP nos neurônios são usadas após 5 minutos. Na falta total do fluxo sanguíneo cerebral, a perda de consciência ocorre dentro de 10 a 15 segundos. Após 3 a 6 minutos, ocorre morte celular difusa e irreversível. O hipocampo, gânglios da base, cerebelo e medula espinhal são particularmente vulneráveis. Necroses extensas podem ocorrer no córtex. O distúrbio resultante é chamado dano cerebral hipóxico ou encefalopatia pós-anóxica.

Fases da asfixia

Foram descritas baseadas em observações e experimentos com animais:

⇒ **Dispneia**

"Fome do ar", taquipneia, respiração profunda, uso de músculos secundários da respiração, frequentemente vindo primeiro a dispneia inspiratória, depois expiratória, taquicardia, aumento da pressão arterial, cianose da face, perda de consciência (1 min a 1 min e 20 s).

⇒ **Convulsões**

Convulsões tônico-clônicas, lesões devido a solavancos podem surgir durante as convulsões, perda profunda de consciência, midríase, ocasionalmente liberação de urina e fezes (2 minutos).

⇒ **Apneia pré-terminal**

Temporária, queda da pressão arterial, geralmente taquicardia (1 minuto).

⇒ **Respiração agônica terminal**

Respirações agônicas entre as quais há longas pausas, tensão dos músculos do pescoço (1 min a 4 min).

⇒ **Apneia**

Apnéia irreversível, por vezes taquicardia, evidentemente devido à paralisia hipóxica do núcleo do nervo vago. A atividade cardíaca pode ser mantida por até 20 min. (5)

Estudo publicado pelo Grupo de Trabalho sobre Asfixia Humana, que analisou vídeos de 14 enforcamentos filmados, 9 acidentes auto-eróticos, 4 suicídios e 1 homicídio, observou o seguinte:

Sequência de respostas agonísticas

- perda rápida da consciência em: 10 ± 3 segundos,
- convulsões generalizadas leves em 14 ± 3 segundos,
- descerebração em 19 ± 5 segundos, início de movimentos respiratórios abdominais rítmicos profundos em 19 ± 5 segundos,
- decorticção em 38 ± 15 segundos,
- perda de tônus muscular em 1 minuto 17 segundos ± 25 segundos,

- final de movimentos respiratórios abdominais profundos em 1 minuto 51 segundos ± 30 segundos e
- último movimento muscular em 4 minutos 12 segundos ± 2 minutos e 29 segundos. (13).

A morte também pode ocorrer por mecanismo de inibição, por estimulação quimiorreceptores do corpo carotídeo, causando parada cardíaca imediata, mediada pelo vago.

Achados necroscópicos externos

- Fáscies pletórica
- Sulco cervical ascendente, na maioria das vezes único, em posição alta do pescoço, dirigindo-se no sentido do nó, obliquamente de baixo para cima e de frente para trás, descontínuo na região do nó, mas se o laço for muito apertado, pode ser contínuo. Quanto mais delgado o laço mais profundo e escuro o sulco. Pode ser raso e mesmo assim provocar morte, em casos de enforcamento accidental atípico com mecanismo de inibição.
- Protusão de língua.
- Olhos protusos, hemorragia subconjuntival.
- Hipóstase e petéquias nos membros inferiores.

Achados necroscópicos internos

- Achados gerais das asfixias;
- Lesões na parte profunda da pele e da tela subcutânea;
- Roturas e infiltrações hemorrágicas em musculatura cervical e retroesofágica;
- Secção da íntima da artéria carótida, próximo à bifurcação: **sinal de Amussat**.
- Hemorragia da adventícia (túnica externa) da carótida comum: **sinal de Friedberg**;
- Desgarramento da túnica externa: **sinal de Étienne Martin**;
- Lesões do aparelho laríngeo: fraturas da cartilagem cricoide, tireoide e do osso hioide;
- Fratura ou luxações de vértebras cervicais nas quedas bruscas.

Causas jurídicas: suicida principalmente, podendo ser homicida ou acidental.

Estrangulamento

Ação constrictiva de um laço sobre o pescoço, acionado por uma força externa diferente do peso da vítima.

Achados necroscópicos externos e internos

São semelhantes aos encontrados no enforcado, pois trata-se de constrição cervical, porém as características do sulco poderão auxiliar no diagnóstico diferencial. Costuma ser profundo, ter a mesma profundidade em toda a sua extensão, único, podendo também ser múltiplo; pode se cruzar antes de desaparecer ou ser descontínuo na região do torniquete, que pode simular a região do nó dos enforcados. Como a força é maior que nos enforcados, equivalente a 25 Kgf, pode ocorrer obliteração da luz da traqueia (mais efetiva que no enforcamento). As infiltrações hemorrágicas em musculatura cervical acompanham a circunferência do laço, os sinais de Amussat, Friedberg e Étienne Martin em tese são mais frequentes, assim como as fraturas das cartilagens cricoide e tireoide. Há compressão de feixes nervosos mais frequentemente, com inibição vagal.

Em que pese todos esses aspectos, somente as características do sulco não permitem excluir completamente possibilidade de enforcamento com laço atípico, por vezes duplo, com nó anterior em cadáver com suspensão incompleta. Lembrar que, no Brasil, o perito médico legista não examina a cena do crime e, não raras vezes, recebe o histórico incompleto.

Causas jurídicas: homicida: pelas próprias mãos do agressor ou com o uso de um torniquete, accidental: vestes como gravata ou cacheco aoredor do pescoço que podem ficar presas em engrenagens de máquinas.

Esganadura

A ação constrictiva ocorre pelas mãos do agressor.

Achados necroscópicos externos e internos

- Sinais gerais da asfixia
- Lesões escoriativas e equimoses produzidas pelas unhas e dedos.
- Infiltração hemorrágica na pele e musculatura e fratura de cartilagens cricoide e osso hioide pode auxiliar no diagnóstico. Lesões vasculares são mais raras.

Causas jurídicas: sempre homicida, nunca accidental ou suicida.

Formas pouco usuais de constrição cervical

- ⇒ Chave de braço (alguns autores consideram uma forma de estrangulamento)
- ⇒ Cabeça presa em forquilhas sólidas como ramos de árvores, vãos de janelas.

Alterações do meio ambiente respirável

Afogamento

Entrada ou aspiração de fluido externo através do nariz e boca no trato respiratório. Essa definição exclui a aspiração de vômito, sangue, saliva, bile ou meconígio. (10) Nos traumas craniofaciais, poderá ocorrer aspiração de sangue após fratura e sangramento, sendo mais bem classificada essa situação como asfixia por broncoaspiração de sangue, pós-traumática, e não afogamento.

Doença cardíaca isquêmica, epilepsia, intoxicação por etanol, aumentam o risco de afogamento, podendo inclusive ser a causa básica do óbito.

O termo “corpo recuperado da água” e não afogado, é mais apropriado quando se está diante de um suposto afogado encontrado em rios ou lagoas.

Submersão incompleta não é necessária, portanto, não afasta o diagnóstico, podendo ocorrer casos com até 5 a 6 cm de água recobrindo a boca e narinas em um indivíduo inconsciente ou intoxicado por alguma medicação.

Períodos

- Surpresa ou Dispneia: Retém a respiração. O tempo médio que um indivíduo normal consegue prender a respiração é de um min, diminuindo para 30 seg. quando ocorre a submersão em água fria.
- Grandes inspirações: Após a submersão a glote que estava fechada, se abre quando ocorre tosse e há aspiração de grande volume de água nos pulmões por meio de uma série de grandes inspirações, seguindo-se a perda da consciência.
- Morte aparente: Ausência da respiração e dos reflexos, o coração permanece batendo até surgir a morte real.

Achados necroscópicos internos e externos

- Temperatura corporal abaixa mais rapidamente em corpos que ficam submersos;
- Pele anserina;
- Cogumelo de espuma. Líquido penetra nas vias respiratórias e se mistura com o ar;
- Maceração da pele;
- Erosões nos dedos e corpos estranhos sob as unhas;
- Lesões produzidas por animais aquáticos;

- Protusão ocular;
- Líquido nas vias respiratórias;
- Pulmões aumentados, distendidos, com enfisema aquoso e hemorragias pequenas (manchas de Tardieu e de Paltauf);
- Líquido misturado a alimentos sólidos no sistema digestivo;
- Equimoses e infiltrações hemorrágicas no pescoço em decorrência das contrações surgidas no período final do afogamento;
- Hemorragia na porção pétreia dos ossos temporais, devido a hemorragia nas células do ouvido interno, visíveis, quando examinamos o crânio internamente, após retirada da dura-máter;
- Diluição do sangue.

Causas jurídicas: a maior parte dos afogamentos foram classificados como de causa acidental nas diversas regiões do mundo em diferentes estudos. Estudo realizado na Finlândia, de 1590 corpos recuperados de água, 56,2% foram classificados como acidentes, 23,8% suicídios, 16,5% indeterminados, 0,8% homicídios e 2,6% como naturais. (10).

Confinamento

- Ocorre em ambientes restritos e fechados, como cavernas, onde o ar não se renova, agravando-se pela umidade e calor
 - Há queda de O₂ e aumento de CO₂
- Causas jurídicas:** em geral acidentais, mas podem ser homicidas.

Soterramento

Aspiração de partículas provenientes de elementos sólidos, como terra, areia ou isopor, por exemplo, com consequente obstrução das vias aéreas. O mecanismo se assemelha ao da sufocação direta e os achados são os mesmos.

Ambientes saturados por gases irrespiráveis

- Fossas com gases de esgoto,
- Limpeza de tanques com gases inertes

Causas jurídicas: em geral acidentais.

Asfixias químicas

Agentes interferem **no ciclo intermediário ou interno** respiratório. (Fig. 1).

Causadas por substâncias diversas capazes de interferir no transporte do oxigênio (monóxido de carbono), metabolismo celular (cianetos), movimentos músculo-respiratórios (curarizantes) e no ritmo cardíaco (cocaína).

Monóxido de carbono

Ação no ciclo intermediário. Gás sem gosto e cheiro, incolor e não irritante produzido pela combustão de substâncias que contenham carbono, cigarro, motores de automóveis, processos industriais, fogo, etc. Possui 200 a 250 vezes maior afinidade pela hemoglobina que o O₂, formando **carboxiemogrina**, portanto o CO compete com o O₂ no carreamento de oxigênio no sangue.

- A ação se dá no transporte de oxigênio.
- O cadáver pode assumir tonalidade rosa e carmim e a rigidez ocorre mais tarde.

Curarizantes

Ação no ciclo externo, nos movimentos dos músculos respiratórios. Possuem intensa e letal ação paralisante, agindo como relaxante muscular. Estão presentes em plantas dos gêneros chondrodendron e strychnos, da qual um dos subprodutos é a estricnina. (fig. 2). Bloqueadora nicotínica, age na placa motora que se localiza na fenda sináptica imediatamente oposta ao axônio terminal pré-sináptico.

Cianetos

Ação no ciclo interno; no metabolismo celular. O HCN se liga à **enzima citocromo C oxidase A**, bloqueando o consumo do oxigênio na célula, provocando parada da respiração celular, consequentemente, parada de formação de ATP. Ocorre **hipoxia histotóxica** e a morte se dá por asfixia, em que pese o sangue estar saturado de oxigênio. Sucede-se acidose láctica profunda, com óbito dentro de minutos após a exposição a grandes doses. A intoxicação pelo cianeto pode ocorrer por diversas vias, como digestiva e inalatória.

A via digestiva foi utilizada pelos nazistas, com intenção de simular suicídio. Há relatos de que Nero tenha utilizado uma bebida com ácido cianídrico para assassinar membros da sua família e outras pessoas. Na França, Napoleão III utilizou cianeto como arma de guerra nas pontas das baionetas durante a guerra Franco-Germânica. Em 1978, 900 membros da seita

"People's Temple" se suicidaram na Guiana com cianeto de potássio por meio da ingestão de um chá contendo a substância tóxica.

A via inalatória é muito frequente, pois a combustão de produtos que contêm carbono e azoto como lã, seda, poliuretano, plásticos, borracha sintética e resinas de melamina (retardante de chama) usadas na fabricação de espumas, liberam gás cianeto. A inalação de fumaça em ambientes fechados pode produzir dano térmico direto à mucosas, intoxicação por monóxido de carbono e por cianeto concomitantemente. Os nazistas utilizaram o zyklon B em campos de concentração, exterminando milhares de civis e soldados inimigos.

Baud F. e col., demonstraram que a média de concentração de cianeto em vítimas de incêndio é significativamente maior que em indivíduos do grupo controle. (20) (Tabela 3). De acordo com o consenso europeu de especialistas realizado em 2013, a inalação de fumaça de incêndio, que contém uma mistura complexa de gases, parece ser a principal causa de morbidade e mortalidade em vítimas de incêndio. (20). Concentrações séricas de HCN acima de 0,5 mg/l estão relacionadas com intoxicação aguda, existindo certa correlação entre os níveis séricos e a gravidade dos sintomas - em geral, níveis de 0,5-1 mg/l são leves, de 2-3 mg/l são moderados, e acima de 3mg/l são letais. (18,19); entretanto, o HCN rapidamente desaparece da corrente sanguínea após sua absorção, com uma meia-vida alfa que varia de 1-3 h e meia-vida beta de 44 h, portanto não serve de parâmetro para tratamento agudo, podendo dificultar a interpretação dos resultados na perícia.

Total de indivíduos	Níveis sanguíneos (média +/- desvio padrão)
Vítimas de incêndio sobreviventes (n=66)	21.5 =/- 36.4 µmol
Vítimas de incêndio mortas (n=43)	116.4 =/- 89.6 µmol
Controles (n=114)	5.0 =/- 5.5 µmol

Tabela 3.



Figura 2. *Strychnos toxifera*, planta de onde se extrai o curare. Ilustração do livro Plantas Medicinais de Köhler, de 1887.

Cocaína

Ação no principal no ritmo cardíaco.

Causas jurídicas: homicídio, suicídio, acidental.

Referências bibliográficas

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 2.173/2017. Define os critérios diagnósticos de morte encefálica. [acesso em 27 de Julho de 2021]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>.
2. Brasil. Resolução N° 2.173, de 23 de novembro de 2017, que trata dos procedimentos para determinação de morte encefálica (ME). Diário Oficial da União. 15 Dez 2017. [acesso em 27 de Julho de 2021]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/1065984/do1-2017-12-15-resolucao-n-2-173-de-23-de-novembro-de-2017-1065980-1065980.
3. Ministério da Saúde. Datasus. TABNET. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. [acesso em 27 de Julho de 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
4. Hercules H. Medicina legal: texto e atlas. São Paulo, SP: Atheneu; 2014.
5. Brasil. Código Penal. [acesso em 27 de Julho de 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado,
6. Manual Técnico-Operacional para os Médicos-Legistas do Estado de São Paulo. [acesso em 27 de Julho de 2021]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library>
7. Madea B. Handbook of forensic medicine. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2013.
8. Sauvageau A, Boghossian E. Classification of Asphyxia: The Need for Standardization. Journal Of Forensic Sciences. 2018; 55(5): 1259-67.
9. Jaffe F. Petechial hemorrhages. A review of pathogenesis. The American Journal Of Forensic Medicine And Pathology. 1994; 15(3): 203-7.
10. Shkrum M, Ramsay D. Forensic Pathology of Trauma. Common Problems for the Pathologist. Totowa, NJ: Humana Press; 2007.
11. França G. Medicina legal. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2011.
12. Ambade V, Kolpe D, Tumram N, Meshram S, Pawar M, Kukde H. Characteristic Features of Hanging: A Study in Rural District of Central India. Journal Of Forensic Sciences. 2015; 60(5):1216-23.
13. Sauvageau, Anny MD, MSc^{*}; LaHarpe, Romano MD[†]; King, David MD[‡]; Dowling, Graeme MD^{*}; Andrews, Sam MD[§]; Kelly, Sean MD[¶]; et al. Agonal Sequences in 14 Filmed Hangings With Comments on the Role of the Type of Suspension, Ischemic Habituation, and Ethanol Intoxication on the Timing of Agonal Responses. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology: 2011; 32(2): 104-7.
14. Fávero F. Introdução ao estudo da medicina legal. Identidade. Traumatologia. 9. ed. Vol.1. São Paulo: Martins. 1973.
15. Carvalho H. Compêndio de medicina legal: São Paulo, SP: Saraiva; 1992.
16. Almeida Junior A, Costa Junior J. Lições de medicina legal. São Paulo. Cia. Ed. Nacional; 1974.
17. Alves E. Medicina legal e deontologia. Curitiba, PR: Santa Cruz; 1965.
18. Antonio A, Castro P, Freire L. Lesão por inalação de fumaça em ambientes fechados: uma atualização. Jornal Brasileiro De Pneumologia. 2013; (3): 373.
19. Anseeuw K, Delvau N, Burillo-Putze G, De Iaco F, Geldner G, Sabbe M, et al. Cyanide poisoning by fire smoke inhalation: a European expert consensus. European Journal Of Emergency Medicine. 2013; (1): 2.
20. Baud F, Barriot P, Toffis V, Riou B, Vicaut E, Bismuth C, et al. Elevated blood cyanide concentrations in victims of smoke inhalation. The New England Journal Of Medicine . Available from: Academic OneFile. 1991;(25): 1761.

CAPÍTULO 6

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Dr. Paulo Roland Kaleff

Dra. Karoline Schereck Kreitmeyer

2021

Sumário

Traumatismo crânioencefálico

Introdução

Tipos de lesões

1. Hemorragias intracranianas

 1.1 Hemorragia subaracnoidea traumática (HSAT)

 1.2 Hematoma extradural

 1.3 Hematoma subdural agudo

 1.4 Hematoma subdural crônico

 1.5 Hematoma intraparenquimatoso traumático

2. Lesão cerebral isquêmica

3. Lesão axonal difusa

4. Tumefação cerebral

5. Contusão cerebral

6. Fraturas

7. Lesões no epicrâneo e espaço subgaleal (escalpe)

8. Síndromes de herniação

Informações relevantes no exame necroscópico

Procedimentos cirúrgicos no TCE

 A. Craniectomia descompressiva

 B. Duroplastia

 C. Cranioplastia

 D. Craniotomias diversas

 E. Trepanação

 F. Monitores de PIC

 G. Derivação ventricular externa

Referências bibliográficas

Traumatismo cranioencefálico

Introdução

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é consequência da ação de forças externas capazes de gerar lesão anatômica ou comprometimento funcional de estruturas do crânio ou encéfalo. Atualmente apresenta-se como uma epidemia silenciosa, levando a uma das maiores causas de morbimortalidade do mundo. Estudos brasileiros evidenciaram que o número de internações hospitalares triplicou no período de 2001 até 2007 (1), correspondendo a 30-50% das mortes por trauma, sendo que metade dos sobreviventes possuem algum grau de alteração neurológica (2,3). Pela sua incidência e impacto na prática médico legal, consideramos válido fazer algumas considerações sobre o tema.

Os mecanismos de produção do trauma podem ser diversos como: agressões físicas por arma de fogo, por arma branca, quedas, acidentes automobilísticos etc, todos definidos pelo impacto de um objeto ou por aceleração e desaceleração rápida da cabeça, que produzem lesões ósseas e encefálicas (1,4).

Os grupos de maior risco são idosos, adultos jovens e homens (5). Ocorre sobretudo em adultos jovens, com predomínio em até 80% dos casos, sobre o sexo masculino. A grande maioria em decorrência de acidentes de trânsito. Na Europa, ocorreu uma mudança no perfil epidemiológico nos últimos anos, tornando as quedas em pacientes idosos como a principal causa de TCE (6).

Dados na literatura internacional e principalmente no Brasil são escassos. Estima-se que 64-74 milhões de pessoas no mundo tiveram TCE, com mortalidade de 1,5 milhões de vítimas por ano. A incidência de internações hospitalares no Brasil, segundo o DATASUS, no período de 2008 até 2012 demonstram que 125.500 das internações são decorrentes de TCE (1,7).

Clinicamente o TCE é rotineiramente classificado de acordo com a Escala de Coma de Glasgow, amplamente utilizada por depender apenas do exame físico do paciente, avalia-se a resposta verbal, resposta motora e abertura ocular, com pontuação de 3 (pior) até 15 (melhor). Permite estratificar a gravidade do trauma em: leve, com pontuação de 14 a 15 correspondendo à 81% dos casos, moderado com pontuação de 9 a 13 correspondendo à 11% e grave com pontuação de 3 a 8 correspondendo à 8% dos casos (2,8).

As lesões produzidas pelo TCE podem ser classificadas em primárias e secundárias. As lesões primárias correspondem aos insultos no momento do trauma como: laceração,

fragmentação óssea, lesão axonal difusa (LAD), contusão cortical e do tronco. Já as lesões secundárias são decorrentes de processos iniciados no momento do trauma, subsequentes à lesão primária como: edema, hipoxemia, hematomas intracranianos, isquemia e vasoespasmo (9).

Do ponto de vista anatomo-patológico, as lesões são classificadas como focais, que são lesões macroscópicas e limitadas (contusão, hematomas) ou difusas, que são vistas microscopicamente (LAD, hipóxia, tumefação e lesão vascular) (4).

Tipos de lesões

As lesões traumáticas cranianas podem ocorrer de forma isolada ou em conjunto com outras lesões. Quanto maior a energia cinética do trauma, mais grave, em maior número e mais complexas são as lesões encontradas. As principais lesões de interesse na prática médico-legal são:

1. Hemorragias intracranianas:
 - 1.1 Hemorragia subaracnoidea traumática
 - 1.2 Hematoma extradural
 - 1.3 Hematoma subdural agudo
 - 1.4 Hematoma subdural crônico
 - 1.5 Hematoma intraparenquimatoso traumático
2. Lesão cerebral isquêmica
3. Lesão axonal difusa
4. Tumefação cerebral
5. Contusão cerebral
6. Fraturas
7. Escalpe
8. Síndromes de herniação

1. Hemorragias intracranianas

As hemorragias podem ocorrer nos espaços extradural, subdural, subaracnóideo, ventrículos e parênquima cerebral. O volume e o local do hematoma são de grande importância e devem ser descritos. Hematomas com volume superior a 40-50 ml estão associados a efeito de massa e se superior 100-120 ml são usualmente fatais podendo estar associados a desvio da linha média com herniação cerebral.

1.1 Hemorragia subaracnoidea traumática (HSAT)

Ocorre quando há sangramento entre a aracnóide e a pia máter, no espaço subaracnóideo, principalmente próximo às convexidades. É provocado por forças rotacionais, sendo o tipo de hemorragia cerebral mais comum no TCE, presente em até 60-70% dos pacientes (4). Associa-se a outras lesões severas como lacerações corticais e hematomas, o que pode determinar pior prognóstico. Alguns padrões de apresentação são bem conhecidos como o parieto occipital por lesão das veias corticais superiores, o da borda posterior dos hemisférios cerebelares decorrente da lesão das veias cerebelares superiores e inferiores e a hemorragia subaracnoidea traumática basal severa, geralmente de fonte desconhecida, tendo associação com uso de álcool (10). (Fig. 1)

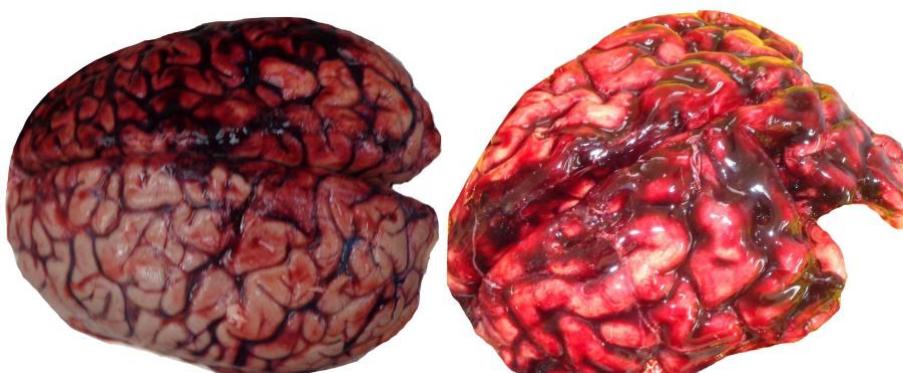


Figura 1. Hemorragia Subaracnóidea traumática preenchendo os sulcos nas convexidades cerebrais. Após lavado, o sangue permanece nos espaços.

Em casos de hemorragia subaracnóide basal, os vasos devem ser cuidadosamente examinados para descartar presença de aneurismas e outras anomalias vasculares. Nos casos em que o mecanismo do trauma e intensidade não justificam hemorragia volumosa nesse

espaço, a busca ativa por fonte de sangramento espontâneo é recomendada. A presença de sangue no espaço subaracnóideo pode levar à hidrocefalia (11).

1.2 Hematoma extradural

Ocorre na maioria das vezes por lesão arterial ou sangramento em traço de fratura, constituindo uma coleção sanguínea com aspecto de lente biconvexa na tomografia e no exame macroscópico, rapidamente expansível no espaço epidural, entre a tábua óssea interna e a dura máter. (Fig. 2)



Figura 2. Hematoma extradural. Notar limitação pelas suturas e formato biconvexo. Desvio da linha média por efeito de massa.

Corresponde a 2% dos TCE e 9% dos TCE graves, sendo 80% dos casos no sexo masculino. Acomete principalmente indivíduos entre os 20-40 anos de idade, provavelmente pela menor aderência da dura máter à tábua óssea interna. Em idosos e crianças, a dura é mais aderida, portanto esse hematoma não é tão comum (4). Associa-se a um intervalo lúcido em até 30% dos pacientes, com duração de 4-8 horas. Esses hematomas são sintomáticos com 25ml e potencialmente fatais com 100ml de volume (11).

Predomina na região temporoparietal em 70% das vezes. Neste local, geralmente ocorre por lesão da artéria meníngea média sendo associado a fratura linear do osso temporal na porção escamosa em 50% dos casos. Podem ocorrer sem associação com fraturas (1). Podem ocorrer na fossa anterior, em 11% dos casos, gerados por lesão da artéria meníngea anterior, parassagital em 9% dos casos devido lesão no seio sagital e na fossa posterior em 7% dos casos por acometimento da artéria occipital, seio transverso ou seio sigmoide.

Hematomas extradurais de origem venosa estão presentes em 10-40% dos pacientes devido envolvimento dos seios durais, veias emissárias, lagos venosos e rompimento de granulações aracnoideas.

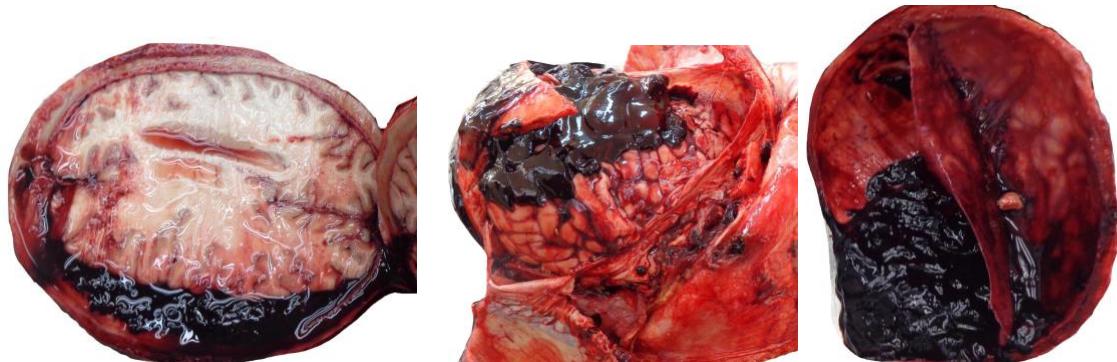
A compressão do cérebro adjacente pelo efeito expansivo da lesão leva à hipertensão intracraniana, edema cerebral e progride rapidamente para herniação cerebral, geralmente transtentorial (10,12). Esses hematomas raramente cruzam as linhas de sutura, devido a forte aderência dural neste local (13).

1.3 Hematoma subdural agudo

Ocorre por lesão das veias ponte, com acúmulo de sangue no espaço virtual entre a dura máter e a aracnoide, onde forma-se um espaço anatômico. Decorre da força de cisalhamento aplicada ao cérebro durante o trauma. Está presente em 10-30% dos TCE graves (4) e a sua mortalidade pode chegar a 50-90% dos casos (8). Tem maior mortalidade devido à associação com dano parenquimatoso adjacente.

Possuem aspecto de lente bicôncava na tomografia e ao exame macroscópico.

Comum em idosos e crianças devido maior aderência da dura máter a tábua óssea interna, o que leva maior atrito entre aracnoide e a dura provocando o rompimento das veias córtico meníngicas presentes no espaço subdural (4). (Fig. 3).



Figuras 3. Hematoma subdural agudo. Notar o formato em crescente e extensão em todo espaço subdural.

Após lavado ou exposto, o hematoma desprende-se da convexidade.

O hematoma é composto apenas por coágulos não aderentes ao parênquima ou meninges na fase aguda. Desaparece rapidamente quando o espaço é irrigado, diferente do que ocorre na hemorragia subaracnóidea. Após período de 2 a 4 dias os coágulos se tornam aderentes a dura (13).

Quanto à evolução temporal os hematomas subdurais são divididos em: agudos nos primeiros 3 dias, subagudos de 3 dias até 3 semanas e crônicos após 3 semanas.

1.4 Hematoma subdural crônico

Ocorre do mesmo modo que o hematoma subdural agudo, porém geralmente tem tempo de evolução igual ou superior há 3 semanas do TCE. O tempo promove a degradação da hemoglobina, restando apenas uma coleção líquida com membrana ao redor do hematoma criada por fibroblastos migrados da dura máter (12). As neomembranas possuem parede interna (visceral) menos vascular e mais fina que a parede externa (parietal) (14). (Fig.4)



Figuras 4. Hematoma subdural crônico. Observam-se membranas e trabeculações no interior do hematoma, além da coloração acastanhada. Membranas geralmente aderidas à dura máter.

A maioria dos pacientes são idosos e chegam a negar o trauma em até 50% dos casos. Predomina também em alcoólatras pela atrofia cerebral (10).

1.5 Hematoma intraparenquimatoso traumático

Decorrentes de hematomas cerebrais maiores que 2 cm, sem contato com a superfície cerebral. Está presente em 15% das necrópsias, sendo geralmente múltiplos (10). Hemorragias lobares envolvem predominantemente os lobos temporais e parietais por ruptura de vasos intrínsecos no momento do TCE, promovidos pela aceleração angular e forças de cisalhamento (12). Podem ainda decorrer de áreas coalescentes de contusões cerebrais múltiplas (1). Neste tipo de lesão faz-se também necessária a diferenciação com hemorragias intraparenquimatosas espontâneas, que geralmente têm origem nos núcleos da base.

2. Lesão cerebral isquêmica

Decorre da redução ou ausência de fluxo sanguíneo cerebral. Geralmente secundário a parada cardiorrespiratória. Causa comum de coma no trauma, principalmente na ausência de lesão expansiva intracraniana associada. Podem ocorrer também após oclusão traumática de vasos intra e extracranianos, bem como resultante de dissecção arterial traumática aguda ou tardia e como consequência de eventos embólicos.

Distribuem-se de 3 maneiras de acordo com a vascularização: zonas de transição arteriais, cortical difusa e nos territórios das artérias cerebrais anterior e média (12).

3. Lesão axonal difusa

Causa mais comum de coma no TCE sem lesão com efeito expansivo (14). Ocorre por aceleração rotacional seguida de desaceleração da cabeça submetendo os neurônios a força de cisalhamento, com o paciente apresentando-se inconsciente desde o momento do trauma (10). É o principal fator na determinação da morbimortalidade em um paciente vítima de TCE.

Pode ser focal, difusa ou multifocal. Substância branca subcortical, corpo caloso e tronco cerebral são as áreas mais vulneráveis às forças rotacionais, portanto o padrão de acometimento envolve preferencialmente: corpo caloso na porção inferior (lateralmente à linha média), dorsolateral da ponte e do mesencéfalo envolvendo pedúnculo cerebelar superior, cerebelo e hemisférios cerebrais (12).

Microscopicamente pode existir de 3 formas: esferóides de retração, estrelas de micróglia e degeneração walleriana.

4. Tumefação cerebral

Ocorre edema por aumento do conteúdo tissular de água ou congestão por expansão intravascular com aumento do volume sanguíneo, levando ao aumento da pressão intracraniana. Presente na maioria dos casos graves, tem causa multifatorial e são pouco compreendidas (10).

No trauma, a maioria acontece por aumento do volume intravascular de sangue, conhecido como hiperemia, nas primeiras 24 horas do trauma, sem evidência de aumento do conteúdo de água (11).

Existem 3 tipos de tumefação no trauma: adjacente à uma contusão, difusa de apenas um hemisfério que é frequentemente associada ao hematoma subdural agudo homolateral e difusa de ambos os hemisférios que predomina em crianças e adolescentes.

5. Contusão cerebral

Ocorre por forças mecânicas de golpe, correspondente ao impacto primário e contragolpe, impacto secundário que se dá no local oposto ao sítio de impacto primário, provocando lesão de pequenos vasos e tecidos cerebrais.

As injúrias locais promovidas pelas forças do trauma vão desde micro hemorragias como áreas puntiformes a grandes áreas hemorrágicas confluentes (10). Caracteristicamente a pia máter adjacente está intacta nas contusões, porém acometida nas lacerações (15). Evoluem para áreas de cicatriz cuneiforme glial, de coloração castanha e ferruginosa, por deposição de hemossiderina. (Fig. 5).

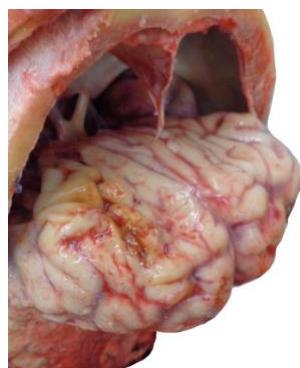
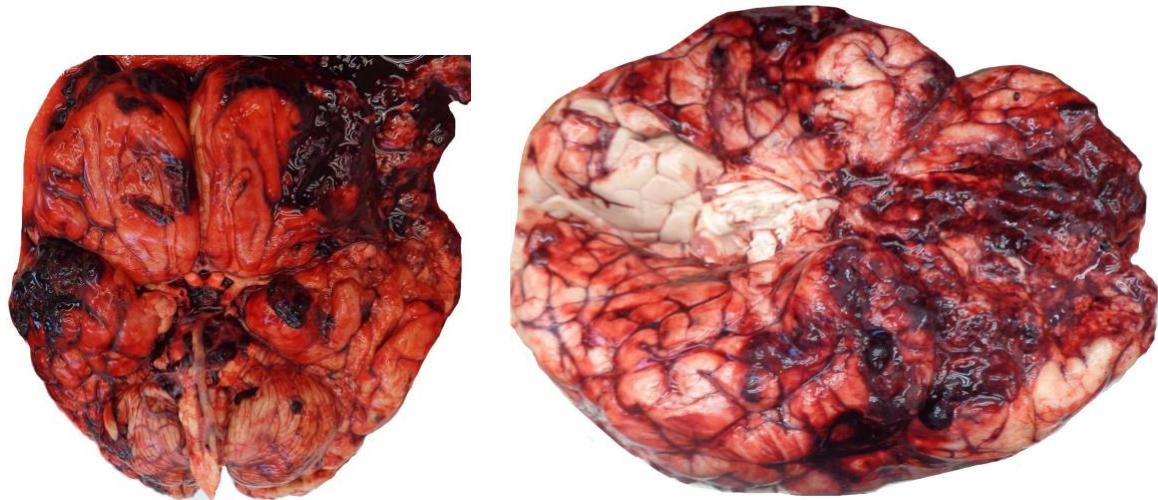


Figura 5. Contusão frontobasal antiga com coloração castanho ferruginosa, por deposição de hemossiderina.

Geralmente múltiplas e bilaterais, podem ser assimétricas, com predomínio nas zonas de maior atrito entre o cérebro e os relevos ósseos, justificando o maior acometimento dos polos frontais, superfície orbital dos lobos frontais, polos temporais, superfícies lateral e inferior dos lobos temporais e ao córtex próximo ao sulco lateral (12). Maior importância se dá para contusões do polo frontal e temporal, já que podem manifestar-se como lesões expansivas intracranianas com propensão a sangramento e tumefação (4) (Fig. 6).



Figuras 6. Contusões Cerebrais- Nota-se o maior acometimento dos polos frontais, superfície orbital dos lobos frontais, polos temporais, superfícies lateral e inferior dos lobos temporais.

O complexo contusão, hematoma e sangue no espaço subdural é conhecido como explosão lobar (11). (Fig. 7).

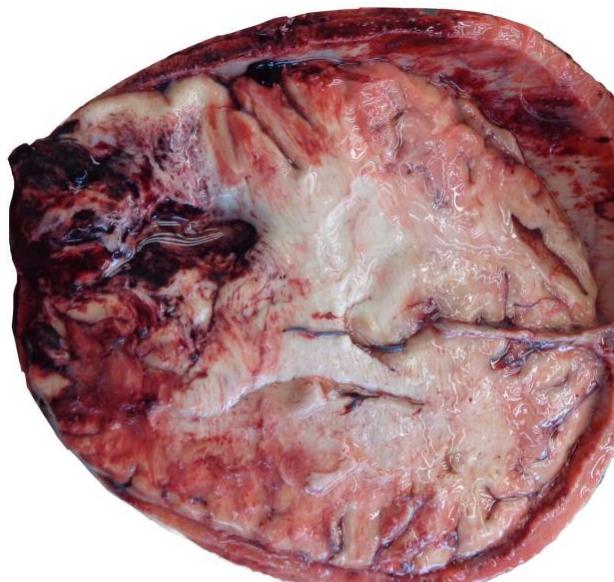


Figura 7. Explosão lobar

6. Fraturas

Podem ser divididas em lineares, afundamentos, diastáticas, cominutivas e ainda em abertas e fechadas, alinhadas ou desalinhadas.

Impactos de baixa ou moderada energia tendem a produzir fraturas lineares, enquanto os de alta energia causam fraturas em afundamento (11). Importante observar também o alinhamento das suturas cranianas, pois traumas de grande energia podem resultar também em disjunção de suturas (Fig. 8)



Figura 8. Fratura linear do osso parietal e disjunção traumática da sutura coronal.

7. Lesões no epicrânio e espaço subgaleal (escalpe)

Observar a distribuição dos hematomas, lacerações, edemas e cicatrizes cirúrgicas. Hematoma palpebral e equimose retromastóidea podem indicar traumatismo da base do crânio, com provável fistula liquórica associada.

Infiltrado hemorrágico no tecido celular subcutâneo pode reproduzir a morfologia e tamanho do objeto do trauma (11).

8. Síndromes de herniação

Ocorrem quando há lesão expansiva ou hipertensão intracraniana e geralmente estão associadas a casos fatais ou graves.

- Herniação transtentorial

Ocorre por herniação descendente do uncus e do giro parahipocampal, que deslocam a artéria coroideia anterior, artéria comunicante posterior e artéria cerebral posterior. Pode ocorrer hemiparesia ipsilateral, também conhecida por fenômeno de Kernohan, devido à compressão contralateral do tronco. Ainda ocorrem infarto do lobo occipital por compressão da artéria cerebral posterior e hemorragia de Duret caracterizada por hemorragia no mesencéfalo por compressão das artérias coroideias anteriores e perfurante (16).

- Herniação tonsilar

Ocorre quando as tonsilas cerebelares descem através do forame magno (16).

- Herniação subfalcina

Ocorre pela herniação do giro do cíngulo para baixo da borda livre da foice, encarcerando o forame de Monroe ipsilateral e podendo comprimir a artéria cerebral anterior. Leva a um aumento do ventrículo ipsilateral com diminuição do ventrículo contralateral. Podem ocorrer infartos de todo território da artéria cerebral anterior (16).

Informações relevantes no exame necroscópico

Outras informações são relevantes durante a necropsia como: história de TCE prévio, antecedentes pessoais e sociais, mecanismo do trauma e abordagens cirúrgicas prévias.

Os mecanismos e achados fisiológicos devem ser avaliados quanto ao tipo de lesão de acordo com a integridade da dura (aberta ou fechada). Avaliar se é injúria primária ou secundária, sendo a primária induzida no momento do trauma pelas forças mecânicas e a secundária, lesões potencialmente previsíveis, não mecanicamente induzidas. Lesões focais ou difusas. Classificar de acordo com o mecanismo: contusão, aceleração-desaceleração (produzem lesões mais severas), trauma penetrante, ferida por arma de fogo, asfixia, intoxicação (11).

Procedimentos cirúrgicos no TCE

Muitos TCEs necessitam de intervenção cirúrgica como forma de tratamento. Dada a grande mortalidade dos TCEs e a obrigatoriedade de TCEs fatais serem submetidos a exame médico legal, a compreensão dos principais tipos de procedimentos neurocirúrgicos nesses casos é fundamental para a correta interpretação de achados necroscópicos.

- A. Craniectomia descompressiva
- B. Duroplastia
- C. Cranioplastia
- D. Craniotomias diversas
- E. Trepanação
- F. Monitoração de PIC
- G. Derivação ventricular externa

A. Craniectomia descompressiva

Geralmente utilizada em casos de hipertensão intracraniana refratária e edema cerebral incontrolável. Pode ser necessária em casos de hemorragias intracranianas agudas como hematoma subdural agudo, contusões, lesões por isquemia e hematomas intraparenquimatosos volumosos, que desenvolvem edema intraoperatório optando-se por não recolocar o osso, como tratamento para diminuição da pressão intracraniana. O retalho ósseo removido pode ter dimensões variáveis, de acordo com a causa subjacente. Ocorre predomínio das técnicas de craniectomia bifrontal para hipertensão intracraniana refratária e de craniectomia fronto-temporo-pariteal para tumefação unilateral e hematomas, sendo geralmente ampla (12x15cm) e unilateral. Podem se localizar na fossa posterior (9). (Fig.9a)



Figura 9a. Craniectomia descompressiva. Ausência da calota e duroplastia.

B. Duroplastia

Realizada para correção de falhas durais e como técnica de expansão da dura máter na craniectomia descompressiva. O material pode ser coletado do paciente como fáscia lata, gálea e até mesmo músculo para defeitos pequenos ou ser utilizado substitutos de dura máter constituídos por materiais diversos. Geralmente é suturado ou ancorado para minimizar as fistulas liquóricas pós-operatórias (9).

C. Cranioplastia

A cranioplastia é realizada para correção estética de falhas na calota craniana, geralmente provocadas por uma craniectomia e para proteção contra novos traumatismos. Pode ser utilizado o osso do próprio paciente se previamente guardado ou próteses usando materiais como: metilmetacrilato e malhas de titânio dentre outros (9).

D. Craniotomias diversas

Procedimento que consiste em abertura óssea com reposição do osso removido no final do procedimento (craniotomia osteoplástica), com intuito de evacuar lesões expansivas intracranianas como hematoma extradural e hematoma subdural agudo com maior frequência, mas também hematomas intraparenquimatosos e contusões (9). (Fig. 9b)

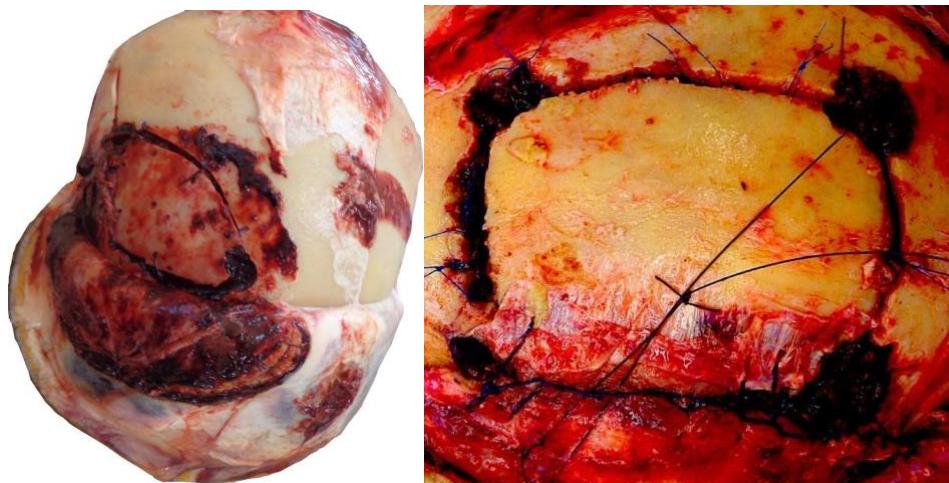


Figura 9b. Craniotomia osteoplástica.

E. Trepanação

São obtidas através do uso de trépano manual e craniótomo, circulares, únicas ou múltiplas, utilizadas geralmente para drenagem de emergência de hematomas e nos casos de higroma traumático ou hematomas subdurais crônicos. É o acesso geralmente utilizado para colocação de derivação externa e monitores de pressão intracraniana (PIC) (9). (Fig. 9c)



Figura 9c. Trepanação

F. Monitores de PIC

Trepanações seguidas de introdução de dispositivo com objetivo de monitorização da pressão intracraniana podendo ser aplicados no espaço extradural, subdural, intraventricular e no parênquima encefálico (9).

G. Derivação ventricular externa

Cateter de localização intraventricular que tem como objetivo drenar o liquor do ventrículo, podendo também ser usado para aferir a pressão intracraniana guiando as medidas neurointensivas e até mesmo servir como tratamento para hipertensão intracraniana, por possibilitar drenagem terapêutica de líquor (9).

Referências bibliográficas

1. Magalhães LG, Souza AC, Leonardo & Faleiro, Rodrigo & Lúcio Teixeira, Antônio & Silva De Miranda, Aline. 2017). Epidemiology of Traumatic Brain Injury. Rev. Bras. Neurol. 2017; 53; 15-22.
2. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, Park KB. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. Journal of Neurosurgery. 2018;1:1-18. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/130/4/article-p1080.xml>
3. Clinical Neuropathology. Text and Colour Atlas. Traumatic injury of the Central Nervous System. 2007;12:261.
4. Gusmão SNS, Pitella JEH. Patologia do Trauma Cranioencefálico. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
5. Leibson C L, Brown A W, Ransom J E, Diehl NN, Perkins PK, Mandrekar J, Malec JF. (2011). Incidence of Traumatic Brain Injury Across the Full Disease Spectrum. Epidemiology, 22(6), 836-4. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: doi:10.1097/ede.0b013e318231d535
6. Brazinova A, Rusnak M, Majdan M, Plancikova D, Brazinova A, Rusnak M, et al. (2016). Epidemiology of traumatic brain injuries in Europe: a cross-sectional analysis. The Lancet Public Health. 2016;1:76-83. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: [10.1016/S2468-2667\(16\)30017-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30017-2)
7. Soares de Souza, Rafael et al. Traumatic brain injury (TBI): morbidity, mortality and economic implications. International Archives of Medicine. [S.I.]. 2015;8. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3823/1672>.
8. Nguyen R, Fiest KM, McChesney J, Kwon CS, Jette N, Frolikis AD, Gallagher C. The International Incidence of Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien Des Sciences Neurologiques. 2016; 43(06):774-85. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: doi: 10.1017/cjn.2016.290
9. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 8 ed. Chapter 54: Head Trauma. 2016;824-36.
10. Love S, Louis D, Elisson DW. Greenfield's Neuropathology, 2 volume set. Eighth Edition. CRC Press, 2008;11:773-12.
11. David S, Knieling AD, Simona I, Ciuhodaru O, Bulgaru-Ilieșcu D. Head Injuries in Forensic Medicine. Romanian Journal of Functional & Clinical, Macro- & Microscopical Anatomy & of Anthropology. 2017;16(4):324-1.
12. Siqueira MG. Tratado de Neurocirurgia. Volume 1. 2016. Manole. Cap 13: Epidemiologia, biomecânica e patologia da lesão cerebral traumática. 2016;13:111-7.
13. Golljan EF. Rapid Review Pathology. Nervous System and Special Sensory Disorders. 5 ed. 2013;26:786-8.
14. Shah. RS et al. Neurosurgery Self Assessment. 2017. Cap 21: Cranial Trauma. 2017;21:268-89.
15. Esourolle and Porier's. Manual of the Basic Neuropathology. 5 ed. Central Nervous System Trauma. 2014;3:59-75.
16. Citow J, Macdonald R, Refai D. Comprehensive Neurosurgery Board Review. 2 ed.. CNS Trauma. 2009;23:347-1.

CAPÍTULO 7

MÉTODOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS VIVAS, CORPOS MORTOS E MATERIAL BIOLÓGICO PELO DNA

Paulo Newton Danzi Sálvia

2021

Sumário

Métodos e técnicas de identificação de pessoas e amostras biológicas

Fundamentos e análise de Ácido Desoxirribonucleico (DNA)

Erros em DNA

Introdução

Finalidades da identificação

Métodos de identificação judiciária

Identificação Médico Legal

Estudo do ácido desoxirribonucleico (DNA)

Técnica de Polymerase Chain Reaction (PCR)

Amostras

Processamento - Reação de PCR

Investigação de vínculos biológicos genéticos

Teste da paternidade

Laudo

Métodos

Amplificação das Regiões Polimórficas do DNA (loci)

Caracterização dos alelos dos loci amplificados

Amplificação de DNA

Análise e interpretação dos resultados obtidos

Conclusão

Perícia e Erros Laboratoriais em DNA

Preparação para a perícia

Coleta

No laboratório

Possibilidades de discrepâncias nos testes

Evolução das técnicas

Eventos nos testes que podem interferir nos resultados:

Na Extração

Na amplificação e revelação

Considerações finais sobre a perícia envolvendo DNA

Referências bibliográficas

Métodos e técnicas de identificação de pessoas e amostras biológicas

Fundamentos em análise de Ácido Desoxirribonucleico (DNA)

Erros em DNA

Introdução

As técnicas de identificação de pessoas e amostras biológicas se sofisticaram. Entretanto, a metodologia e os princípios fundamentais pouco se alteraram. Um dos pilares desses princípios se baseia na comparação entre os padrões, confrontando-se duas ou mais amostras provenientes de pessoas, animais, quer sejam líquidas ou sólidas, como fragmentos de tecidos moles ou ossos. Outros pilares importantes são: o tempo de existência de cada amostra que está sendo comparada e o ponto no tempo em que é feita a comparação, devido às mudanças que ocorrem nas coisas ao longo do tempo. Este fato foi observado pelo filósofo Heráclito de Éfeso, citado por Crátilo, p.402, A (DK 22 A6), que dizia que “todas as coisas se movem e nada permanece imóvel”; e ao comparar os seres com a corrente de um rio, afirmava que “não poderia entrar duas vezes num mesmo rio”. *Panta rhei*, sua “máxima”, significa: “tudo flui”, “tudo se move”, exceto o próprio movimento. (1) E se as coisas estão em constante movimento, também os padrões de que nos servimos para identificar determinada coisa ou estrutura viva ou morta se movimentam e, consequentemente, se modificam, com maior ou menor velocidade.

Os conceitos de identidade utilizados na literatura médico legal brasileira, particularmente nas faculdades de medicina e direito, não fazem menção ao tempo. França apresenta o conceito de identidade como sendo o “conjunto de caracteres que individualizam uma pessoa ou uma coisa, fazendo-a distinta das demais, um elenco de atributos que torna alguém ou alguma coisa igual apenas a si próprio.” E depois faz uma citação a Moraes que a coloca como “a qualidade de ser a mesma coisa e não diversa de si mesma”. (2) A compreensão desse conceito parece simples ao senso comum, mas para que uma coisa possua essa qualidade (de ser igual a si mesma e distinta das demais), há que se suspender o tempo, pressupondo-o como uma variável estática. O argumento que fundamenta essa necessidade é que nada pode ser igual a si mesmo se considerarmos os efeitos físicos e biológicos que modificam constantemente as pessoas e as coisas ao longo do tempo. Os vírus, por exemplo, se modificam muito rapidamente, sofrendo mutações em algumas áreas de seu genoma. Por outro lado,

conservam partes que não se alteram ao longo do tempo e são essas áreas que possibilitam aos biólogos sua detecção e identificação. São as chamadas regiões conservadas. No caso dos Papilomavírus Humanos, por exemplo, utiliza-se a região L1, que é conservada, para essa finalidade. Se, ao testarmos a presença de L1 em uma amostra, o teste for positivo, significa que estamos diante de uma amostra que possui o vírus, independente das outras regiões que podem sofrer mutação. Os seres humanos possuímos alguns elementos que se conservam ao longo do tempo como as impressões digitais e os “short tandem repeat” (STRs), regiões do DNA que mostram repetições em suas sequências, usadas como marcadores.

Do ponto de vista da identidade subjetiva, o próprio pensamento pode ser considerado uma região conservada. Destaco fragmento do capítulo 4 do Discurso do Método de Descartes:

“E, enfim, considerando que quaisquer pensamentos que nos ocorrem quando estamos acordados nos podem também ocorrer enquanto dormimos, sem que exista nenhum, nesse caso, que seja correto, decidi fazer de conta que todas as coisas que até então haviam entrado no meu espírito não eram mais corretas do que as ilusões de meus sonhos. Porém, logo em seguida, percebi que, ao mesmo tempo que eu queria pensar que tudo era falso, fazia-se necessário que eu, que pensava, fosse alguma coisa. E, ao notar que esta verdade: eu penso, logo existo, era tão sólida e tão correta que as mais extravagantes suposições dos célicos não seriam capazes de lhe causar abalo, julguei que podia considerá-la, sem escrúpulo algum, o primeiro princípio da filosofia que eu procurava.” (3) Descartes estabeleceu a dúvida como instrumento metodológico, a dúvida hiperbólica, a dúvida levada às últimas consequências e descobriu que a única certeza absoluta era essa: penso, logo existo, ou seja, enquanto penso, existo. O pensamento é o único atributo que certamente conservo desde que passei a existir como ser e continua me tornando um ser existente em um determinado tempo. É a “região conservada” que faz com que eu tenha consciência de minha identidade subjetiva.

Afrânio Peixoto definiu identidade como “conjunto de sinais ou propriedades que caracterizam um indivíduo entre todos, ou entre muitos, e o revelam em determinadas circunstâncias, e estes sinais são específicos e individuais, originários ou adquiridos. (4) Quando trabalhou com essa definição, o que estava implícito era que essas propriedades estavam limitadas a pontos específicos no tempo. Sinais específicos e individuais significam que, por meio deles, poderíamos delimitar um indivíduo dentro de um grupo ou conjunto de vários indivíduos. Os sinais originários acompanharam o indivíduo desde sua origem, portanto há que se ter um ponto no tempo quando nasce esse indivíduo, um sinal que não se modifique ao longo do tempo; já os adquiridos seriam produtos de modificações ao longo do tempo, como as cicatrizes.

À comparação entre características de dois conjuntos independentes, visando estabelecer se pertencem ao mesmo indivíduo, chamamos de processo de identificação médico legal. É um processo empírico que depende da experiência, portanto deve ser conceituado à luz dos efeitos da experiência, diferentemente da matemática. Nesta, quando dois objetos são comparados, poderão ser considerados idênticos se encontrarmos características, funções ou formas que sejam comuns a ambos, independentemente do tempo. No quesito forma: um triângulo isóscele pode ser considerado idêntico a outro triângulo isósceles, quando possuírem, ambos, lados iguais em comprimento, e ângulos iguais. No quesito função: 2 é idêntico a 1+1 porque, se substituo qualquer uma dessas expressões em uma sentença matemática, ela não se altera, ou seja, o resultado será o mesmo.

Destaco fragmento extraído do livro “Ensaio sobre o entendimento humano, de David Hume, seção IV, dúvidas céticas sobre as operações do entendimento, primeira parte, pg. 77” (5): *“Todos os objetos da razão ou da investigação humanas podem dividir-se naturalmente em dois gêneros, a saber: relações de ideias e de fatos. Ao primeiro pertencem as ciências da geometria, da álgebra e da aritmética e, numa palavra, toda afirmação que é intuitivamente ou demonstrativamente certa. Que o quadrado da hipotenusa é igual à soma do quadrado dos dois lados, é uma proposição que exprime uma relação entre estas figuras. Que três vezes cinco é igual à metade de trinta exprime uma relação entre estes números. As proposições deste gênero podem descobrir-se pela simples operação do pensamento e não dependem de algo existente em alguma parte do universo. Embora nunca tenha havido na natureza um círculo ou um triângulo, as verdades demonstradas por Euclides conservarão para sempre sua certeza e evidência.”*

Em Medicina Legal, quando comparamos as características de dois objetos, não sabemos, a priori, quando elas se originaram, podendo ter ocorrido em tempos diferentes. Poderá, portanto, o objeto mais moderno, ser derivado do mais antigo e ter sofrido ações químico-físico-biológicas ao longo do período que os separa. Dessa forma, ainda que não sejam idênticos, o primeiro é derivado do segundo. Uma pessoa que está em fase de crescimento, tem suas dimensões modificadas pelo tempo e nem por isso deixa de ser a mesma pessoa porque mantém parte de sua estrutura conservada e esse é o nosso ponto fundamental. O conhecimento que possuímos dos objetos dos sentidos, entre eles, dos indivíduos à nossa volta, são empíricos e se modificam, mas há uma estrutura conservada que garante sua identidade. O que nos dá a certeza de que nossa mãe é a mesma mãe de ontem? Sabemos que a água matará a minha sede hoje e o que nos dá essa certeza? Hume investigou essa questão e concluiu que é a força do hábito. Em outro fragmento (pg.78) ele diz: “*Mesmo supondo que as faculdades racionais de*

Adão fossem inteiramente perfeitas desde o primeiro momento, ele não poderia ter inferido da fluidez e da transparência da água, que ela o afogaria, ou da luz e do calor do fogo, que este o consumiria. Nenhum objeto jamais revela, pelas qualidades que aparecem aos sentidos, tanto as causas que o produziram como os efeitos que surgirão dele; nem pode nossa razão, sem o auxílio da experiência, jamais tirar uma inferência acerca da existência real de um fato. A proposição que estabelece que as causas e os efeitos não são descobertos pela razão, mas pela experiência, será prontamente admitida em relação àqueles objetos de que nos recordamos e que certa vez nos foram completamente desconhecidos, porquanto devemos ter consciência de nossa absoluta incapacidade de predizer o que surgiria deles. Apresentai dois pedaços de mármore polidos a um homem sem nenhum conhecimento de filosofia natural; ele jamais descobrirá que eles se aderirão de tal maneira que se requer grande força para separá-los em linha reta, embora ofereçam menor resistência à pressão lateral.”... Na pg. 33: “Suponde de novo que o mesmo homem tenha adquirido mais experiência e que tenha vivido o suficiente no mundo para observar que os objetos ou eventos familiares estão constantemente ligados; qual é a consequência desta experiência? Imediatamente infere a existência de um objeto pelo aparecimento do outro. Entretanto, não adquiriu, com toda a sua experiência, nenhuma ideia ou conhecimento do poder oculto, mediante o qual um dos objetos produziu o outro; e não será um processo do raciocínio que o obriga a tirar esta inferência. Mas ele se encontra determinado a tirá-la; e mesmo se ele fosse persuadido de que seu entendimento não participa da operação, continuaria pensando o mesmo, porquanto há um outro princípio que o determina a tirar semelhante conclusão. Este princípio é o costume ou o hábito. Visto que todas as vezes a repetição de um ato ou de uma determinada operação produz uma propensão a renovar o mesmo ato ou a mesma operação, sem ser impelida por nenhum raciocínio ou processo do entendimento, dizemos sempre que esta propensão é o efeito do costume. Utilizando este termo, não supomos ter dado a razão última de tal propensão. Indicamos apenas um princípio da natureza humana, que é universalmente reconhecido e bem conhecido por seus efeitos. Talvez não possamos levar nossas investigações mais longe e nem aspiramos dar a causa desta causa; porém, devemos contentar-nos com que o costume é o último princípio que podemos assinalar em todas as nossas conclusões derivadas da experiência. Já é, contudo, satisfação suficiente poder chegar até aqui sem irritar-nos com nossas estreitas faculdades, estreitas porque não nos levam mais adiante. Certamente, temos aqui ao menos uma proposição bem inteligível, senão uma verdade, quando afirmamos que, depois da conjunção constante de dois objetos, por exemplo, calor e chama, peso e solidez, unicamente o costume nos determina a esperar um devido ao aparecimento do outro. Parece que esta

hipótese é a única que explica a dificuldade que temos de, em mil casos, tirar uma conclusão que não somos capazes de tirar de um só caso, que não discrepa em nenhum aspecto dos outros. A razão não é capaz de semelhante variação. As conclusões tiradas por ela, ao considerar um círculo, são as mesmas que formariam examinando todos os círculos do universo. Mas ninguém, tendo visto somente um corpo se mover depois de ter sido impulsionado por outro, poderia inferir que todos os demais corpos se moveriam depois de receberem impulso igual. Portanto, todas as inferências tiradas da experiência são efeitos do costume e não do raciocínio. O costume é, pois, o grande guia da vida humana. E o único princípio que torna útil nossa experiência e nos faz esperar, no futuro, uma série de eventos semelhantes àqueles que apareceram no passado. Sem a influência do costume, ignoraríamos completamente toda questão de fato que está fora do alcance dos dados imediatos da memória e dos sentidos. Nunca poderíamos saber como ajustar os meios em função dos fins, nem como empregar nossas faculdades naturais para a produção de um efeito. Seria, ao mesmo tempo, o fim de toda ação como também de quase toda especulação... Qual é, portanto, a conclusão de toda a questão? É simples; no entanto, deve-se confessar que ela se acha muito distante das teorias filosóficas correntes. Toda crença, em matéria de fato e de existência real, procede unicamente de um objeto presente à memória ou aos sentidos e de uma conjunção costumeira entre esse e algum outro objeto. Ou, em outras palavras, como o espírito tem encontrado em numerosos casos que dois gêneros quaisquer de objetos — a chama e o calor, a neve e o frio — sempre têm estado em conjunção, se, de novo, a chama ou a neve se apresentassem aos sentidos, o espírito é levado pelo costume a esperar calor ou frio, e a acreditar que esta qualidade existe realmente e que se manifestaria se estivesse mais próxima de nós. Esta crença é o resultado necessário de colocar o espírito em determinadas circunstâncias. E uma operação da alma tão inevitável como quando nos encontramos em determinada situação para sentir a paixão do amor quando recebemos benefícios; ou a de ódio quando nos defrontamos com injustiças. Todas estas operações são uma espécie de instinto natural que nenhum raciocínio ou processo do pensamento e do entendimento é capaz de produzir ou de impedir."

Em medicina legal, quando comparamos duas amostras a fim de estabelecer se são provenientes do mesmo indivíduo, partimos do pressuposto de que esse indivíduo é idêntico a si mesmo ao longo do tempo. Entretanto, não existem objetos que não se modifiquem ao longo do tempo, pelo menos até o presente momento. O que estamos fazendo, portanto, é comparar objetos que estão em constante movimento mas que apresentam algum grau de similaridade que não é absoluta, pois tudo que existe está sofrendo a ação do tempo. Se dois objetos estão ligados entre si por possuírem características semelhantes, e se um desses objetos derivou

verdadeiramente do outro, mesmo que eu não tenha o conhecimento *a priori* disso, posso inferir, pela força da crença, da mesma crença que me faz acreditar que a água matará minha sede, que eles possuem em sua estrutura, regiões semelhantes que se conservam.

O conceito de identidade deve ser revisto e pensado a partir das regiões conservadas. Deve ser probabilístico. Duas coisas, quando comparadas, jamais serão idênticas e sim, provavelmente idênticas de acordo com um grau estatístico ou probabilístico, quando apresentarem características semelhantes em determinadas regiões, que, provavelmente, se mantiveram conservadas ao longo do tempo. O limite de corte, por nós estabelecido, é um número estatístico. Pode-se aceitar que duas coisas serão idênticas quando possuírem um certo grau de similaridades acima de um ponto estatístico por nós estabelecido. A depender desse limite, nossa certeza variará e podemos, inclusive, duvidar de nossa própria identidade. Quando nos referimos à identidade subjetiva, estamos falando sobre a sensação que cada indivíduo tem de que foi, é, e será ele mesmo, ou seja, a consciência da própria identidade.

Entretanto, um dos papéis da medicina legal é **estabelecer a identidade objetiva** que é a afirmação técnica (e probabilística) de que determinada pessoa, mesmo com as alterações impressas pelo tempo, é uma continuação dela mesma, por meio de regiões específicas que se conservaram ao longo do tempo. O processo técnico de comparação entre estruturas separadas pelo tempo, que possuem, em sua constituição, partes que se conservam e outras que sofrem modificações é chamado de **Identificação**. Como vimos, não se pode utilizar, com segurança, uma parte (marcador) que, habitualmente, sofre grandes modificações.

Finalidades da identificação

Ao nascimento, passamos a integrar um corpo social e, como partes desse corpo, recebemos um nome que vai nos acompanhar existência afora. O primeiro documento é chamado de **Declaração de Nascido Vivo** que não precisa ser preenchida por médico, sendo de obrigação dos estabelecimentos de saúde, conforme Lei 8.069, de 13/07/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente, Título II, Cap. I, Art.10: Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: IV – Fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do nascimento do neonato. O documento último e póstumo é de responsabilidade do médico, chamado de **Declaração de Óbito**. ([link para o capítulo de Atestado de Óbito](#)). Nele, bem como em outros

documentos, deve constar a impressão dactiloscópica (digital) do indivíduo que é uma ferramenta de identificação judiciária.

Métodos de identificação judiciária

Nasceram da necessidade de facilitar a identificação de pessoas por meio de sinais característicos que, em tese, pudessem se manter conservados. Já se usaram métodos como utilização de ferretes, tatuagens, amputações, assinalamento sucinto (tomada de estatura, raça, peso, feita pelos carcereiros), fotografia simples – sinalética (frente e perfil), retrato falado, sistema dermográfico de Bertham que tinha como princípio tatuar ao nascer, sistema antropométrico de Bertillon e o sistema dactiloscópico de Vucetich (1891).

A antropometria, criada em 1879 por Alphonse Bertillon (1853-1914), fundamentava-se em três princípios: 1) fixidez (conservação) absoluta do esqueleto humano a partir de 20 anos de idade; 2) dimensões exatas do corpo humano, variando de indivíduo para indivíduo; e 3) facilidade de medição com precisão relativa de certas dimensões do esqueleto. Foi usada para cadastramento da população carcerária e posterior identificação em casos de recidiva do crime. Registravam-se as medidas em uma ficha de identificação da pessoa que recebia também um número e fotos. Em 1884, Bertillon identificou 241 criminosos reincidientes e após sua demonstração, a “Bertillonage” foi adotada pelas polícias da Grã-Bretanha, Europa e Américas. (6) Um dos problemas era que a identificação de pessoas abaixo de 20 anos ficava prejudicada, pois as pessoas cresciam e, portanto, suas dimensões (marcadores) não se conservavam.

O sistema dactiloscópico criado por Juan Vucetich em 1982 e demonstrado em 1904 se baseia nos padrões deixados pelos sulcos e cristas papilares que existem na superfície da pele dos dedos desde o 6.^º mês de vida intrauterina e que permanecem conservados durante toda a vida do indivíduo e após a morte, sendo eliminados pelo fenômeno putrefativo. Quando se comprime uma superfície plana, as cristas e sulcos imprimem desenhos que podem ser observados por diferentes métodos que incluem revelação por técnicas periciais ou captação por dispositivos eletrônicos. Esses desenhos variam entre os 10 dedos das mãos (sistema decadactilar) e entre pessoas, mesmo entre gêmeos univitelinos. São constituídos por linhas que se encontram e apresentam padrões específicos, formando pequenos ângulos ou triângulos denominados de **deltas**. (Fig. 1).



Figura 1. Impressão digital com delta à esquerda

A partir dos deltas, definem-se os sistemas principais de linhas, basal, marginal e nuclear e classificam-se os padrões. (Fig. 2) São 4 padrões encontrados na natureza e cada pessoa, constitucionalmente, possui, em cada dedo, um dos quatro, representados por letras quando se trata do polegar ou números para os demais dedos assim denominados: nenhum delta: **arco** (A para polegar ou 1 para os demais dedos), somente um delta à direita (**presilha interna, 2 ou I**), somente um delta à esquerda (**presilha externa, E ou 3**), dois deltas (**verticilo, 4 ou V**) (Tabela 1).

TIPOS FUNDAMENTAIS DE VUCETICH	SÍMBOLOS
• VERTICILO = 2 DELTAS	• V e 4
• PRESILHA EXTERNA = DELTA À ESQUERDA	• E e 3
• PRESILHA INTERNA = DELTA À DIREITA	• I e 2
• ARCO = DELTA AUSENTE	• A e 1

Tabela 1. Representação das formações lineares

Considerando-se as possíveis combinações entre esses padrões, cada dedo é um evento independente, portanto há 1.048.576 formas diferentes. Esse é um parâmetro ou índice polimórfico que nos dá o grau de variabilidade desse sistema e ainda nos permite comparar com outros métodos de identificação. Para o registro, utiliza-se o que se chama de fórmula dactiloscópica que é a representação numérica dos desenhos, observadas tais formações lineares, anotando-se uma sequência específica sob a forma de uma razão onde o numerador representa os padrões dos dedos da mão direita e o denominador da esquerda. (Tabelas 2 e 3).

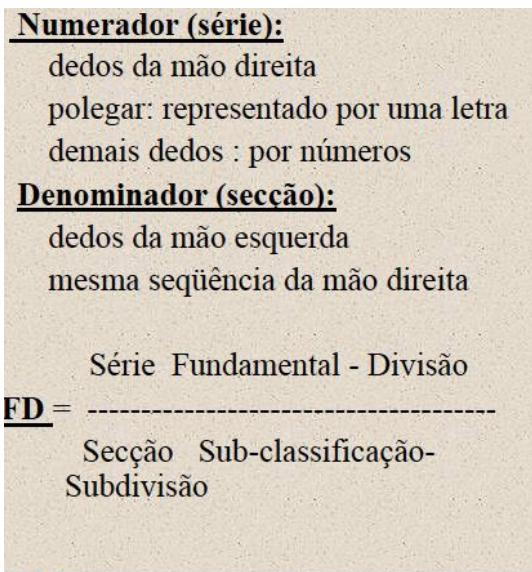


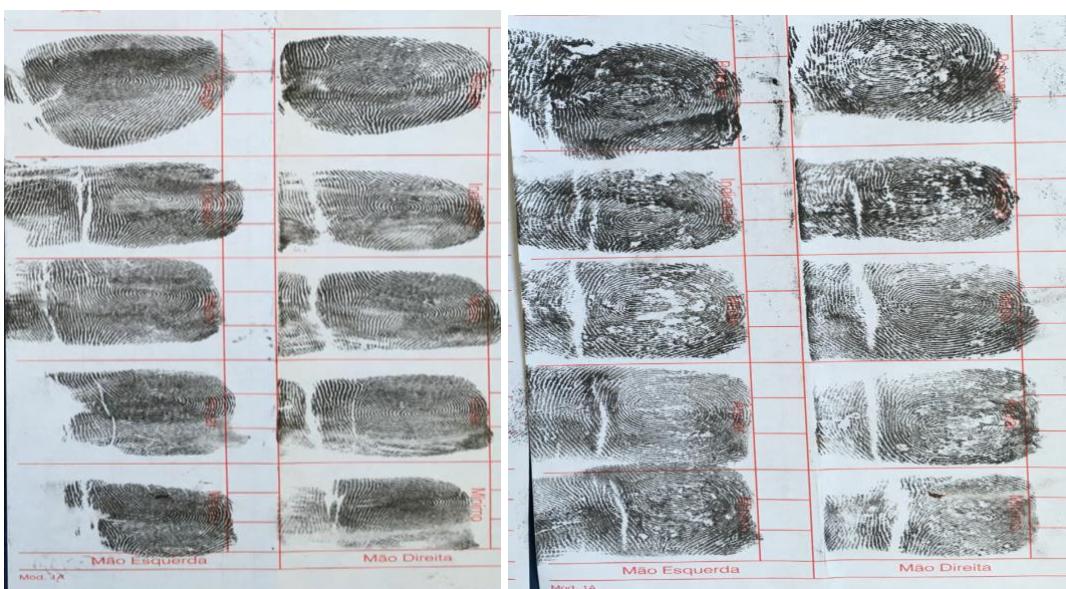
Tabela 2. Fórmula dactiloscópica

FD = A 2341 V 1334
Mão direita (série): polegar = arco indicador = presilha interna médio = presilha externa, anular = verticilo mínimo = presilha interna
Mão esquerda (secção): polegar = verticilo indicador = arco médio = presilha externa, anular = presilha externa mínimo = verticilo

Tabela 3. Exemplo de Fórmula Dactiloscópica de um indivíduo

Além dos padrões fundamentais, observam-se pontos característicos específicos de cada pessoa que são formações individuais (ilhotas, cortadas, bifurcações, forquilhas, encerros), além de cicatrizes, permitindo aumentar o **polimorfismo** desse sistema.

A identificação é realizada por peritos dactiloskopistas observando-se as fichas dactiloscópicas. (Fig. 4 e 5). Uma das aplicações corresponde à identificação do cadáver putrefeito por meio das luvas cadavéricas. (Fig. 4 e 5).



Figuras 2 e 3. Fichas dactiloscópicas. À direita há irregularidades correspondentes a cicatrizes causadas por queimaduras (usuário de crack).



Figuras 4 e 5. Luvas cadavéricas.

Identificação Médico Legal

A identidade é estabelecida por médico legista, que se utiliza de técnicas que julgar seguras e precisas. Já foram utilizadas interposição de imagens, análise de pavilhão auricular, radiografias, superposição crânio–facial por vídeo, registro de voz, palatoscopia, queiloscopia, morfologia do esqueleto, estudo da arcada dentária, estudo do ácido desoxirribonucleico (DNA).

Aplicam-se à identificação de pessoas vivas ou mortas, restos de pessoas como ossadas, cabelos, amostras biológicas deixadas na cena do crime ou vestígios.

Estudo do ácido desoxirribonucleico (DNA)

O DNA é uma molécula presente na maior parte dos seres vivos, entre eles, humanos e vírus. Um exemplo de DNA viral é o Papilomavírus Humano, responsável pelo início da cadeia de eventos que origina o câncer do colo uterino nas mulheres, quando parte de seu DNA se incorpora ao DNA do núcleo da célula humana. A célula epitelial pode se transformar e adquirir forma e comportamento atípicos; evoluindo, em alguns casos, para câncer cervical. (Fig. 4)

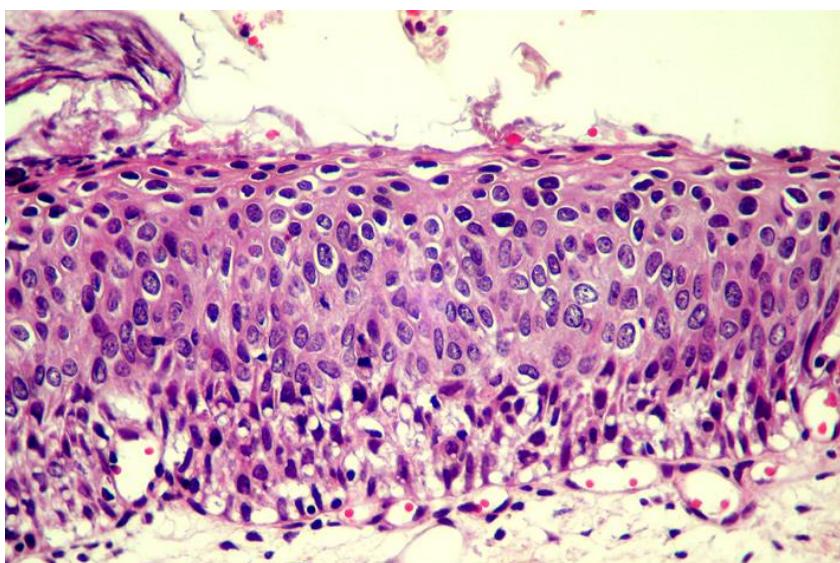
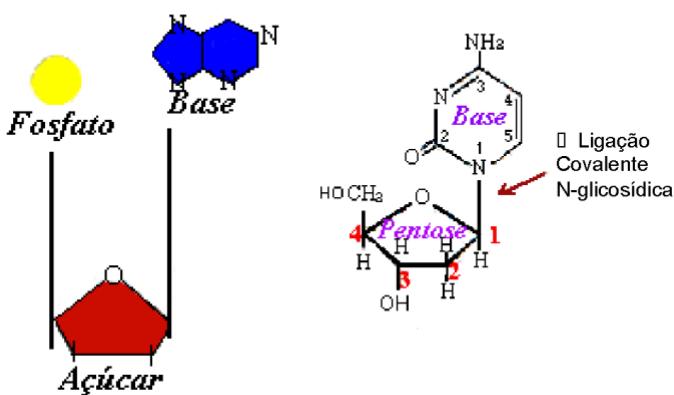


Figura 4. Epitélio cervical atípico, consequência do efeito da infecção pelo DNA viral do HPV no DNA do núcleo celular.

Em seres humanos, o DNA participa da constituição dos cromossomos das células nucleadas. Possui regiões DNA (cerca de 10%) responsáveis pela codificação das proteínas, entretanto a maior parte (90%) parece não exercer função conhecida. É formado por unidades chamadas **nucleotídeos**, constituídos por uma base nitrogenada, um fosfato e um açúcar. (Fig. 5)

Nucleotídeo

unidade do DNA



41

Figura 5. Nucleotídeo

São 4 nucleotídeos observados no DNA: Adenina, Guanina, Citosina e Timina. Os nucleotídeos se unem uns aos outros em sequência, formando uma estrutura linear e helicoidal, tridimensional, em cadeia. (Fig 6, 7 e 8). (Watson e Crick)

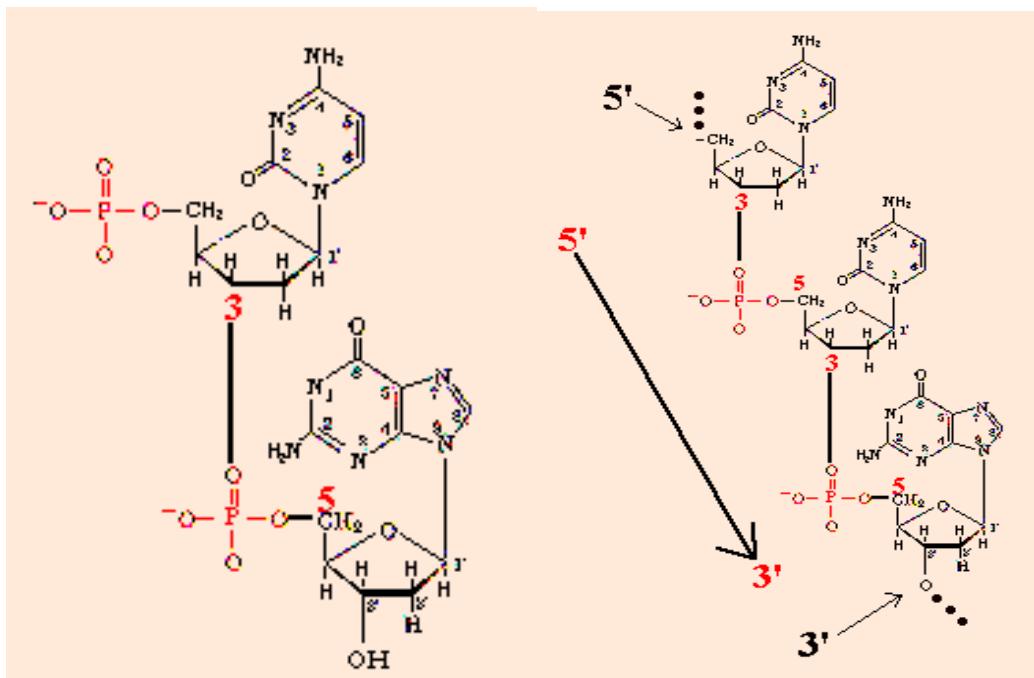
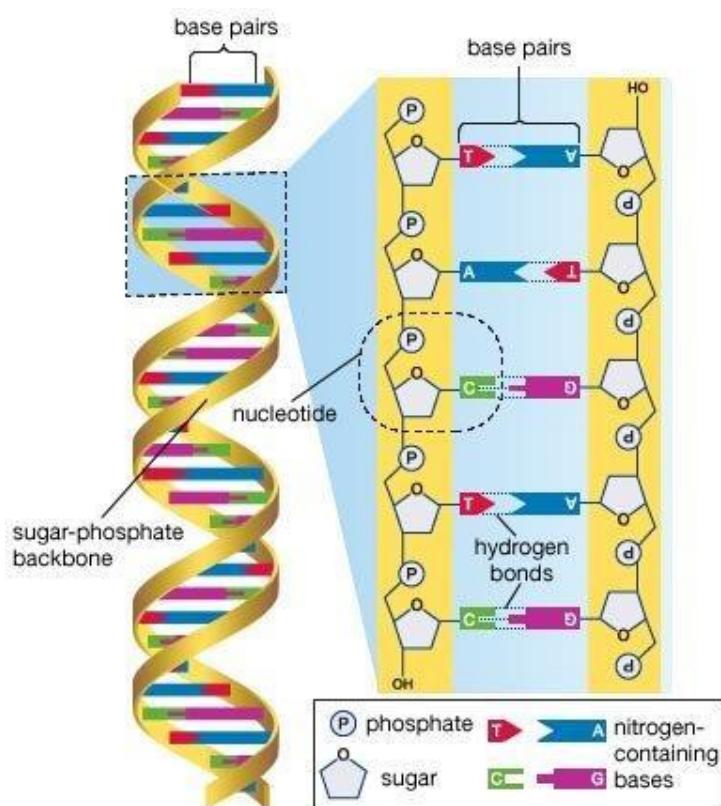


Figura 6. Cadeia de nucleotídeos



Figura 7. Estrutura tridimensional do DNA (<https://publicdomainpictures.net>)



© 2007 Encyclopædia Britannica, Inc.

Figura 8. Encadeamento dos nucleotídeos

As sequências são simples em 75% do DNA e em 25% dos *loci*, se organizam em repetições que podem ser curtas ou longas, dependendo do número de nucleotídeos que se

repetem. As curtas são chamadas de Short Tandem Repeats (STR). Elas se concentram em regiões do DNA chamadas microssatélites, não codificam para proteínas e apresentam variação entre as pessoas tanto no número de nucleotídeos que se repetem como de repetições dos blocos. Há diferenças no mesmo *locus* (entre os cromossomas homólogos), entre os diferentes *loci* no mesmo indivíduo e de um indivíduo a outro. Quando se observa a mesma quantidade de blocos no mesmo *locus* de cromossomos homólogos, dizemos que os alelos possuem o mesmo tamanho e chamamos essa pessoa de homozigota. Se forem diferentes, heterozigota. (Fig. 9 e 10).



Figura 9. Número de repetições dos blocos de STRs em cromossomos homólogos de uma pessoa heterozigota.

No exemplo da figura 10, extraído do banco de genes, temos 4 nucleotídeos que se repetem e um total de 10 blocos. (Fig. 10).

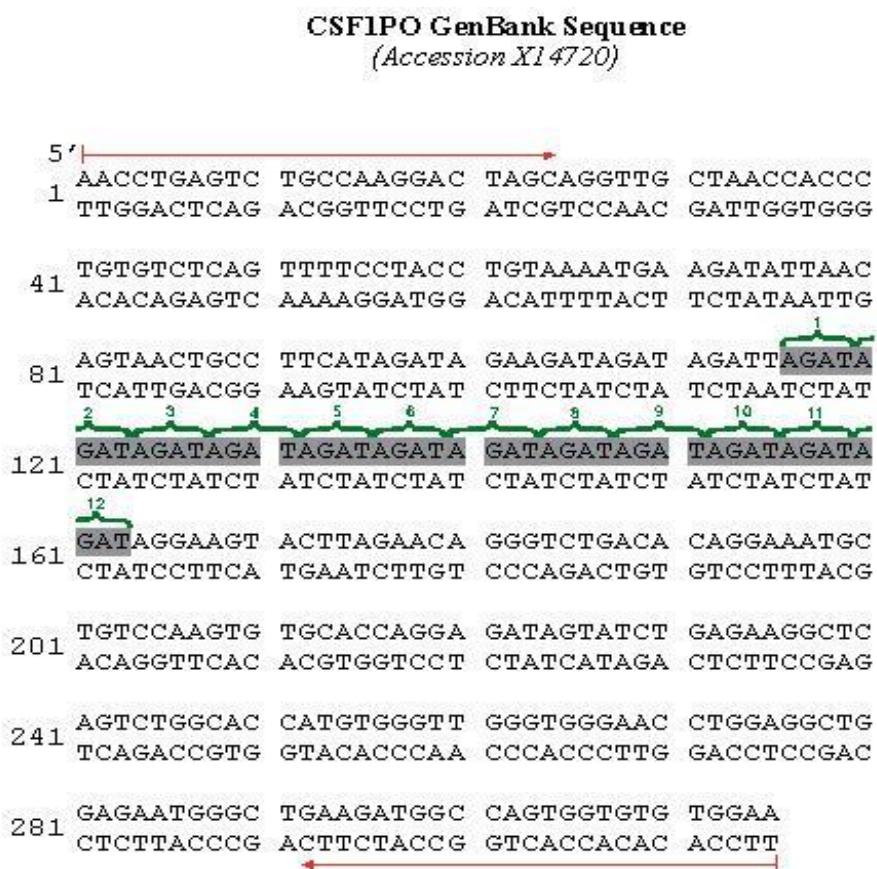


Figura 10. Short Tandem Repeat (STR) (7)

Há uma grande variação na quantidade de blocos ou também denominados **alelos** de um indivíduo a outro na população (Fig. 11). Dizemos que há um grande **polimorfismo**. Essa é a principal característica que permite ao DNA superar todos os outros métodos, trazendo uma grande fonte de informações, permitindo, com elevada segurança, individualizar (identificar) pessoas.

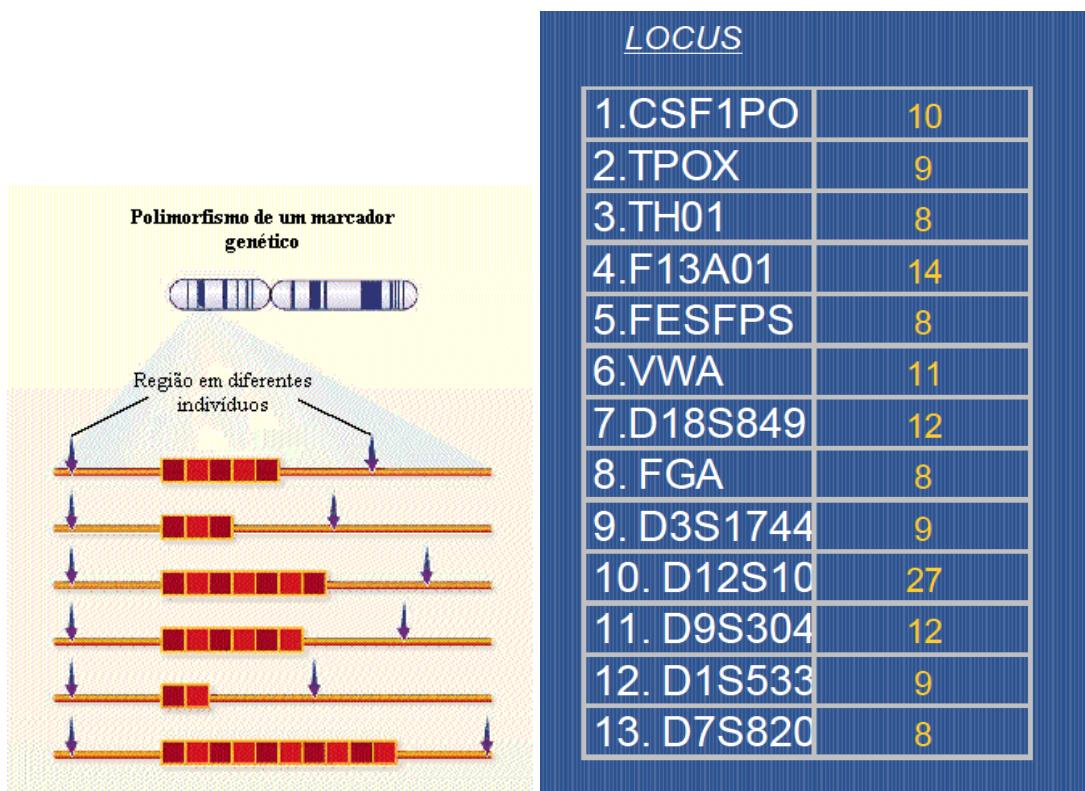


Figura 11. Variações dos alelos na população em cada locus, permitindo poder de discriminação de **1 em 10.000.000.000** de indivíduos.

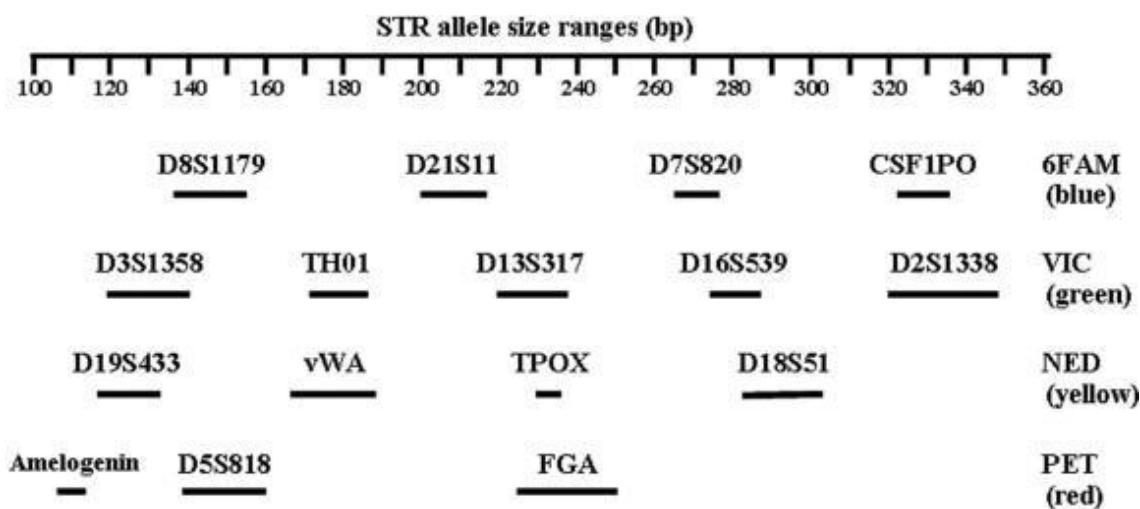
Em resumo, sabemos que:

- ⇒ cada pessoa tem um número diploide de cromossomos;
- ⇒ cada cromossomo possui um local ou *locus* que tem uma sequência polimórfica de nucleotídeos;
- ⇒ essa sequência tem uma distribuição aleatória e não depende do padrão de distribuição das sequências encontradas nos outros *locus*, portanto traz uma informação que não tem relação com a de outros *locus*, podendo ser considerada como um dado estatístico independente ou “eventos independentes”, ou seja, o resultado de uma não interfere no da outra; salvo se esses *locus* estivessem próximos.

No laboratório:

- ⇒ são escolhidos *loci* distantes a fim de evitar interferências;

- ⇒ o número de repetições dos blocos nas sequências de nucleotídeos é específico para cada pessoa e está associado ao tamanho da sequência no DNA;
- ⇒ o tamanho de uma sequência pode ser determinado por meio de técnicas de hibridização ou de amplificação, esta chamada de Polymerase Chain Reaction (PCR) seguida de análise em processadores automáticos ou géis; (8) Essa técnica permite o estudo de sequências pequenas, útil quando se pretende estudar DNAs degenerados, onde as sequências não estão íntegras, apresentando quebras que prejudicam a análise por meio da técnica de hibridização;
- ⇒ amplificam-se fitas de uma região do DNA ou *locus*, verificam-se os tamanhos dos alelos que aparecem nesse *locus* e que representam a quantidade de STRs (blocos que se repetem) e registra-se o resultado;
- ⇒ vários *loci* são estudados ao mesmo tempo por meio de técnicas de multiplex (9) e o que se pretende é descobrir quantos blocos se repetem em cada *locus*. Convencionou-se chamar essa quantidade de blocos de número do alelo no *locus*. Cada *locus* tem um nome e cada pessoa possui, nesse *locus*, um número específico de repetições ou alelo (tabelas 4 e 5);
- ⇒ existe uma correlação entre o número de blocos e o tamanho da sequência: quanto mais blocos, maior o tamanho da sequência;
- ⇒ estudos epidemiológicos da distribuição dos alelos em amostras de determinadas populações mostraram que há um número limitado de variações. Quanto maior o número de variações, mais informativo é o *locus*, dizemos mais **polimórfico**. Essas informações podem ser encontradas em repositórios de dados em tabelas de domínio público, onde estão registrados os perfis de amostras populacionais; (tabela 6). (5);
- ⇒ quando calculados, em conjunto, cerca de 13 *loci* utilizados no banco de dados com registros da população carcerária dos Estados Unidos, chamado Combined DNA Index System (CODIS), permitem um **poder de discriminação** de 1 em 10 bilhões de indivíduos. (Fig. 11). (Compare com o número de possíveis Fórmulas Dactiloscópicas). (6)



Locus	Variação dos tamanhos dos alelos	Alelos
CSF1PO	99-323	8,9,10,11,12,13,14
TH01	179-203	5,6,7,8,9,10,11
TPOX	224-252	6,7,8,9,10,11,12,13
F13A01	283-331	4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

Tabela 4. Acima, variação do tamanho dos alelos de acordo com o *locus*. (9) Abaixo, correspondência entre o tamanho dos alelos encontrados em cada *locus* (nome do locus à esquerda) e o número de repetições de nucleotídeos nos STRs.

Locus	Localização no cromossomo	Sequência que se repete sentido 5 -'3'
CSF1PO	5q33.3-34	AGAT
TH01	11p15.1	AATG
TPOX	2p23-2pter	AATG
F13A01	6p24-25	AAAG

Tabela 5. Nome de cada *locus* à esquerda, localização no cromossomo, registro da sequência e número de repetições de nucleotídeos nos STRs.

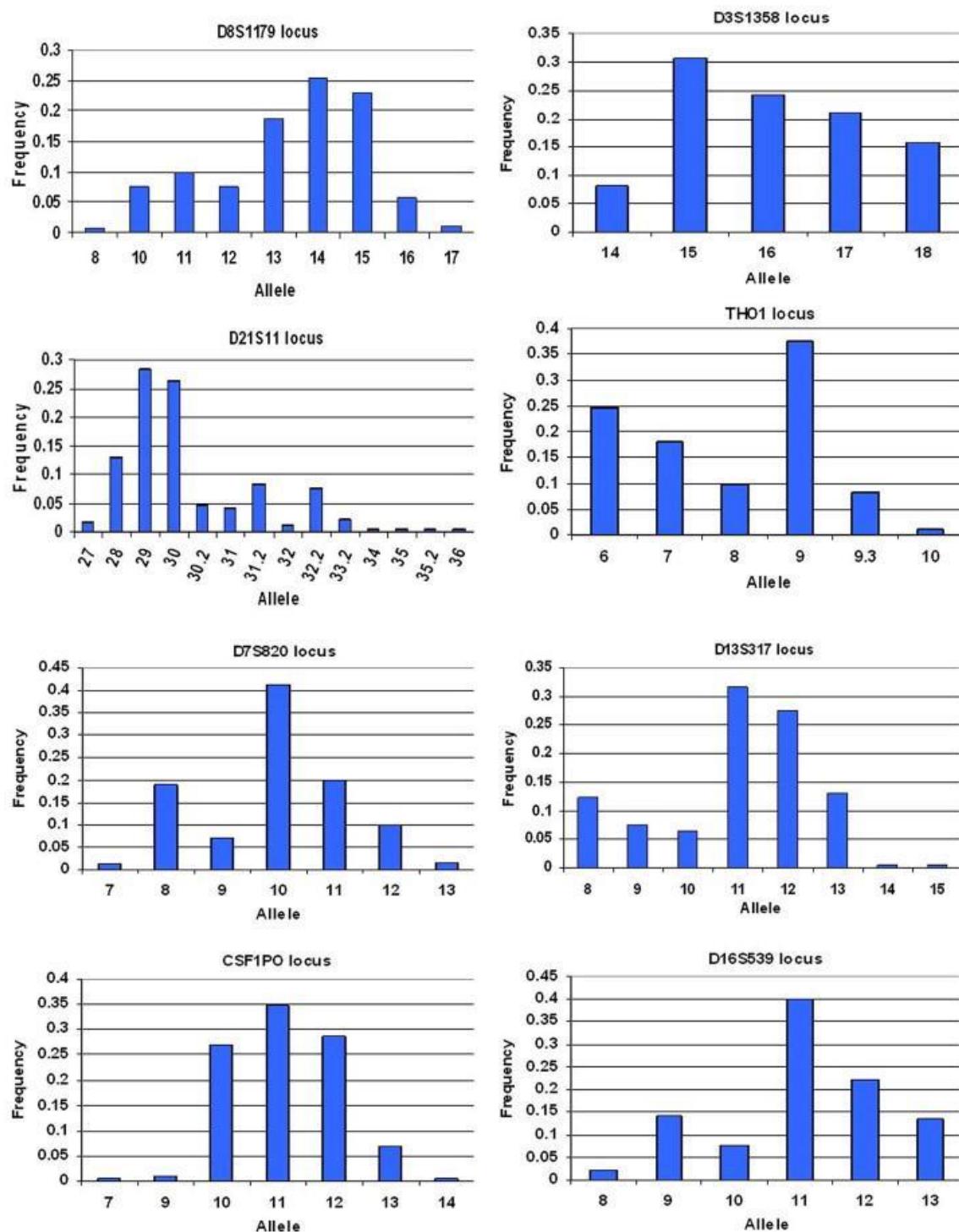


Tabela 6. Frequência de cada alelo em uma amostra de 170 indivíduos da população egípcia nos loci: D8S1179, D21S11, D7S820, CSF1PO, D3S1358, TH01, D13S317 e D16S539. (5)

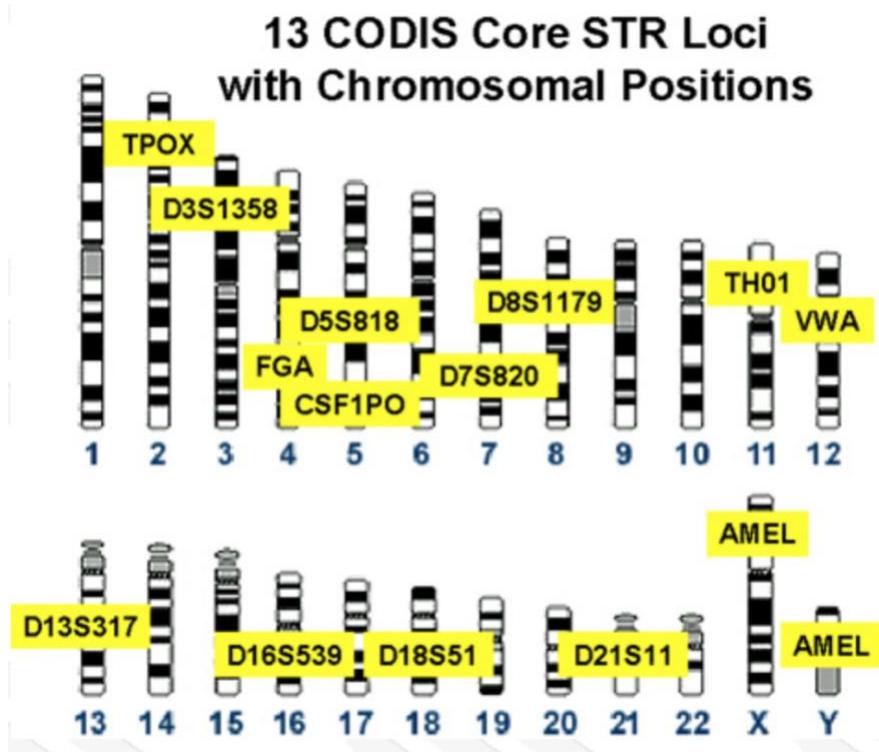


Figura 12. 13 *loci* utilizados no CODIS, localizados em diferentes cromossomos.

Técnica de Polymerase Chain Reaction (PCR)

Eleita pela revista Science como o "maior desenvolvimento científico e a taq polimerase, a molécula do ano em 1989", é a técnica consolidada para o estudo dos marcadores. Kary Mullis, o criador desse método recebeu o prêmio Nobel de Química em 1993. Com ela, é possível realizar a síntese de ácidos nucleicos e replicar (ou amplificar) sequências pequenas e específicas do DNA. Por esse motivo, pode ser aplicada amplamente nas ciências forenses com a finalidade de identificar vestígios deixados na cena do crime, constituídos por amostras degeneradas, como manchas de sangue ou de sêmen. Amostras degeneradas significam, na prática, que possuem sequências de DNA fragmentadas, portanto podendo ocorrer resultado falso negativo se forem utilizadas técnicas que dependam da integridade de longas sequências de DNA. Este é o caso da técnica chamada "Restriction Fragment Length Polymorphism" (RFLP) que estuda os "Variable Number of Tandem Repeats" (VNTR) através da hibridização de sondas multilocais ou unilocais. (11) A técnica de PCR resolveu essa dificuldade por permitir que se amplifiquem sequências curtas, os STRs, amplamente utilizados na rotina laboratorial.

Amostras

São de diversas naturezas como secreções (cérvico-vaginal, oral, etc), líquido amniótico ou sangue do cordão umbilical (para investigação de paternidade), sangue (manchas na cena do crime), tecido fresco, material formolizado, material parafinado, bulbo capilar, ossadas antigas, etc. Podem ser coletadas em locais externos ao laboratório e na cena do crime em casos que envolvem investigação forense. Amostras coletadas de pessoa vivas para finalidade pericial devem ser acompanhadas de termo de autorização de coleta. No Brasil, é constitucional coletar e processar amostras sem que a pessoa autorize. Todo cidadão brasileiro tem o direito de “não produzir provas contra si”. Como disposto na Convenção de Direitos Humanos de 1969, conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, da qual somos signatários, em seu artigo 8º, das Garantias Judiciais, “toda pessoa tem “direito de não ser obrigada a depor contra si mesma, nem a confessar-se culpada”. (12)

As amostras devem ser lacradas e numeradas, acondicionadas adequadamente e transportadas ao laboratório por pessoas credenciadas, a fim de se garantir a **cadeia de custódia**. Acompanha a amostra, **requisição** preenchida com os dados referentes ao caso: hora da coleta, local, número do Inquérito Policial, natureza da amostra e outras observações e **autorização de coleta** se for o caso. No laboratório, é entregue protocolada, com registro de data e hora e identificação do estafeta. Concluída essa etapa, internamente é feita a desmontagem do frasco ou suporte, retirada a amostra e conferida a identificação do lacre com a que consta da requisição. Começa, a partir daí, a análise laboratorial.

Processamento - Reação de PCR

As etapas da reação podem ser resumidas em: extração do DNA da amostra, montagem, amplificação e leitura de resultados. Há vários protocolos de extração, dependendo da amostra a ser analisada, que resultam em quantidades diferentes de DNA.

Na montagem, os reagentes necessários são: fita molde de DNA (extraído da amostra), oligonucleotídeos (unidades do DNA), pelo menos um par de primers (pequena seqüência de DNA que inicia a reação) e a Taq DNA polimerase (enzima que liga os nucleotídeos à fita molde).

A amplificação é realizada dentro de um aparelho chamado termociclador que produz ciclos de aumento e diminuição de temperatura, o que produz no interior do frasco as seguintes reações:

- ⇒ desnaturação do DNA (habitualmente entre 94 e 96 °C);

- ⇒ “annealing” dos primers com as seqüências complementares do DNA molde (habitualmente entre 50 e 65 °C);
- ⇒ extensão realizada pela Taq DNA polimerase a 72 °C, quando os nucleotídeos serão encaixados na fita que está sendo construída.
- ⇒ Essas temperaturas também podem variar de acordo com o protocolo utilizado. A leitura dos resultados pode ser feita por meio da revelação em géis ou de dispositivos que possuem capilares para a leitura de oligonucleotídeos previamente marcados. (Fig. 13) O que procuramos é tamanho das sequências amplificadas. De acordo com esse tamanho, teremos, por correspondência, o número de repetições de STRs naquele determinado *locus*, portanto, o número do alelo procurado.

Investigação de vínculos biológicos genéticos

Teste da paternidade

Sabemos que os alelos são transmitidos por herança Mendeliana. Nesses casos, deve-se extrair e amplificar DNA das pessoas envolvidas e comparar os perfis. Quando 3 pessoas estão sendo testadas e o objetivo é testar uma delas, habitualmente o homem como suposto pai biológico, considerando-se a mãe como mãe biológica. Verifica-se se o alelo do filho é coincidente com o da mãe em um primeiro momento. Havendo coincidência, compara-se o segundo alelo do filho com o do suposto pai. Esse alelo deve ser proveniente do pai biológico, sendo por isso chamado de **alelo paterno obrigatório**. Se houver coincidência, não se pode excluir esse homem como pai para aquele determinado *locus* que está sendo analisado. (Fig. 13).

Testam-se vários *loci* e, não havendo exclusão, calcula-se o **índice de paternidade combinado** que é a razão entre a chance do homem testado ser o pai biológico sobre a chance de não ser. Resulta do produto dos índices de cada *locus*. Um índice de paternidade de 100 significa:

- 1- o homem acusado tem 100 vezes mais chance de ser o pai biológico da criança em questão do que qualquer outro homem; ou
- 2- os alelos observados na mãe, na criança e no homem acusado são 100 vezes mais frequentes em trios verdadeiros do que em falsos trios; ou
- 3- esse trio formado por essa mulher, criança e homem tem 100 vezes mais chance de ser o trio verdadeiro do que qualquer outro trio retirado da população. Em seguida, calcula-se a **probabilidade de paternidade**.

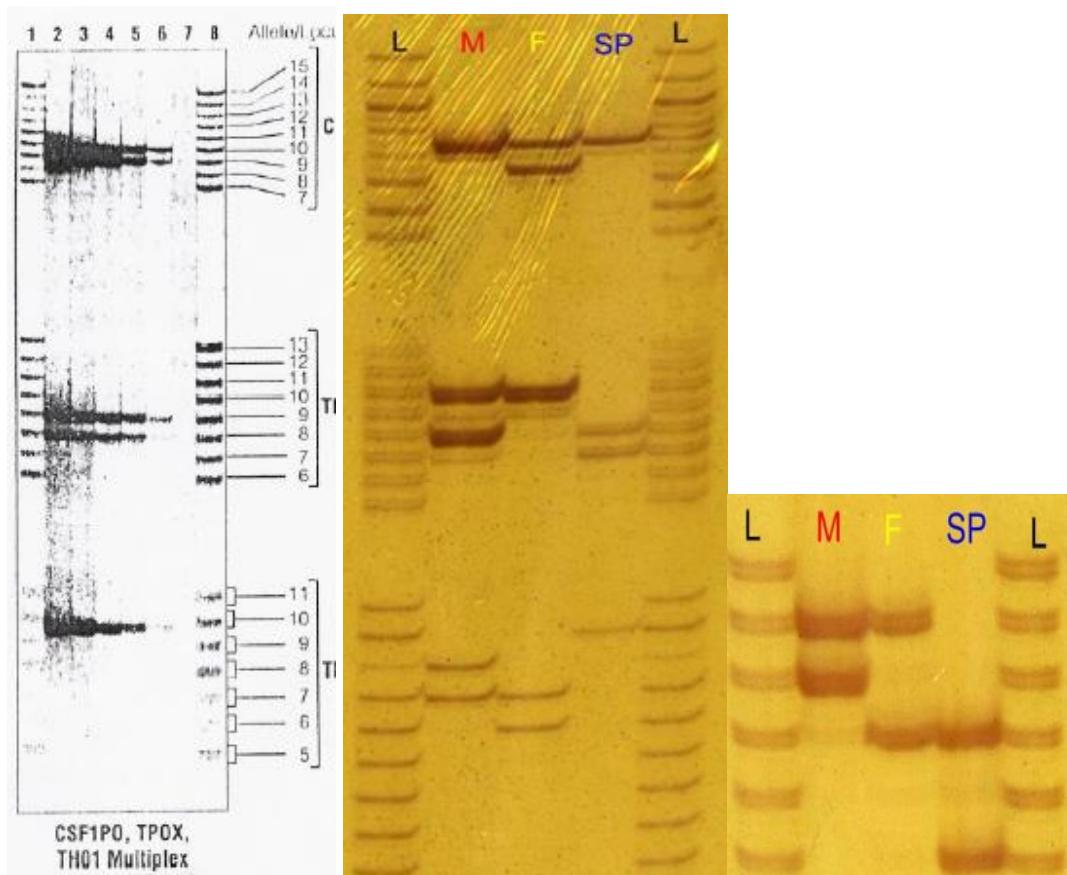


Figura 13. Géis de poliacrilamida utilizados, no passado, para revelação do tamanho da sequência de DNA amplificada na amostra. Na coluna “L” (do inglês ladder), correm-se os padrões previamente conhecidos, que indicam os tamanhos das amostras. O sistema multiplex permite estudar vários *loci* ao mesmo tempo. No gel central há 3 *loci* que excluem o homem testado como pai biológico. No *locus* do gel da direita de outro caso, não se pode excluir pois o alelo paterno obrigatório é coincidente com o do pai.

Laudo

Relatam-se todos os passos, desde a coleta da amostra até a liberação do resultado, incluindo-se os reagentes utilizados, a fim de se preservar a cadeia de custodia e oferecer todas as informações técnicas necessárias. Deve conter informações que possibilitem identificar os profissionais que realizaram a coleta, transporte e entrega da amostra (que deverá estar lacrada), fase pré-analítica e analítica intra-laboratorial e análise dos resultados. Deve conter a natureza e o objetivo do exame.

Exemplo de um laudo, contestação e fundamentos do parecerista. Observe como a defesa tenta tornar o laudo imprestável.

NÚCLEO DE BIOLOGIA E BIOQUÍMICA LABORATÓRIO DE DNA

NATUREZA DO EXAME:

Constatação da presença de sêmen para confronto entre amostras oriundas de caso de **ESTUPRO**, objetivando pesquisa de ocorrência de vínculo genético através da análise de DNA.

OBJETIVO DO EXAME:

O objetivo inicial da perícia é o de constatar a presença de semên nas peças recebidas e verificar a possibilidade deste sêmen conter espermatozoides em número suficiente que permita, na sequência da análise, pesquisa comparativa de DNA com material sanguíneo colhido do suspeito.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

A identificação de sêmen segue uma sequência analítica. Preliminarmente, são realizados testes presuntivos. Estes testes detectam substâncias que não são necessariamente únicas para sêmen, mas são, contudo, características deste fluido corporal. As substâncias que podem ser detectadas no sêmen, através de diferentes testes são: espermina, colina e fosfatase ácida, sendo desta última analisado seu caráter qualitativo.

Uma vez detectada uma destas substâncias presentes no material que se está analisando, parte-se, então, para os testes confirmatórios. Basicamente, na atualidade, existem três tipos de testes confirmatórios para a presença de sêmen: os indicativos da presença de espermatozoide, os indicativos para presença de um componente do plasma seminal denominado P30 e os testes quantitativos da fosfatase ácida.

Após a realização de teste confirmatório para sêmen e se o resultado for positivo, faz-se ainda uma avaliação do material para averiguação da possibilidade de ser empregado ou não em exames de DNA, uma vez que a exiguidade de material é fator limitante, ainda que a metodologia empregada seja de grande sensibilidade.

Cada indivíduo possui características genéticas comuns que o incluem como membro da espécie humana, além das individuais exclusivas que diferenciam uma pessoa da outra. A este fenômeno, da-se o nome de “polimorfismo genético”. Os exames de vínculo genético são baseados na análise das características genéticas são baseadas na análise das características genéticas que são próprias e exclusivas de cada indivíduo. Essa análise pode ser realizada pelo estudo de marcadores genéticos utilizando sistemas de amplificação de DNA que revelam com grande precisão as características genéticas, tornando possível avaliar o vínculo genético entre

diferentes vestígios. Isto significa que podemos determinar a existência ou não de verossimilhança entre uma amostra biológica questionada e uma outra referencial analisando regiões específicas do DNA ou Locus genéticos onde ocorrem polimorfismos.

Material recebido e analisado

Data do Recebimento

- a) 01 (um) swab vaginal coletado da vítima
- b) 02 (duas) amostras de sangue de _____, coletadas sob Termo s/número
- c) 02 (duas) amostras de sangue de _____, coletadas sob Termo s/número
- d) 01 (uma) lâmina contendo secreção vaginal de _____ objeto de exame do laudo número _____ do _____

Métodos

Parte do material contido no swab vaginal (ítem 3.1.1^a) foi submetida aos seguintes testes:

- a) Presuntivo para sêmen: ensaio qualitativo de fosfatase ácida em fluído seminal, conforme metodologia utilizada no Laboratório de Ciência Forense da Polícia Metropolitana de Londres.
- b) Confirmatório para sêmen: identificação de sêmen pela observação de espermatozoides, pelo emprego de duas diferentes técnicas (Corin-Stockies e Christmans Tree).

Extração de DNA

Os materiais hemáticos da vítima e do suspeito (itens 3.1.1.b e 3.1.1.e) foram submetidos a métodos de extração para retirada de alíquotas de DNA genômico, tendo sido empregada extração salina pelo iodeto de sódio (LOPARLEV et al 1993). O material descrito no ítem 3.1.1.a (swab vaginal) sofreu procedimento de extração orgânica diferencial de DNA para esperma, segundo os procedimentos próprios utilizados pelo FBI (*Federal Bureau of Investigation*) norte americano, originais e modificados, ou seja, respectivamente com utilização de etanol (100% e 70%) para precipitação de DNA e através do uso da resina magnética DNA IQTM System (Promega Corporation – Cat, # DC6700 Lot # 139371 – Exp. Date Jun 04), de acordo com os protocolos recomendados pelo fabricante. O material descrito no ítem 3.1.1.d (lâmina contendo secreção vaginal) não foi utilizado para análises, visto que se apresentava corado e isolado por lamínula, fatos que dificultam demasiadamente a extração de DNA.

Qualificação de DNA

As amostras de DNA total foram quantificativas em gel de agarose 0,7% e coradas com brometo de etídio.

Amplificação das Regiões Polimórficas do DNA (loci)

Após diluição apropriada, quando necessária, as amostras extraídas, contendo DNA, foram submetidas ao processo de amplificação pelo método da PCR, com emprego dos **SISTEMAS MULTIPLEX (fluorescência): - PowerPlex 1.1 System: CSF1PO, TPOX, TH01, vWA, D16S539, D7S820, D13S317 e D5S818** (Promega Corporation – Cut 3 DC6090, Lot 3 131384 – Exp. Date Jan 05) e **AMELOGENINA**, para determinação do sexo (Promega Corporation – Cat # DC5170, Lot # 144226).

Para tal propósito, foi utilizado o termociclador PT-100, fabricado por M.J Research, programado de forma específica, segundo protocolos recomendados pela Promega Corporation.

Caracterização dos alelos dos loci amplificados

Os produtos de amplificação do sistema multiplex (PowerPlex 1.1 System) e da Amelogenina foram caracterizados, após separação eletroforética, em gel de poliacrilamida desnaturante a 6% e detectados por meio de plataforma de análise fluorescente FMBIO IIe, da Hitachi Genetic System.

Amplificação de DNA

Após a realização das metodologias de extração diferencial para se obter as frações espermática (FE) e não-espermática (FNE) isoladamente a partir do swab vaginal, (item 3.1.1.a), obtivemos sucesso no isolamento somente da fração não-espermática, ou seja, foi possível obter o perfil genético das células epiteliais vaginais da vítima que se encontravam no substrato do swab. A fração espermática, provavelmente pela exiguidade de espermatozoides em relação às células epiteliais vaginais, não pode ser amplificada isoladamente, mas sim, parcialmente na forma de uma mistura “FE + FNE”. Apesar disto, através da comparação dos perfis genéticos do sangue da vítima (item 3.1.1.b), da fração não espermatozoide (FNE – item 3.1.1.a) e do resultado parcial da mistura das frações espermatozoide e não-espermatozoide (FE+FNE – item 3.1.1.a), é possível, por exclusão, inferirmos o perfil genético de um suposto agressor.

Análise e interpretação dos resultados obtidos

Em relação aos testes presuntivos para sêmen, os resultados obtidos revelaram-se positivos para sêmen nos vários ensaios realizados com o material contido no swab vaginal (item 3.1.1.a).

Nos testes confirmatórios foram confeccionadas lâminas pelas duas técnicas acima citadas, obtendo-se resultados positivos para a presença de espermatozoides.

Quantificação de DNA Humano

Com exceção da fração espermatozoide isolada (FE), obtivemos resultados satisfatórios nos ensaios de quantificação de DNA para todas as outras amostras analisadas.

Assim sendo, todas elas seguiram para a etapa de amplificação pelo emprego da PCR – Reação em Cadeia da Polimerase, conforme metodologias correntes empregadas para as regiões genômicas analisadas.

Locus do DNA	(a) FE+FNE (mistura)	(a) só FNE	(b)	(c)	Condição de:
CSF1PO	11/ <u>12</u> /13	11/13	11/13	7/10	Exclusão
TPOX	8/11	8/11	8/11	9/12	
TH01	<u>6</u> /9	9	9	7/8	Exclusão
VWA	16/18	16/18	16/18	14/17	
D16S539	11/ <u>12</u> /13	11/13	11/13	11/13	Exclusão
D7S820	10/11	10/11	10/11	9/11	
D13S317	<u>8</u> /9/11	9/11	9/11	11	Exclusão
D5S818	11/ <u>12</u>	11	11	11/13	Exclusão
Amelogenina	X/Y	X/X	X/X	X/Y	

Tabela 1: Perfis alélicos obtidos pelas análises dos loci das células contidas no swab vaginal (“FE+FNE”) e das amostras de sangue da vítima e do averiguado.

Legendas:

- a) Mistura da Fração Espermatozoide (FE) e da Fração não-Espermatozoide (FNE) retiradas do swab vaginal (item 3.1.1.a).
- a) FNE - Fração não-Espermatozoide retirada isoladamente do swab vaginal (item 3.1.1.a)
- b) Sangue da vítima (item 3.1.1.b)
- c) Sangue do indiciado (item 3.1.1.c)

Os dados expostos na Tabela 1 deixam evidente que a fração não espermática (FNE) é totalmente coincidente com o perfil genético da vítima ----- (item 3.1.1.b). Através da análise da mistura “FE+FNE”, pode-se constatar que no mínimo duas (02) pessoas contribuíram para a obtenção de tal perfil. Os alelos são coincidentes com a fração não espermatozoide, ou seja,

aqueelas não provenientes de células da vítima e supostamente correspondentes nos espermatozoides do agressor, **não apresentam relação de verossimilhança**, em parte dos Loci analisados, com o perfil alélico do averiguado ----- (ITEM 3.1.1.c)

Conclusão

A partir dos dados anteriormente expressos e justificados é possível concluir que o perfil genético obtido da mistura das frações espermatozoide e não-espermatozoide presentes no swab vaginal coletado da vítima (item 3.1.1.a) **não apresentam relação de verossimilhança**, em parte dos Loci analisados, com o perfil alélico do averiguado (ITEM 3.1.1.c).

Desta forma, fica evidente a **EXCLUSÃO** do averiguado como possível gerador de sêmen.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Processo URGENTE

M.M. Juiz:

Na data de hoje ----, nos autos do processo-crime número: que a Justiça Pública move contra ----- tomei ciência do laudo pericial de fls ----, que originou, inclusive, o relaxamento da ordem de custódia do réu. Todavia, referido exame é nulo e merece ser analisado pelo Dr. ----- Médico-legista, que colheu o material da vítima e solicitou análise da lâmina de secreção vaginal (fls --), pelas seguintes razões:

Com a vinda do exame do IC, o Dr. ----- Delegado de Polícia prematuramente fez a juntada aos autos e não submeteu ao conhecimento e análise do médico-legista, responsável pelo exame de conjunção carnal feito na vítima, e pela colheita do material de secreção vaginal que foi então objeto do referido exame, sem que o próprio soubesse do resultado do exame por ele requerido na lâmina de secreção vaginal, já que foi encaminhado ao I.C.

Acontece que, basta uma simples e atenta leitura, para verificarmos que o exame é nulo, já que contraditório, sendo uma conclusão equivocada.

Conforme consta de fls. --, o objeto do exame “é o de constatar a presença de sêmen nas peças recebidas e verificar a possibilidade deste sêmen conter espermatozoides em número suficiente que permita, na sequência da análise, pesquisa comparativa de DNA com material sanguíneo colhido do suspeito”.

Acontece que, não foi possível obter quantificação de DNA humano da fração espermatozoide (conforme constou a fls. --).

Ainda somente foi possível a amplificação de DNA das frações não-espermáticas. Tanto é assim, que o laudo a fls --, atesta que “obtivemos sucesso no isolamento somente da fração espermática, ou seja, foi possível obter o perfil genético das células epiteliais vaginais da vítima que se encontravam no substrato do swab.

Logo, o exame foi feito pelas amostras de sangue da vítima ---- do réu ---- e da mistura de frações espermatozoide (onde o exame deixou claro que não foi possível a quanatificação de DNA humano) e Não-Espermatozoide e da Fração Espermatozoide retirada isoladamente (conforme fls. --), para concluir que o perfil genético obtido não apresenta relação de verossimilhança com o perfil alélico do averiguado.

Ora, mais é óbvio que não apresentaria relação de verossimilhança, posto que não foi possível da fração espermatozoide a quantificação de DNA humano.

Assim, somente da fração não-espermatozoide não poderia nunca aferir se era do averiguado, posto que SÃO CÉLULAS DA VÍTIMA.

E É EVIDENTE QUE, PELO DNA, SERIA EXCLUÍDO O MATERIAL DE (SUAS CÉLULAS) DO MATERIAL DO AVERIGUADO (SUA MOSTRA DE SANGUE).

POR TANTO, A CONCLUSÃO É CONTRADITÓRIA E OBSCURA, SEM FUNDAMENTAÇÃO PARA FALAR EM “EXCLUSÃO” DO AVERIGUADO COMO “GERADOR DO SÊMEN”.

Ante o exposto, requeiro seja o presente laudo pericial submetido a análise do MÉDICO-LEGISTA Dr. ----- da Equipe de Perícias Médico Legais de ----- responsável pela colheita do material (secreção vaginal) e pela feitura do exame de conjunção carnal conforme fls ---, acerca das ponderações do Ministério Público.

Após, requeiro, outrossim, seja anulado o presente laudo pericial, devendo ser NOVAMENTE realizado (SEGUNDA PERÍCIA), nos termos do artigo 181, Par. Único, do C. P. P.

Caso não seja este o entendimento de Vossa Excelência, requeiro que as Sras. Peritas esclareçam as ponderações do Ministério Público acerca da conclusão do referido laudo.

Termos em que,
P. Deferimento

Convido o leitor a elaborar seu próprio parecer, baseado na fundamentação e no exposto acima.

Observe os fatos que se seguem:

- a. Não foi possível amplificar DNA da fração espermática isoladamente, provavelmente pela exiguidade de material, entretanto, foi possível amplificar e analisar o conjunto composto pelas frações espermática e não espermática, chamado de “mistura”;
- b. Todos os alelos da fração não espermática foram coincidentes com os da amostra de sangue pertencente à vítima, o que confirma que esta amostra representa a fração não espermática, ou seja, material biológico da vítima;
- c. Os alelos encontrados na amostra “mistura, são provenientes da própria vítima e do gerador do sêmen. Considerando-se que cada pessoa possui apenas dois alelos para cada *locus* examinado, esta amostra deverá conter os alelos da vítima (dois se heterozigota, ou um representando dois coincidentes em uma só banda, caso homozigota); mais os alelos do gerador desse sêmen misturado.
- d. Portanto, nos *loci* que apresentam outros alelos que não os da vítima, esses obrigatoriamente pertencem e identificam o gerador de sêmen. Em outras palavras, não são da vítima e serão considerados identificadores da amostra de sêmen gerada pelo autor do crime. Estas situações ocorrem nos loci CSF1PO, TH01, D16S539, D13S317, D5S818. Nota-se que todos os alelos que devem, obrigatoriamente, fazer parte do perfil do gerador da amostra biológica de sêmen, não estão presentes no perfil do averiguado, excluindo-se, portanto, este indivíduo averiguado como possível gerador da amostra.

IDENTIFICAÇÃO DE SUPOSTA AUTORIA DE CRIME BASEADO EM AMOSTRAS COLETADAS NA CASA DO AVERIGUADO: HISTÓRICO, NECROPSIA, CONCLUSÃO DO LABORATÓRIO, COMENTÁRIO

Histórico:

Mulher, 17 anos encontrada em um banheiro de um Bosque na cidade de -----, vítima de homicídio por arma branca

Necrópsia:

Reconhecimento: feito pelo pai da vítima.

Exame externo:

- ⇒ 34 ferimentos pérfuro-incisos
- ⇒ Fraturas de dois dentes da arcada superior
- ⇒ Coágulos sanguíneos sob as unhas das mãos e dois ferimentos no dorso da mão direita

Exame Ginecológico:

- ⇒ Hímen: Ruptura completa cicatrizada às 6:00 h. Equimose peri-labial em região de fórnice, equimose peri-himenal.
- ⇒ Ânus: Fissuras agudas e relaxamento esfíncteriano.

Exame Interno:

- ⇒ Ferimentos pérfuro incisos múltiplos
- ⇒ Hemorragia aguda interna
- ⇒ Feto em cavidade uterina medindo 7 cm de diâmetro céfalo-caudal.

Investigação

- ⇒ Múltiplos preservativos no local do crime.
- ⇒ Suspeito: ex-namorado de 17 anos de idade

Encontrados na casa do suspeito:

- ⇒ Múltiplos livros de contos policiais
- ⇒ Um tênis molhado e uma calça com manchas de cor rósea que dizia ser proveniente de um peixe que havia limpado.

Material Encaminhado para exame de DNA:

- ⇒ 1º frasco: Unhas da vítima
- ⇒ 2º frasco: Sangue da vítima
- ⇒ 3º frasco: Útero, placenta e feto
- ⇒ 4º frasco: Lâminas com secreção de vagina e ânus.
- ⇒ 5º frasco: Tênis do suspeito

- ⇒ 6º frasco: Calça do suspeito
- ⇒ 7º frasco: Amostra de sangue do suspeito

Procedimento no laboratório

- ⇒ Realizada extração de DNA da mancha no tênis
- ⇒ Testado e verificado que se tratava de DNA humano e não animal
- ⇒ Testado e verificado que era DNA de uma pessoa do sexo feminino
- ⇒ Extraído DNA de amostra de sangue da vítima
- ⇒ Amplificados os produtos de extração das amostras do tênis do suspeito e da vítima pela técnica de PCR
- ⇒ Comparados os perfis genômicos, concluiu-se que se tratavam de perfis idênticos (examinados 5 *loci*).

COMENTÁRIO: Para se obter um resultado estatístico confiável, deve-se utilizar, no mínimo, 17 marcadores STRs.

Perícia e erros laboratoriais em DNA

Preparação para a perícia

Toda perícia se desenvolve em etapas onde o conjunto de elementos que forma a opinião do perito e permite que chegue a uma conclusão é o resultado de uma somatória de evidências. No caso das identificações de pessoas ou de amostras biológicas, a conclusão final é o resultado da somatória de evidências genéticas e não genéticas – aqui se incluem os resultados dos perfis genéticos obtidos nos testes. As etapas dos testes, em particular, envolvendo a técnica de PCR, devem seguir protocolos estabelecidos e registrados em POP, (Procedimento Operacional Padrão). É recomendável alguns cuidados antes mesmo do recebimento das amostras, que abrange espaço físico adequado para a realização dos exames (pois envolvem manipulação de genes) em setor isolado, preferencialmente contendo os seguintes equipamentos:

- a) Iluminação ultra-violeta – utilizada todos os dias antes de se iniciarem as atividades;
- b) Bancada para extração de DNA;
- c) Capela de fluxo laminar para preparação das amostras que seguirão para a amplificação por meio da técnica de PCR;
- d) Termociclador de primeira linha;
- e) Bancada pós-PCR;
- f) Freezer para armazenamento dos reagentes e outro independente para armazenamento das amostras já amplificadas.

Coleta

As amostras devem ser colhidas observando-se rigorosamente normas técnicas, colhendo-se todas as informações necessárias provenientes da cena ou pessoa de origem, com a devida identificação e assinatura das partes envolvidas e das testemunhas em casos de manipulação de amostras de pessoas como investigação de paternidade, constando do documento assinado a finalidade do exame. Lacram-se os tubos e colhem-se rubricas sobre os mesmos, preservando, dessa forma, a CADEIA DE CUSTÓDIA, fundamento necessário para a correta realização da perícia. Todos os termos de consentimento para o exame devem ser devidamente preenchidos, respeitando-se as normas de coleta estabelecidas, observando-se a legislação vigente no que diz respeito à autorização para manipulação das amostras e normas do Conselho Regional de Medicina. As amostras colhidas devem ser acondicionadas e deve ser

verificado se todos os tubos estão devidamente lacrados e rubricados e todos os documentos de identificação e termos de consentimento devidamente preenchidos.

No laboratório

Quando do recebimento de uma amostra no laboratório para a realização de exame de investigação de paternidade por meio da análise do DNA, os seguintes POP (Procedimentos Operacionais Padrão) são recomendados:

- 1- Tratamento prévio das bancadas com ácido clorídrico à 3% (HCl) e posteriormente com álcool etílico 70%;
- 2- Tratamento do ambiente com luz ultra-violeta por 15 minutos;
- 3- Recebimento das amostras;
- 4- Conferência de frascos e documentação;
- 5- Identificação de frascos e documentação com código interno do laboratório;
- 6- Extração de DNA das amostras;
- 7- Preparação para amplificação;
- 8- Amplificação dos DNAs das amostras por meio da técnica de PCR;
- 9- Visualização do resultado da amplificação;
- 10- Tabulação dos alelos observados;
- 11- Confronto dos perfis genéticos das pessoas envolvidas entre si;
- 12- Elaboração do laudo, após a análise dos resultados obtidos do confronto entre as amostras.

Possibilidades de discrepâncias nos testes

Evolução das técnicas

Houve época em que os exames de paternidade eram feitos por comparação fisionômica, escolhendo-se características como cor dos olhos, estatura e outras para comparação, com resultados pouco seguros. Com a maior compreensão dos padrões de transmissão das características genéticas segundo as Leis de Mendel, o cenário foi ganhando maior rigor científico. O descobrimento do sistema sanguíneo ABO e sua aplicação aos testes de vinculação genética permitiu a exclusão com maior segurança de homens supostos pais biológicos. Entretanto, essa técnica apresentou falhas quando pretendia afirmar a paternidade. Muitos homens não pais, passaram a ser considerados pais de forma equivocada, pois o grau

de certeza de uma exclusão não poderia ser comparado ao mesmo grau de inclusão; a probabilidade de paternidade calculada ainda não permitia estabelecer vínculos genéticos com segurança. Na década de 70, surgiu a técnica baseada no antígeno leucocitário humano (HLA), que passou a ser utilizada de rotina nos exames de paternidade, trazendo maior grau de certeza nos casos de inclusão. Entretanto, assim como o sistema ABO, em que pese ter também revolucionado os exames de paternidade e permitido que erros anteriores fossem corrigidos, não permitia afirmar, com segurança, a paternidade.

Com o surgimento e automação das técnicas de análise do DNA, houve uma nova revolução, permitindo que os erros diminuíssem e se tornassem quase nulos. Entretanto, a possibilidade de discrepâncias que serão descobertas e corrigidas no futuro, existe. Com a finalidade de evitar falhas, os testes de DNA são construídos de acordo com o mapa genômico humano que pode ser acessado nos bancos públicos de genes. (13) Os marcadores genéticos são desenhados previamente, escolhendo-se alelos e loci específicos e distantes uns dos outros. Com isso, pretende-se diminuir a possibilidade de amplificar regiões que sofreram mutações devido a crossing overs, consequentemente não respeitando as leis Mendelianas. A consequência seria interpretar a alteração de um marcador como característica transmitida geneticamente e não produzida por mutação, alterando o resultado final. Para essa construção, a escolha dos marcadores deve seguir alguns princípios. Algumas características são importantes a fim de se evitar falsas interpretações, como: **alta heterozigidez, moderado número de alelos, freqüência alélica balanceada e ausência de microvariantes que exijam alta resolução para sua identificação**.

Eventos nos testes que podem interferir nos resultados:

Na Extração

- ⇒ Presença de DNA de microorganismos que podem contaminar o material extraído da amostra.

Na amplificação e revelação

- ⇒ **Alelos nulos** devido à ausência da seqüência nucleotídica de pareamento na fita molde, não havendo, portanto, anelização com a seqüência do primer utilizado, impossibilitando a amplificação por PCR;

- ⇒ Pequenas **variações no produto final de amplificação** podem relacionadas a diferentes pares de primers utilizados. Quando se utiliza um determinado par de primers desenhado para amplificar uma determinada região genômica ou *locus*, pode-se obter um resultado de amplificação ligeiramente diferente de outro par de primers sintetizado para amplificar a mesma região;
- ⇒ **Microvariações** de alelos, que se deve a inserções, deleções e/ou à troca de nucleotídeos na sequência a ser amplificada, que leva à produção de microvariantes. O alelo 9.3, por exemplo, difere do alelo 10 pela deleção de uma adenina, e do alelo 9, por possuir mais três bases nucleotídicas;
- ⇒ O “**dropout**” ocorre quando uma das bandas que representa os alelos verdadeiros não aparece em sua região correspondente. (14) Essa situação foi detectada inicialmente pelo FBI americano quando amostras similares foram examinadas por laboratórios diferentes com a finalidade de validar os marcadores. Em alguns laboratórios, observava-se a banda e em outros não. A única maneira de detectar o “dropout” é a análise da mesma amostra por dois laboratórios diferentes.
- ⇒ **Stutters**” onde se observam duas ou mais bandas, sendo uma delas a banda verdadeira mais forte e as outra(s), “sombras” ou amplificações inespecíficas, podem estar relacionados com interferentes do suporte que não foram eliminados completamente e são amplificados juntamente com a amostra, causando distorções nas reações de modo a alterar os resultados.
- ⇒ **Duas bandas** em um único lócus podem ser observadas, bandas inespecíficas. Essa situação ocorre devido a diversos fatores, entre os quais, interferentes do suporte, proteínas presentes no suporte de coleta (nesse caso o swab) que acompanham o DNA da amostra, interferindo na amplificação.
- ⇒ A eletroforese em gel de poliacrilamida foi amplamente utilizada como técnica de revelação, quando se fazia a confecção do gel de forma manual utilizando-o como meio para migração dos produtos de PCR. Durante sua manufatura, não raras vezes ocorriam pequenas imperfeições quase imperceptíveis que interferiam na correta migração do DNA, acarretando resultado equivocado após a coloração e revelação das bandas. A análise do resultado era feita sem o uso de qualquer tipo de instrumento, à vista desarmada. Com o advento da automatização, houve redução dos problemas ocasionados por falhas físicas na preparação artesanal do gel e coloração. Os primers

passaram a ser preparados com marcadores fluorescentes que permitem que um feixe de raios laser os identifique quando passam por capilares, com auxílio de um computador que processa e identifica o sinal. Desta forma, previne-se a interpretação equivocada de “stutters” e má migração da amostra.

- ⇒ Outro fator que diminuiu a produção de “stutters” durante a amplificação das amostras está relacionado à utilização de enzimas de melhor qualidade.
- ⇒ Discrepâncias inesperadas foram observadas no locus **D16S539** entre dois laboratórios que usaram o mesmo Kit de fabricação da PROMEGA CORPORATION. (15)
- ⇒ O National Institute of Justice dos EUA através Criminal Justice Reference Service, publicou um artigo intitulado “Convicted by Juries, Exonerated by Science: Case Studies in the Use of DNA Evidence to Establish Innocence After Trial, disponível em (<http://www.ncjrs.gov>), em 2006, discutindo vários casos onde réus declarados culpados com fundamento nos exames sanguíneos foram inocentados após re-análise usando-se técnicas fundamentadas em DNA. (16) Segundo Arthur Conan Doyle nesse artigo, “a única forma de enxergar a ciência é a busca pela verdade e a ciência forense não é exceção.”
- ⇒ Os sistemas sanguíneos e HLA já foram considerados infalíveis, principalmente para a exclusão de paternidade. Historicamente demonstrou-se uma série de falhas hoje reconhecidas.
- ⇒ Nas palavras de Mizrahi, citado por Zulmar Vieira Coutinho: “*Em la actualidad se podría decir que hay acuerdo em la comunidad científica sentido de que las pruebas biológicas, cualquiera que sea el método o sistema que se aplique, no constituyem técnicas infalibles*”. Concordamos com Zulmar quando pergunta e responde: “**É possível se obter uma falsa e absoluta exclusão de paternidade com o método de DNA? Sim, com certeza absoluta...** Nos procedimentos técnicos, aparentemente simples, já detalhados no capítulo 2, podem ocorrer problemas técnicos cuja interpretação pode resultar em uma falsa exclusão de paternidade. (pg 40, 41 e 42)...“*Em relação à ênfase das sondas unilocais com PCR, para confiabilidade absoluta dos resultados, observa-se discordância por parte de outros autores. A possibilidade de mutações pontuais do cromossomo, desnaturações incompletas, contaminação com DNA transfusional, alterações eletroforéticas podem levar a resultados falsos.*” (pg 101 e 102)” (17).

Considerações finais sobre a perícia envolvendo DNA

- Todo exame laboratorial está sujeito a resultado falso positivo ou negativo decorrente de vários fatores. Há resultados de HIV, gravidez, sífilis etc., que são corrigidos após novos exames e muitos dissabores das partes envolvidas. Os exames de DNA não são exceção. Portanto, antes de atestar o erro, deve-se verificar a possibilidade de resultados discrepantes decorrentes da técnica.
- Todo exame laboratorial é uma perícia e deve ser realizada por profissional habilitado e capacitado, dentro de suas competências legais, em conformidade com orientações e pareceres emitidos pelos respectivos Conselhos Profissionais;
- Deve-se utilizar os mais elevados padrões de qualidade técnica disponíveis: quanto mais moderna, teoricamente, portanto, menos sujeita a artefatos, motivo plausível para que se considere esse laudo mais preciso que outro cujo resultado é proveniente de técnica mais antiga;
- A descrição de laudo deve ser minuciosa, clara e metódica e todos os resultados devem reproduzir fielmente os dados constantes das tabelas provenientes do perfil dos alelos, seguindo-se rigorosamente a máxima “*visum et repertum*”;
- JAMAIS deve o perito omitir ou inserir no laudo, informação que não conste dos resultados obtidos a partir dos experimentos, bem como JAMAIS omitir ou inserir em qualquer laudo, informação falsa ou diversa da que deveria constar do laudo;
- Recomendado ao perito contato absolutamente necessário e técnico com qualquer pessoa envolvida na perícia, principalmente com os periciados; que se coloque à disposição para sanar quaisquer dúvidas possíveis sobre o laudo e o desenvolvimento da perícia, fazendo os esclarecimentos que se fizerem necessários, visando, de forma transparente e ética, à luz do conhecimento científico, contribuir para que a Luz da Verdade se estabeleça.

A reflexão sobre a metodologia e as possibilidades de “pedras no meio do caminho” nos leva a colher ensinamentos valiosos e fundamentais para o desenvolvimento de consciência crítica nesta área do conhecimento humano que rompe fronteiras e trás, a cada dia, novos desafios aos julgadores, políticos, legisladores, cientistas e toda sociedade.

Referências bibliográficas

1. Pessanha JAM. Os Pré-Socráticos: Vida e Obra. Os Pré-Socráticos: Fragmentos, Doxografia e Comentários. 1978; 49.
2. de França GV. Medicina legal. 11. ed. Guanabara Koogan; 2017.
3. Descartes R. Discurso do método. Nova Fronteira; 2011.
4. Peixoto A. Medicina legal. 4. ed. RJ : Francisco Alves 1923., editor. Rio de Janeiro; 1923.
5. Hume D. Investigação acerca do entendimento humano. 5a ed. Nova Cultural LTDA. São Paulo: Tradução de Anoar Alex; 1748; 77.
6. Visible Proofs: Forensic Views of the Body: Galleries: Biographies: Alphonse Bertillon (1853–1914).
7. STRBASE [Internet]. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em:
<https://strbase.nist.gov/images/csf1po.jpg>
8. NCBI. Polymerase Chain Reaction (PCR) [Internet]. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/probe/docs/techpcr/>
9. El-Alfy SH, Abd El-Hafez AF. Paternity testing and forensic DNA typing by multiplex STR analysis using ABI PRISM 310 Genetic Analyzer. *J Genet Eng Biotechnol*. 2012;1;10(1):101–12.
10. FBI Core STR Loci [Internet]. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em:
<https://strbase.nist.gov/fbicore.htm>
11. Salvia PNDS. Paternidade. Comparativo entre as técnicas de análise em DNA (PCR-STR x RFLP-VNTR). [Internet]. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em:
<https://www.citocamp.com.br/paternidade/comparativo.html>
12. Comissão Interamericana dos Direitos Humanos. Convenção Americana Sobre Direitos Humanos (Assinada na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, San José, Costa Rica, em 22 de novembro de 1969) [Internet]. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em:
https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm
13. Human Genome Resources at NCBI - NCBI [Internet]. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/projects/genome/guide/human/index.shtml>
14. Lohmueller KE, Rudin N, Inman K. Analysis of allelic drop-out using the Identifier 1 and PowerPlex 1 16 forensic STR typing systems. 2014 [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsigen.2014.04.003>
15. Nelson MS, Levedakou EN, Matthews JR, Early BE, Freeman DA, Kuhn CA, et al. Detection of a Primer-Binding Site Polymorphism for the STR Locus D16S539 Using the Powerplex ® 1.1 System and Validation of a Degenerate Primer to Correct for the Polymorphism. *J Forensic Sci* [Internet]. 2002 [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11908606/>
16. Prieto L; Alonso A; Alves C; Crespillo M; Montesino M; Picornell A; Brehm A; et all. GEP-ISFG Collaborative Exercise on mtDNA: Reflections About Interpretation, Artefacts, and DNA Mixtures 2006. *Forensic Science International: Genetics Volume*: 2 Ed: 2. 2008. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em:
<https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=243966>
17. Coutinho ZV. Exames de DNA, Probabilidades de falsas exclusões ou inclusões: 100%? AB/SC; 2006. p. 79–86.

CAPÍTULO 8

DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO MÉDICO

Vera Lúcia Espinoza Giampaoli

2021

Sumário

Direitos e Responsabilidades do Médico

O que é um bom termo de consentimento?

Qual a expectativa do paciente?

Referências bibliográficas

Direitos e responsabilidades do médico

O médico, como todo cidadão, tem todos os seus direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal, os quais se encontram especificados no artigo 5º e seu vasto número de incisos. Adentrando na especificidade da profissão, um olhar sobre o Código de Ética Médica em vigor mostra que os direitos dos médicos são poucos quando comparados aos seus deveres e proibições. Há uma clara distância entre eles, como bem observou o Dr. Russen Moreira Conrado em artigo sobre o Código de Ética Médica de 2010: “No novo Código de Ética Médica vemos um tsunami de deveres e um número minguado de direitos dos médicos.” (1)

O atual [Código de Ética Médica](#), no capítulo II, garante ao médico os seguintes direitos:

I – Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer natureza.

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III – Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V – Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI – Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII – Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII – Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X – Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

É fato que, na prática diária da Medicina, fica muito difícil, senão impossível, exercer muitos desses direitos. É o caso, por exemplo, de poder internar e assistir seus pacientes em qualquer entidade hospitalar, independente de fazer parte do corpo clínico. Ou de recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Suspender as atividades individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, é quase impossível mesmo, devido às condições sociais que vivemos, mas isso não nos impede de denunciar e trabalhar para mudar essas condições.

Mas há direitos cujos exercícios são perfeitamente possíveis, e devem ser praticados pelo médico, como o da autonomia profissional, princípio fundamental previsto no inciso VII do Capítulo I do Código de Ética Médica. (2)

O médico não é obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje; ele tem o direito de deixar de atender pacientes nos casos em que tenha havido, por exemplo, ameaças, intimidações, agressões físicas e verbais por parte destes ou de seus familiares, situações nas quais se configure a quebra da relação, pois houve ofensa aos princípios da confiança e da boa fé objetiva que devem permeiar todo relacionamento médico-paciente. O parágrafo primeiro do artigo 36 do Código de Ética Médica normatiza o procedimento que o médico deverá adotar nestas situações: comunicar a sua renúncia previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

O Código de Ética Médica também garante ao médico o direito à objeção de consciência, consistente na recusa em realizar um procedimento solicitado ou consentido pelo paciente, por força das suas convicções morais. O médico não é obrigado a participar de atos que considere discordantes de seus valores.

A objeção de consciência tem por definição doutrinária a “recusa em realizar um comportamento prescrito, por força de convicções seriamente arraigadas no indivíduo, de tal sorte que, se o indivíduo atendesse ao comando normativo, sofreria grave tormenta moral. (...) A objeção de consciência admitida pelo Estado traduz a forma máxima de respeito à intimidade e à consciência do indivíduo. O Estado abre mão do princípio de que a maioria democrática impõe a norma a todos, em troca de não sacrificar a integridade íntima do indivíduo.” (3)

O caso mais comum de manifestação de objeção de consciência observa-se no aborto legal. Também chamado de aborto ético, sentimental, legal, humanitário, é um direito da mulher garantido pelas normas internacionais de direitos humanos, pela Constituição Federal e, especificamente, pela legislação penal, no artigo 128, incisos I e II, do Código Penal, que preceitua não haver crime de aborto quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante e se gravidez resulta de estupro ou de qualquer outro crime contra a dignidade sexual. Além disso, em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que a gestante grávida de feto anencéfalo pode optar por interromper a gravidez com assistência médica. (4)

Nessas situações concretas, o médico pode alegar objeção de consciência, pois tem o direito de recusar-se a praticar o aborto, por não querer participar de um ato que considera moralmente errado. E, segundo alguns autores, deve ser respeitado, pois “O direito à autonomia de um paciente não deve ser garantido em detrimento do direito paralelo do médico.” (5)

Cabe lembrar, entretanto, que, tanto a autonomia profissional quanto a objeção de consciência encontram, no tratamento necessário para salvar a vida e na ausência de outro profissional para atender o paciente, os limites entre a responsabilidade profissional e o exercício do direito do médico.

➤ **Muito importante ressaltar também que, no caso de aborto legal, ao médico que manifesta objeção de consciência não cabe intervir na escolha da paciente; ele não deve tentar dissuadi-la da decisão por ela tomada e nem se negar a encaminhá-la ao serviço competente para a realização do ato, que constitui seu dever, a fim de que ela encontre um tratamento digno e seguro, evitando que busque clínicas clandestinas onde há um grande risco de morte materna.**

Outro direito do médico, raras vezes colocado em prática, está sedimentado no inciso VII do Capítulo II do Código de Ética Médica, que é “requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.”

O médico quando comprovadamente ofendido em razão do exercício profissional terá direito ao desagravo público promovido pelo Conselho Regional de Medicina no qual se encontra inscrito. O desagravo pode ser requerido pelo próprio médico ou pelo Conselho Regional, de ofício. O procedimento a ser seguido nestes casos está regulamentado na Resolução n.º 1899/09 do Conselho Federal de Medicina.

Em 2011, um médico foi publicamente desagravado por ter sido constrangido e desrespeitado publicamente por uma autoridade policial, que o conduziu à delegacia, acusando-o de exercício ilegal da profissão e omissão de socorro, porque ao atender a paciente, menor de idade, explicou que não era pediatra, orientando os pais sobre a necessidade de consultar um especialista. (6)

Em 2016 o Conselho Regional de Medicina de Rondônia promoveu desagravo público em favor de uma médica que cumpria seu plantão em Unidade de Pronto Atendimento e estava atendendo uma paciente que sofrera acidente automobilístico, quando policiais militares adentraram ao local de atendimento e determinaram que ela deveria atender um paciente trazido por eles, ainda que a médica tenha encontrado menor gravidade e, portanto, menor prioridade neste paciente. Com a recusa da médica em abandonar seu atendimento para cumprir a solicitação do policial, houve discussão, que culminou com a prisão da médica por suposto desacato. Ela foi conduzida à delegacia de polícia, onde foi ouvida e liberada. Em audiência presidida pelo Juiz de Direito do Juizado Especial Criminal, este determinou o arquivamento dos autos. No desagravo constou ser “importante frisar que o policial militar não tem qualificação profissional para determinar a gravidade do caso.” (7)

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em sessão plenária de 14/02/2017 apreciou e aprovou ato de desagravo público em favor de vários médicos que foram atingidos no exercício de sua profissão, em vista de manifestação ofensiva durante pronunciamento na sessão ordinária da Câmara Municipal de Aguaí, onde foi dito que os médicos “só atendiam o particular da Unimed e os outros planos de saúde, quando eram pra atender o SUS não atendiam, eles faziam greve, eles faziam o que tivesse que fazer, mas só atendiam o particular. E esse particular eles colocavam no bolso e não deixavam um real para a Santa Casa; eles atendiam, gastavam esparadrapo, gazes, soro, o que tivesse que gastar, gastavam o material da Santa Casa, aí a Santa Casa tinha que ir lá e repor esse material gasto e

o dinheiro que ele cobrava da consulta, trezentos reais, mil e quinhentos, dois mil de um parto, eles colocavam no bolso e levavam embora para casa.”

Sempre que o médico tiver sido ofendido, ou violado seus direitos, em decorrência do exercício profissional, deve requerer o desagravo, pois este se constitui em um instrumento de garantia dos direitos e prerrogativas profissionais e, portanto, da dignidade do profissional no exercício da Medicina.

Sobre este tema é importante frisar que o Conselho Federal de Medicina já decidiu que não cabe desagravo ao médico em caso de arquivamento de sindicância por inexistência de indícios de infração ética. (8)

Quanto aos deveres dos médicos, diante do panorama jurídico que se descontina atualmente, merecem destaque, dentre todos, a obrigatoriedade de elaboração de prontuário médico para cada paciente e a necessidade de prestação de informações e esclarecimentos sobre os procedimentos e posterior obtenção de consentimento para a sua realização e o sigilo profissional.

Em termos de prontuário médico, há sinais de sua existência há mais de 4.500 anos antes de Cristo, com dados de 48 atos cirúrgicos registrados em um prontuário, na época confeccionado em Papiro. (9)

O artigo 87 do Código de Ética Médica atribui infração ética ao médico que deixa de elaborar prontuário legível para cada paciente.

O parágrafo primeiro deste artigo preceitua que o prontuário médico deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

O prontuário pertence ao paciente. Ele, ou seu representante legal, tem o direito de solicitar e receber cópia do mesmo, nos termos do artigo 88 do Código de Ética Médica. Ao médico e à entidade hospitalar cabe somente a guarda do prontuário médico por 20 (vinte) anos, no mínimo, conforme artigo 8º da Resolução n.º 1821/2007 do Conselho Federal de Medicina.

O prontuário reveste-se de extrema importância, tanto para o paciente, quanto para o médico. Para o paciente, porque nele vão sendo guardadas informações relevantes que propiciarão entendimento sobre o seu estado de saúde, permitindo integração e comunicação entre os vários profissionais participantes da atenção à sua saúde. Para o médico porque se traduz em prova inequívoca para formar a convicção sobre a efetiva prestação de assistência ao doente.

Em Direito, vale a máxima de que “o que não está nos autos não está no mundo”. Transportando esse brocardo jurídico para o universo médico, é correto afirmar que o que não está escrito no prontuário, não aconteceu. Dito de outro modo, se o médico procedeu ao exame físico do paciente, mas não anotou no prontuário este ato, ele não existe para o direito. Vale ressaltar que para os nossos tribunais, a falta de exame físico é negligência básica.

As anotações ilegíveis e incompreensíveis, embora existentes no prontuário médico, tornam-se inúteis. E as sem clareza e com dados incompletos não permitem identificar a real necessidade do paciente ou o tipo de cuidado prestado.

Sobre a pobreza franciscana de anotações no prontuário médico, pondera Irany Novah Moraes: “...se nada constar, perde o médico a possibilidade de poder comprovar o que realmente fez e, nesse caso, a alegação do paciente passa a ter maior validade do que a memória do médico que, na oportunidade certa, não registrou o fato no lugar adequado.” (10)

O médico deve ser claro e objetivo nas suas anotações, escrever de forma legível e em ordem cronológica, registrar os medicamentos prescritos e atestados concedidos, relatar as “negligências do paciente (“diz não ter usado a tipóia”, “não tomou o medicamento”, “não fez os exames solicitados”, “não fez a fisioterapia” ...).

Informações subjetivas fornecidas pelo paciente, seus familiares ou outros membros da equipe de saúde devem ser consideradas, utilizando-se aspas ao serem anotadas no prontuário, como no caso: mãe refere “fungação” da filha.

A utilização de abreviaturas e/ou siglas nos prontuários e documentos médicos é uma prática usual, já incorporada no dia a dia do médico e demais profissionais da saúde. Não há normas para a sua utilização e, embora aceita, é recomendável usá-las com parcimônia, evitando-as sempre que possível.

Prontuários com siglas/abreviaturas muitas vezes impedem a compreensão do registro, podendo levar a interpretações errôneas e prejudicar a comunicação entre a equipe médica multidisciplinar, como aconteceu no caso da entrada com medicação retroviral para uma criança, devido à anotação de H.I.V. em seu prontuário, quando na verdade ela não era soropositiva. A sigla H.I.V. ali presente se referia a hemorragia intraventricular.

Também são passíveis de confusão as siglas que podem se referir a uma mesma patologia, como IRA (que pode corresponder a insuficiência respiratória aguda ou insuficiência renal aguda), ICC (que pode significar Insuficiência Cardíaca Congestiva ou Insuficiência Coronária Crônica e TV (pode ser Trombose Venosa ou Taquicardia Ventricular).

Além disso, como muito bem observado no parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, “não existindo padronizações e normas rígidas, o uso regional,

institucional e mesmo individual de determinadas abreviações torna absolutamente impossível decifrar-se documentos e/ou prontuários médicos em determinadas oportunidades. Só para citar alguns exemplos, todos os médicos de São Paulo até alguns anos atrás, saberiam que GECA significava Gastroenterocolite aguda, porém atualmente os médicos mais jovens, diante do mesmo quadro, fazem a hipótese diagnóstica de DDA, Doença Diarréica Aguda. Este exemplo adiciona mais uma variável ao problema: a variação das siglas ou abreviações no tempo.” (11)

Em casos de ações judiciais, o uso de siglas/abreviaturas pode dificultar bastante a compreensão do advogado, do juiz e do paciente. Ainda, se houver necessidade de perícia médica, o perito pode não entender os significados das anotações com siglas ou abreviaturas feitas no prontuário, como por exemplo: “P.D.D. A.A.C.E.; R.A.F.I.FX.TNZ”. O que o paciente, o advogado, ou o juiz entenderiam de um prontuário preenchido assim, com abreviaturas habitualmente utilizadas: “MEG; AR:MVF S/RA; ACR:RIR; 2T; SNF, FC 96BPM – AR MV+ S/RA?”

Exemplo clássico da importância das anotações no prontuário médico decorre das inúmeras ações de indenização onde são questionadas as condutas médicas no atendimento de pacientes em pronto socorro com meningite.

Pela análise das decisões prolatadas nestes processos, pode-se dizer, sem nenhum medo de errar, que as anotações no prontuário médico do paciente constituem-se em fator decisivo para o deslinde do julgamento.

Em uma ação de indenização por danos morais onde se discutiu o atendimento médico prestado pelo plantonista à criança que veio a falecer posteriormente em decorrência de meningite, a sentença prolatada pelo juiz de primeiro grau, confirmada posteriormente pelo Tribunal de Justiça Estadual, considerou médico e hospital não culpados, tendo a prova pericial se baseado nas anotações constantes do prontuário relativo ao atendimento médico inicial (paciente sem febre, nega vômitos, cefaleia, e sem rigidez de nuca).

De outro lado, a falta de anotações no prontuário médico do paciente foi fator determinante para a condenação do médico plantonista pelo óbito de criança, atendida no Pronto Socorro e liberada com diagnóstico de simples “gripe de verão”, vindo a falecer no dia seguinte em decorrência de meningite.

Nesta condenação, merece destaque as seguintes conclusões contidas no processo: “O atendimento oferecido pelo Hospital foi bastante precário, na medida em que não foi registrado, por exemplo, qualquer dado sobre o estado geral da criança, nem mesmo se apresentava febre ou não. Assim, cabe deduzir que houve pouco contato físico do médico com o paciente.”

Concluíram ainda os Desembargadores “estar evidente que o exame do paciente foi superficial e insuficiente para evitar sua morte em decorrência de meningite, situação essa inadmissível, eis que a “postura” do médico deve ser ativa no exame, mormente em se tratando de uma criança de três anos, sendo do profissional o dever de tomar as condutas pertinentes na investigação do mal que porventura acometa a criança.”

O prontuário médico é a prova que fica. Esse instrumento de trabalho é o melhor advogado que o médico pode ter caso haja qualquer questionamento em relação às condutas adotadas. Um prontuário pobre em dados do exame físico, com certeza trará dificuldade de prova muitas vezes intransponível.

O outro dever do médico, que vem movimentando o poder judiciário com ações baseadas exclusivamente no seu descumprimento, é a prestação de esclarecimentos e informações ao paciente, obtendo deste o consentimento para a realização dos procedimentos/tratamentos. O direito de informação é garantido em várias legislações pátrias: está expresso na Constituição Federal (artigo 5º, inciso XIV), no Código de Ética Médica (artigos 22, 24, 31, 34) e no Código de Defesa do Consumidor (artigo 6º, incisos I e III, e artigo 31). O Código Civil também enfatiza o dever anexo de informar decorrente da boa-fé objetiva inerente às relações contratuais.

A não observância desses deveres, ainda que cumprido o objeto primário do contrato (a prestação contratualmente estabelecida) gera inadimplemento contratual. É exatamente a chamada violação positiva do contrato, que é tratada como inadimplemento, com o consequente dever de indenizar por parte daquele que praticou tal violação.

Especificamente quanto ao Código de Defesa do Consumidor, para alguns doutrinadores do porte de Antônio Ferreira Couto Filho e Alex Pereira Souza, ele não se aplica à relação médico-paciente, pois doente não é consumidor e saúde não é produto, além do que tratar esta relação como de consumo é imprimir a ela o mesmo risco existente na prestação de um serviço preciso e exato, como no conserto de um aparelho doméstico, quando na verdade, na prestação de serviço de saúde, se está diante de algo impreciso, porque mesmo se prestando um serviço adequado, diversos fatores totalmente alheios ao prestador podem ocorrer, prejudicando o resultado esperado com o tratamento médico. "A vida e a saúde não são bens de consumo, posto que não podem ser comparadas a nenhum produto (...) se a vida e a saúde não são bens de consumo – não se pode deixar de dizer que são muito mais que isto, são bens inalienáveis (...). Para que as atividades humanas sejam acombarcadas pelo Código de Defesa

do Consumidor, é necessário que se tenha em primeiríssimo lugar, como ponto inicial e vital, nestas referidas relações, uma atividade consumerista." (12)

Não obstante essa valiosa posição doutrinária, o Superior Tribunal de Justiça desde 1999 firmou o entendimento de que há plena sujeição da atividade médica aos princípios e regras estabelecidas pelo Código de Defesa do Consumidor. "Dentro desse contexto probatório deve ser encontrado o elemento definidor da existência ou não da culpa dos réus, sendo esta ensejadora, o fato gerador, do dever de indenizar e, tratando-se a controvérsia de uma relação de consumo posto que o autor é um usuário do serviço médico e os réus, prestadores de tal serviço, resulta cabível a inversão do ônus da prova, como promana do art. 6º, VIII, do CDC (Lei 8078/90), já que verossímil a alegação do autor, e se assim não fosse, com certeza hipossuficiente, segundo as regras da experiência, pois encontra-se o autor em patamar de inferioridade em relação ao médico e ao hospital para discutir a qualidade do atendimento prestado." (13)

Destarte, sendo inequívoca a relação de consumo entre as partes, o dever de informar e obter o consentimento para os procedimentos/tratamentos é básico, essencial para a harmonia da relação médico-paciente, passa a ser natural, inseparável, inerente aos deveres da boa fé objetiva, do cuidado e da cooperação.

A adoção do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é conduta sem volta. Até a Medicina Veterinária adotou essa prática; só se opera o cãozinho se o seu dono, após esclarecido dos riscos, autorizar a cirurgia, assinando o consentimento informado. No repertório jurisprudencial pátrio, várias são as decisões dos nossos tribunais amparados, tão somente, na ausência de informações e esclarecimentos ao paciente sobre os riscos dos procedimentos/tratamentos.

Em ação de indenização onde se discutiram os resultados de uma intervenção cirúrgica estética, os julgadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo concluíram: "E quanto à quebra do dever anexo de informar ao paciente os riscos dos tratamentos e cirurgias estéticas, é certo que o profissional deveria advertir, inclusive com estatísticas tiradas da literatura médica, não só a possibilidade, e sim, qual a probabilidade da cirurgia acarretar cicatrizes extensas, de coloração escura ou inestéticas de outra forma, e a possibilidade de corrigi-las. No mais, deveria informar qual a expectativa real que poderia ter o paciente acerca dos resultados da cirurgia, de modo a adequar as esperanças do consumidor com a possibilidade real de correção dos problemas, de acordo com a melhor técnica médica. O direito à informação completa, adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, bem como os riscos que apresentam constitui norma cogente do art. 6º., III do CDC. Somente assim pode o paciente

dar o seu consentimento informado, inteiramente ciente dos benefícios e dos riscos da intervenção cirúrgica.” (14)

Em um processo julgado recentemente, o Superior Tribunal de Justiça analisou a responsabilidade civil do médico por conduta culposa e pelo inadimplemento do dever de informação e da necessidade de consentimento específico do paciente para a realização dos procedimentos cirúrgicos. Tratavam-se de cirurgias de Talamotomia e Subtalamotomia, esclarecidas pelo médico como sendo procedimentos “simples”, com anestesia local e duração de duas horas. Contudo, foi realizado procedimento diverso do proposto pelo cirurgião responsável, com absoluta falta de informação adequada e consequente autorização do paciente, constando dos relatórios hospitalar e de enfermagem a efetivação de cirurgia de “capsulotomia de forel D” e Talamotomia E” e “Talamotomia PQI Capsutotemíade”, assim como aplicação de anestesia geral e “sedação” diversa de anestesia.

A perícia técnica afastou a culpa do médico, afirmando que a piora clínica do paciente (que não mais andou) foi multifatorial, sendo impossível atribuir exclusivamente ao ato cirúrgico o motivo do agravamento do seu estado de saúde, inclusive descartando “erro médico”. A Alta Corte acatou a conclusão pericial quanto à inexistência de erro médico, mas condenou o cirurgião ao pagamento de indenização por dano moral ao paciente pelo não cumprimento do dever de informação, pela falha na prestação dos serviços médicos por ausência de esclarecimentos sobre a potencial gravidade dos efeitos adversos da cirurgia que fora realizada, diferente daquela anunciada quando da consulta.

Deste acórdão merecem destaque as seguintes conclusões:

“É uma prestação de serviços especial a relação existente entre médico e paciente, cujo objeto engloba deveres anexos, de suma relevância, para além da intervenção técnica dirigida ao tratamento da enfermidade, entre os quais está o dever de informação.

O dever de informação é a obrigação que possui o médico de esclarecer o paciente sobre os riscos do tratamento, suas vantagens e desvantagens, as possíveis técnicas a serem empregadas, bem como a revelação quanto aos prognósticos e aos quadros clínico e cirúrgico, salvo quando tal informação possa afetá-lo psicologicamente, ocasião em que a comunicação será feita a seu representante legal.

O princípio da autonomia da vontade, ou autodeterminação, com base constitucional e previsão em diversos documentos internacionais, é fonte do dever de informação e do correlato direito ao consentimento livre e informado do paciente e preconiza a valorização do sujeito de direito por trás do paciente, enfatizando a sua

capacidade de se autogovernar, de fazer opções e de agir segundo suas próprias deliberações.

Haverá efetivo cumprimento do dever de informação quando os esclarecimentos se relacionarem especificamente ao caso do paciente, não se mostrando suficiente a informação genérica. Da mesma forma, para validar a informação prestada, não pode o consentimento do paciente ser genérico (*blanket consent*), necessitando ser claramente individualizado.

O dever de informar é dever de conduta decorrente da boa-fé objetiva e sua simples inobservância caracteriza inadimplemento contratual, fonte de responsabilidade civil per se. A indenização, nesses casos, é devida pela privação sofrida pelo paciente em sua autodeterminação, por lhe ter sido retirada a oportunidade de ponderar os riscos e vantagens de determinado tratamento, que, ao final, lhe causou danos, que poderiam não ter sido causados, caso não fosse realizado o procedimento, por opção do paciente.” (15)

Desta decisão destaca-se também a conclusão já sedimentada pela doutrina e jurisprudência de que é do médico ou do hospital o ônus da prova quanto ao cumprimento do dever de esclarecer e obter o consentimento informado do paciente. Na mesma direção, a lição de Cavalieri Filho, segundo o qual o consentimento informado consiste no único meio de afastar a responsabilidade médica pelos riscos inerentes à sua atividade. O ônus da prova quanto ao cumprimento do dever de informar caberá sempre ao médico ou hospital.” (16)

Assim, qualquer dúvida remanescente quanto ao cumprimento do dever de prestar os esclarecimentos resolve-se em favor do paciente, entendendo-se que o médico não lhe deu as informações necessárias.

Conclui-se, portanto, que a adoção do termo de consentimento é caminho sem volta. Trata-se de evolução do direito, um avanço presente na sociedade moderna que não pode mais ser ignorado pelos profissionais da saúde. Ao firmar termo de consentimento o médico divide a responsabilidade com o paciente. O paciente é coautor do tratamento.

Entretanto, o consentimento informado não isenta os médicos de suas responsabilidades. Se houve negligência, imprudência ou imperícia, se a técnica utilizada foi equivocada, se houve abandono do paciente no pós-operatório mediato ou imediato, o termo de consentimento não irá abonar tais atos.

Contudo, se houve uma complicação descrita na literatura médica como passível de acontecer, se houve deiscência, cicatrização não tão boa devido às condições do próprio paciente, e este

foi esclarecido sobre tais possibilidades, assinando um termo de consentimento informado, torna-se inquestionável que o médico terá todas as condições de salvaguardar-se de pesadas indenizações aplicadas pela justiça.

O que é um bom termo de consentimento? Qual a expectativa do paciente?

O paciente tem que ter conhecimento dos riscos mais comuns e próximos inerentes ao tratamento ou cirurgia propostos e a partir disso, decidir de forma livre e autônoma sobre aceitar ou não o tratamento proposto. O termo de consentimento tem que ser entregue em prazo razoável para que o paciente possa ler, tirar dúvidas. A linguagem deve ser acessível, de fácil entendimento. Ao utilizar termos técnicos médicos, explicá-los em palavras leigas, como por exemplo, ao utilizar o termo bradicardia, colocar entre parênteses o seu significado “baixa frequência dos batimentos cardíacos, batimento do coração mais lento que o normal”. Além do termo de consentimento, é visto com bons olhos o fornecimento de orientações pós-operatórias por escrito ao paciente.

Em conclusão, nos dias atuais o médico está envolto em um sem-número de deveres, sofre a tirania da urgência, está imerso nas inúmeras responsabilidades, infundáveis preocupações, o dia a dia atordoa, cada vez mais é cobrado legalmente e para se proteger exagera no pedido de exames subsidiários mais sofisticados e por vezes recusa pacientes mais graves, com doenças complexas e com maior potencial de complicações ou sequelas.

De seu lado, os pacientes têm acesso e buscam exercer os seus direitos, mas são incapazes de distinguir o que é complicaçāo e o que resulta de negligēcia, imprudēcia ou impericā, nāo compreendem, por exemplo, que se em uma cirurgia de colecistectomia se lesa inadvertidamente o colédoco, se trata de um acidente imprevisível, e nāo “erro mēdico”.

O mēdico, portanto, vive um paradoxo entre a alta tecnologia disponível, a necessidade de cumprimento dos inúmeros deveres que lhe sāo impostos pelas normas legais vigentes e a compaixāo humana que sempre acompanhou suas condutas.

Na prātica, felizmente, verifica-se que os mēdicos estāo se adequando satisfatoriamente às exigências legais decorrentes da evolução do direito frente à Medicina como ciēncia, e o que é mais gratificante, sem deixarem de lado a Medicina Arte, onde “o tempo de um olhar, a troca de uma palavra ou de um gesto nāo se medem. A qualidade da presenāa é para o doente um bem inestimável e deve ser para o mēdico uma fonte de satisfação. A imagem do mēdico nāo pode ser fugitiva, impenetrável ou ausente. As exigências da tēcnica, as obrigações

administrativas ou econômicas não devem nunca fazer esquecer este dever de humanidade, para aquele que se entrega confiante.” (17)

A análise dos questionamentos judiciais mostra que a maioria deles decorre de uma relação médico-paciente insatisfatória. Essa constatação, por si só, já mostra a importância da prática da Medicina Arte, ao lado da Medicina Ciência.

A Constituição Brasileira garante que qualquer cidadão bata às portas da Justiça para reclamar um direito que acredita ser seu. Portanto, qualquer paciente pode processar o médico. No entanto, há uma distância imensamente grande entre ser processado e ser condenado.

Então, se o médico está cada vez mais sujeito a ser questionado judicialmente, ninguém vai para a luta sem armas, ninguém vai para a frente de batalha sem saber atirar, ou com estilingue nas mãos.

Deve o médico então tornar a distância - entre ser processado e ser condenado - maior ainda, comparecendo frente ao juiz munido de todas as provas que demonstram sua honestidade, lisura, ética e boa fé: submeter à apreciação do magistrado um prontuário médico rigorosamente completo, escrito com letra legível, de professor, se possível; apresentar ao juiz um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), mostrar que houve um excelente relacionamento médico-paciente, que a complicação que houve está descrita na literatura médica e que se interessou, verdadeiramente, por essa intercorrência; trazer à apreciação do juiz, um currículo que mostra a busca por atualização na profissão.

Assim agindo, o médico comprovará que cumpriu estritamente os seus deveres, os quais são muitos, quando comparados aos seus parcos direitos. E terá exercido a Medicina Ciência e a Medicina Arte em total consonância com as normas legais e éticas aplicáveis a esta profissão de incomensurável grandeza e magnitude.

Referências bibliográficas

1. Consciência, Ciência, Sapiência e Paciência - Concurso de monografias Professor Dalgimar Beserra de Menezes - O novo Código de Ética Médica 2011 – Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – 2012; 5: 60.
2. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: 2019. [acesso em 28 jul. 2021]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
3. Mendes, Gilmar Ferreira; Coelho, Inocêncio Mártires; Branco, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. 4ª edição revista e atualizada. São Paulo. Editora Saraiva, 2009.
4. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tribunal Pleno. ADPF 54/DF. Relator: Ministro marco Aurélio. Julgado em 12 de abril de 2012. Ementa: “Estado – Laicidade. O Brasil É Uma República Laica, Surgindo Absolutamente Neutro Quanto Às Religiões. Considerações. Feto Anencéfalo – Interrupção Da Gravidez – Mulher – Liberdade Sexual E Reprodutiva – Saúde – Dignidade – Autodeterminação – Direitos Fundamentais – Crime – Inexistência. Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal.” Disponível em: www.stf.jus.br
5. Beauchamp, Tom L; Childress, James F. Princípios de Ética Biomédica. Tradução de Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.
6. Tudo Rondônia - Jornal Eletrônico Independente. [acesso em 28 de jul. 2021]. Disponível em: www.tudorondonia.com/noticias
7. Conselho Regional de Medicina de Rondônia - Cremero. [acesso em 28 de jul. 2021]. Disponível em: www.cremero.org.br
8. Acórdão n.º 2957/95 - 2ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina – Conselheiro Relator: Leo Meyer Coutinho. Publicado no Diário Oficial da União de 08/10/1996, seção I – página 10178.
9. Possari, João Francisco. Prontuário do Paciente e os Registros de Enfermagem. 1ª edição. São Paulo: Editora Latria; 2005.
10. Moraes, Irany Novah. Erro Médico e a Lei. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1995: 112.
11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-consulta n.º 61.624/05. Conselheiro José Marques Filho. Aprovado na 3.358ª Reunião Plenária realizada em 09.09.2005. Homologado na 3.361ª Reunião Plenária de 13.09.2005. [acesso em 28 de jul. 2021]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/>
12. Couto Filho, A. F. Responsabilidade civil médica e hospitalar: repertório jurisprudencial por especialidade médica, teoria da eleição procedural. Rio de Janeiro, Lumen Juris; 2008.
13. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. 3ª Turma. Recurso Especial 171.988/RS. Relator Ministro Waldemar Sveiter. Julgado em 24/05/1999. Disponível em www.stj.jus.br
14. Brasil. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 6ª Câmara de Direito Privado. Apelação Cível nº 0018280-11.2009.8.26.0032. Relator Desembargador Francisco Loureiro. Julgado em 25/07/13. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br>
15. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. 4ª Turma. REsp 1540580/DF. Relator do voto vencedor Ministro Luiz Felipe Salomão. Julgado em 02/08/2018. Disponível em: <http://www.stj.jus.br>
16. Cavalieri Filho. Sergio. Programa de Responsabilidade Civil. 13ª ed. São Paulo: Saraiva; 2018.
17. Meyer, Philippe. A irresponsabilidade médica. São Paulo: Editora Unesp; 2002.

CAPÍTULO 9

ERRO MÉDICO SOB A ÓPTICA DO DIREITO

Vera Lucia Espinoza Giampaoli

2021

Sumário

[Erro Médico Sob a Ótica do Direito](#)

[Ação de reparação de danos](#)

[Laqueadura](#)

[Colonoscopia](#)

[Vasectomia](#)

[Cirurgia plástica](#)

[Tratamento dermatológico:](#)

[Cirurgia para retirada de cálculos renais](#)

[Cirurgia de mastoidectomia,](#)

[Cirurgia de hérnia de disco cervical](#)

[Procedimento cirúrgico com aplicação de laser para retirada de tatuagens:](#)

[Cirurgia de catarata:](#)

[Em processos de comprovado erro médico, o Superior Tribunal de Justiça fixou os seguintes valores de indenização](#)

[Referências bibliográficas](#)

Erro Médico sob a óptica do Direito

O Direito e a Medicina sempre caminharam juntos. Há uma proximidade originária entre eles. Afinal, ambos, cada um dentro da sua área, compartilham a vontade e o objetivo de proporcionar às pessoas certo amparo em momentos cruciais de suas vidas. E a experiência tem me mostrado que a estreita relação entre o Direito e a Medicina abrange também o lado pessoal dos médicos: a maioria traz um advogado dentro de si. Segundo Jones, Freud, o Pai da Psicanálise, pensou em ser advogado, mas decidiu-se pela Medicina após ouvir uma palestra de Carl Brühl, onde este reproduziu um ensaio de Goethe sobre a natureza, que a representara românticamente como uma “mãe bela e generosa, que concede a seus filhos favoritos o privilégio de explorar seus segredos”. (1) Se Freud vivo fosse, estaria observando, sentindo no seu dia a dia, uma ligação cada vez maior da Medicina com o Direito. Nunca, outrora, essas duas ciências se entrelaçaram tanto: as implicações jurídicas vêm permeando o exercício da Medicina e tomando vulto importantíssimo na vida do médico. Este não pode mais somente dominar sua área de especialidade, não basta somente conhecer o Código de Ética, instrumento fundamental e louvável. Ele tem que conhecer o Código de Defesa do Consumidor, os direitos do paciente, respeitar sua vontade e os limites desta, tem que identificar exatamente a linha divisória que delimita o uso das ferramentas tecnológicas que temos disponíveis (e-mails, whatsapp, facebook), deve ter noções de contratos de trabalho, conhecimento das leis que regem as empresas (o médico pessoa física está sendo extinto, há uma exigência cada vez maior de que os médicos constituam pessoa jurídica para trabalharem nos hospitais, se credenciarem nos convênios); conhecer as resoluções sobre uso de medicamentos, dentre tantos outros assuntos jurídicos, tudo isso permeado pelos desafios impostos pela pressão do mercado de trabalho. E esse caminho não tem volta. Os pacientes dos dias atuais, em progressão geométrica, levam os médicos aos tribunais, pois como afirma José Fragata: “Cada vez mais a doença é pior aceita, cada vez mais a medicina deve fornecer soluções para tudo e para todos, e, os resultados piores, ou mesmo simplesmente aquém das expectativas, são tidos como inaceitáveis e, frequentemente, tomados como o produto de erros.” (2)

Direito e Medicina encontram-se tão ligados que os médicos já estão se familiarizando com palavras como jurisprudência, agravo de instrumento, embargos infringentes. E os advogados já pronunciam, sem enroscar a língua, termos técnicos como obnubilados, colangeopancreatografia retrógrada endoscópica, transesfenoidal, e já até conhecem o significado de BEG, ITU, IVAS.

No tópico das responsabilidades, enquanto no exercício da profissão o médico pode ter sua conduta questionada em três esferas do direito: (1) cível, onde se busca uma indenização material ou moral por um dano sofrido; (2) penal, que consiste na aplicação de uma pena pelo cometimento de um ato médico classificado como crime (lesão corporal, homicídio, por exemplo) e (3) ética, onde são apuradas as condutas médicas passíveis de infração aos artigos enumerados no Código de Ética Médica. Caso seja funcionário público, seu agir pode ser analisado, ainda, na área administrativa, em processo disciplinar.

Isto acontece em decorrência do princípio da independência das instâncias, consagrado na parte inicial do artigo 935 do Código Civil que dispõe: “A responsabilidade civil é independente da criminal.” Assim, elas podem apurar um mesmo fato e cada uma decidir livremente sobre o que está posto para sua análise. Essa independência ocorre também com relação à apuração ética, de modo que, um veredito dos Conselhos Regionais ou do Federal de Medicina não constitui razão suficiente para obstar o seguimento de ação penal ou civil, pois o Poder Judiciário não está vinculado às decisões tomadas pelos órgãos de classe. Logicamente, as decisões dos Conselhos de Medicina se constituem em importantes elementos de prova nos processos cíveis, penais ou administrativos. Contudo, não estão os julgadores subordinados a elas, podendo formar sua convicção a partir dos demais elementos de provas existentes no processo, isso em atendimento ao princípio do livre convencimento motivado. Assim, embora raro, pode acontecer de um médico ser condenado na área civil e absolvido na ética, e vice-versa.

Mas o princípio da independência das instâncias não é absoluto. A existência de uma sentença penal condenatória, na qual ficou devidamente comprovada a prática de um ato ilícito e o seu autor, conforme preceitua o artigo 935 do Código Civil (3), prevalece sobre a cível, pois os ilícitos administrativo e civil podem existir sem o ilícito penal, mas o ilícito penal não pode vir a acontecer sem que antes existam aqueles (administrativo e civil). Deste modo, se o médico for condenado no processo-crime, a indenização se tornará certa, cessando-se a necessidade de nova discussão acerca dos fatos na esfera civil, uma vez que já estão comprovados no âmbito penal. Na ação civil será discutido somente o valor da indenização a ser paga. É o que prescreve o artigo 63 do Código de Processo Penal: “Transitada em julgado a sentença condenatória, poderão promover-lhe a execução, no juízo cível, para o efeito da reparação do dano, o ofendido, seu representante legal ou seus herdeiros.”

Em uma ação de indenização, visando alcançar a reparação civil pelos danos materiais e moral decorrentes da prática, inclusive reconhecida em ação penal como criminosa por parte do médico obstetra que, a fim de provocar a indução da parturição, utilizando o produto Cytotec, acabou por causar paralisia cerebral irreversível à nascitura; o Tribunal decidiu que em tais situações, o âmbito da discussão posta no processo civil encontra limite apenas na definição do *quantum* devido. A condenação foi fixada nos seguintes termos: reembolso das despesas já efetuadas com a bebê, pagamento de pensão mensal (R\$ 8.810,79) e danos morais (R\$ 163.500,00). (4)

A outra exceção vinculando as instâncias está relacionada à absolvição no processo-crime. O artigo 386 do Código de Processo Penal elenca os vários fundamentos adotados na absolvição. Mas só dois deles dão supedâneo à coisa julgada na esfera civil: a inexistência do fato ou negativa de autoria.

Ainda, nos termos do artigo 65 do Código de Processo Penal, a sentença que reconhecer ter sido o ato praticado em estado de necessidade, em legítima defesa, em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito fará coisa julgada no cível.

Nos demais casos declinados no artigo 386 do Código de Processo Penal, aptos a ensejar a absolvição no juízo criminal, não há vinculação à área cível. Esse entendimento decorre do artigo 66 do Código de Processo Penal que preceitua: “Não obstante a sentença absolutória no juízo criminal, a ação civil poderá ser proposta quando não tiver sido, categoricamente, reconhecida a inexistência material do fato.”

Também o artigo 67 do Código de Processo Penal determina que não impedirão igualmente a propositura da ação civil:

- I. o despacho de arquivamento do inquérito ou das peças de informação;
- II. a decisão que julgar extinta a punibilidade;
- III. a sentença absolutória que decidir que o fato imputado não constitui crime.

Adentrando no campo da responsabilidade médica, atualmente doutrina e jurisprudência caminham juntas na certeza de que ela é subjetiva, ou seja: salvo raras exceções, ainda passíveis de discussão (cirurgia plástica estética, por exemplo), depende da comprovação de **CULPA**, em uma das suas três modalidades (**NEGLIGÊNCIA, IMPRUDÊNCIA OU IMPERÍCIA**), nos termos dos artigos 186 e 951 do Código Civil e artigo 14, parágrafo 4º, do Código de Defesa do Consumidor. O doutrinador Sergio Cavalieri Filho ensina que “(...) a obrigação do médico, embora contratual, é subjetiva e com culpa provada. Não decorre do mero insucesso no diagnóstico ou no tratamento, seja

clínico ou cirúrgico. Caberá ao paciente, ou aos seus herdeiros, demonstrar que o resultado funesto do tratamento teve por causa a negligência, imprudência ou imperícia do médico.” (5).

Estando a responsabilidade médica sedimentada na culpa, ao tratar de um paciente, o profissional médico assume uma **OBRIGAÇÃO DE MEIO**, seu dever é de diligência, de cuidado e atenção, bem como o emprego dos meios adequados e preconizados como de melhor técnica, objetivando sanar o mal, mas sem garantir o resultado.

Sobre a necessidade de comprovação da culpa, o momento permite a análise de um caso muito interessante, dos mais difíceis, e de grande comoção por se tratar de uma criança de 10 (dez) meses. Trata-se de ação de indenização por danos materiais e morais proposta contra o hospital. O cirurgião pediátrico e a médica residente, ao realizarem a nefrectomia para retirada de rim esquerdo do bebê, que apresentava funcionalidade de apenas 3% (com indicação cirúrgica, portanto), acabaram por retirar também o rim direito, que se encontrava fundido ao esquerdo, muito embora os exames pré-operatórios (dois ultrassons realizados em instituições diferentes e a cintilografia) mostrassem a existência de rim direito tópico, funcional e de contornos regulares, não havendo qualquer indicativo, nos exames, de possível “rim em ferradura” ou “em bolo”. Depois de mais de 14 (catorze) anos de andamento do processo, infinitos questionamentos técnicos por parte da advogada do paciente, realização de duas perícias, oitiva de inúmeras testemunhas, a ação contra os médicos foi julgada improcedente em primeira instância e esta decisão foi confirmada por unanimidade no tribunal, dela advindo a seguinte ementa:

➤ Ação de reparação de danos

“Erro médico – Cirurgia para retirada de rim esquerdo, que apresentava funcionalidade de apenas 3% - Nefrectomia recomendada para a hipótese, em que há exclusão de funcionalidade, de caráter irreversível – Exames de ultrasson e cintilografia que mostravam a existência de rim direito tópico e funcional – Ausência de qualquer indicativo, nos exames, de possível rim ‘em ferradura’ ou ‘em bolo’ – Cirurgia realizada por meio de lombotomia esquerda, que mostra que os médicos não tinham conhecimento da existência da fusão dos rins – Elementos dos autos que não permitem concluir que era possível, durante o procedimento cirúrgico, e diante das conclusões dos exames pré-operatórios,

verificar que os rins estavam fundidos – Exame anatomo-patológico que mostra que houve equívoco no exame de imagens – Declarações dos peritos médicos e das testemunhas ouvidas em juízo de que os exames de tomografia e ressonância magnética só seriam justificáveis se houvesse indicativos de anormalidade nos anteriores exames – Ausência de comprovação de culpa dos médicos que realizaram a cirurgia, tendo em vista o diagnóstico por imagens. Responsabilidade subjetiva. Recurso desprovido."

Além da culpa, necessária que haja também um **NEXO CAUSAL** entre a ação culposa e o dano alegado, ou, na feliz expressão de Demogue: “é preciso esteja certo que, sem este fato, o dano não teria acontecido.” (6) Assim, presentes os fatos para aplicação do direito, transportada a questão para o mundo jurídico, podemos afirmar que entre dois fenômenos existe relação de causalidade quando um deles deve sua existência ao outro. Em termos jurídicos essa ponte se chama nexo de causalidade. O laço causal deve ser demonstrado às claras, atando as duas pontas que conduzem à responsabilidade. Se a vítima sofre o dano, mas não se evidencia o liame da causalidade com o comportamento do réu, improcedente será o pleito indenizatório.

Em uma ação de indenização proposta contra um médico o Tribunal reconheceu a ausência de nexo causal entre a histerectomia e a complicaçāo pós-operatória (formação de fistula enterocutânea) que, segundo a perícia, não decorre de erro médico, mas sim do quadro de obesidade mórbida da paciente. A realização de cirurgia, no entanto, era necessária. (7)

Em outro processo envolvendo o óbito de um paciente, o Tribunal decidiu que “considerando a *causa mortis* constatada pela necropsia, que envolve septicemia por broncopneumonia em paciente portador de cardiomiopatia hipertensiva e artrodese de coluna vertebral e que houve a suspensão dos antibióticos prescritos, vislumbra-se o nexo de causalidade entre o óbito e a conduta negligente e imperita dos médicos vinculados ao hospital.” (8)

Além da culpa e do nexo de causalidade, outro elemento é imprescindível para a responsabilização médica: o **DANO**.

Pode acontecer que, em determinado caso, embora haja a presença da culpa, em uma das suas três modalidades, e do nexo de causalidade, não há dano, que levará à ação à improcedência. Exemplo disso ocorreu na ação de indenização proposta pelos pais de

um menor, contra o médico e o laboratório, alegando erro de diagnóstico no exame de sangue feito na criança, que deixou de apontar leucemia. Este exame mostrou parâmetros normais, mas outro exame, realizado no dia seguinte, identificou o diagnóstico de leucemia. Os Desembargadores entenderam que, apesar de haver incontestável erro no exame (presença de culpa) e de existir nexo causal (diagnóstico equivocado guarda estreita relação com a conduta médica), não houve qualquer prejuízo à criança (não houve dano, portanto), pois o diagnóstico correto foi feito em menos de dois dias depois dos exames iniciais, e o tratamento foi iniciado desde logo. (9)

A obrigação de indenizar surge, portanto, da efetiva concorrência desses três elementos: um dano, a culpa, e o nexo de causalidade que deve necessariamente ligar a prática do ato ilícito à ocorrência do dano. A falta de um destes requisitos leva à improcedência do pedido indenizatório.

Nas ações em que se discute uma conduta médica, o juiz, que não detém conhecimento técnico sobre a matéria, serve-se dos peritos de sua confiança para auxiliá-lo na tarefa de julgar. A prova pericial, portanto, se revela essencial e de extrema importância no deslinde das questões onde se discute a responsabilidade civil dos profissionais médicos. Eis que ela é destinada a levar ao julgador elementos de convicção sobre fatos que dependem de conhecimento especial técnico, ou seja, os juízos especializados sobre os fatos relevantes da causa.

Certo é que a prova pericial não tem caráter vinculante, ou seja, o juiz de direito não está adstrito a ela e poderá firmar a sua convicção livremente, através de outros elementos ou fatos provados nos autos. No entanto, tanto a aceitação das razões apresentadas pelo perito, quanto a rejeição dos argumentos por ele expostos, deve ser sempre esteada em uma pauta de racionalidade mínima. O magistrado não pode simplesmente abrir mão sem qualquer justificativa. Ao contrário, há que ter razões muito fortes e perfeitamente motivadas, para deixar de acatá-las.

Muito importante para a defesa do médico é a figura do assistente técnico. Em processos nos quais a perícia se faz necessária, as partes têm direito à indicação deste profissional, cuja função é acompanhar o ato pericial, elaborar quesitos para serem respondidos pelo vistor judicial e apresentar seu parecer técnico no processo. O assistente técnico é de total escolha da parte, e será o seu defensor junto ao perito nomeado pelo juiz de direito. Além da função processual, o assistente técnico exerce importante apoio ao médico processado, na medida em que o recebimento de uma citação abala

profundamente qualquer profissional, impedindo-o muitas vezes de analisar os fatos com a clareza técnica necessária.

Vale lembrar que não só o erro médico propriamente dito pode gerar obrigação de indenizar. A falha no dever de informação e a chamada “perda de uma chance” também tem fomentado os processos judiciais em desfavor dos médicos. Atualmente está firmado o entendimento de que há plena sujeição da atividade médica aos princípios e regras estabelecidas pelo Código de Defesa do Consumidor. O direito à informação é garantido em diversas legislações pátrias: no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor, no Código de Ética Médica, dentre outras. No âmbito do exercício da Medicina a informação se reveste de extrema importância, pois garante o respeito à autonomia do paciente e o direito deste de ser autor do seu próprio destino. Recai sobre o médico o dever de informar acerca dos possíveis riscos e consequências inerentes ao tratamento que será prestado ao paciente, sob pena de responder por eventuais danos, uma vez que o artigo 6º, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor prevê expressamente o direito do consumidor de obter informações suficientes e adequadas sobre a fruição e riscos do serviço, sendo que a este direito do consumidor corresponde um dever do prestador de serviços de disponibilizar tais informações. Se os riscos são conhecidos pelo profissional que atua na área, resta evidente que tal informação não pode ser sonegada do paciente, que deve ser expressa e inequivocamente advertido a esse respeito antes de consentir na realização do procedimento. E, a ausência de tal informação, também deve ser considerada falha culposa do profissional na prestação do serviço.

Sobre o consentimento informado, o Egrégio Superior Tribunal de Justiça já decidiu que: “A despreocupação do facultativo em obter do paciente seu consentimento informado pode significar - nos casos mais graves - negligência no exercício profissional. As exigências do princípio do consentimento informado devem ser atendidas com maior zelo na medida em que aumenta o risco, ou o dano.” (10)

E também: “Age com cautela e conforme os ditames da boa-fé objetiva o médico que colhe a assinatura do paciente em termo de consentimento informado, de maneira a alertá-lo acerca de eventuais problemas que possam surgir durante o pós-operatório.” (11) Nesse sentido, oportuna a lição de Sergio Cavalieri Filho, que ressalta ser ônus do prestador dos serviços comprovar o cumprimento desse dever de informar: “[...] embora médicos e hospitais, em princípio, não respondam pelos riscos inerentes da atividade que exercem, podem eventualmente responder, se deixarem de informar aos pacientes as consequências possíveis do tratamento a que serão submetidos. Só o consentimento informado pode

afastar a responsabilidade médica pelos riscos inerentes à sua atividade. O ônus da prova quanto ao cumprimento do dever de informar caberá sempre ao médico ou hospital.” (12)

Várias decisões concedem indenização moral exclusivamente em decorrência da falta de consentimento informado, enquanto outras consideram improcedentes os pedidos dos pacientes, considerando muito importante a existência deste documento:

⇒ **Laqueadura:**

Gravidez ectópica indesejada ocorrida após submissão a procedimento cirúrgico de laqueadura. Erro médico consistente na ausência de informações à paciente sobre a eficácia do método contraceptivo. Responsabilidade civil configurada.

Dano moral devido: R\$ 15.000,00. (13)

⇒ **Colonoscopia:**

Perfuração colônica decorrente da realização do exame: a paciente assinou termo de consentimento, informando dos riscos do exame, dentre eles o de perfuração do intestino. Ação julgada improcedente. (14)

⇒ **Vasectomia:**

Posterior ocorrência de gravidez. Atendimento do dever de informar. Ação julgada improcedente. (15)

⇒ **Cirurgia plástica:**

Mamoplastia com necrose de mamilos e perda de sensibilidade. Situações que podem ocorrer independente da conduta do médico. Dever de informação cumprido, através do termo de consentimento onde constam a possibilidade de tais ocorrências, bem como sobre possíveis complicações derivadas do tabagismo. Ação julgada improcedente. (16)

⇒ **Tratamento dermatológico:**

Reação alérgica em razão do uso de medicamento para tratamento de acne. Não configuração de erro médico para a prescrição do tratamento. O dever de indenizar decorre de outro fato gerador: resulta do não atendimento do dever de informação, previsto em lei. Ação julgada procedente. (17)

⇒ **Cirurgia para retirada de cálculos renais:**

Quadro doloroso pós cirúrgico que levou a paciente a nova internação e novo procedimento. Complicações. Paciente que não foi informada dos riscos do procedimento. Ausência de consentimento informado da autora, não obstante o risco do procedimento. Ação julgada procedente. (18)

⇒ **Cirurgia de mastoidectomia,**

Onde houve lesão do nervo fácil à direita, com paralisia facial. Existência de termo de ciência e consentimento para o procedimento cirúrgico, assinado pela paciente, contendo declaração de que todos os riscos e consequências lhe foram devidamente informados e que teve oportunidade de tirar todas suas dúvidas com o profissional. Ação julgada improcedente. (19)

⇒ **Cirurgia de hérnia de disco cervical:**

Ocorrência de disfonia pós paralisia da prega vocal. Complicações não informadas à paciente. Ausência de termo de consentimento informado ou outro documento análogo. Dever de indenizar configurado. (20)

⇒ **Procedimento cirúrgico com aplicação de laser para retirada de tatuagens:**

Resultado indesejado. A informação é direito do paciente. Ausentes provas de informação prestada pelo médico e do consentimento da autora. Danos morais devidos. (21)

⇒ **Cirurgia de catarata:**

Ocorrência de complicações, com perda parcial da visão direita. Ausente comprovação de que as informações sobre os riscos cirúrgicos foram prestadas de maneira adequada, depreende-se que houve violação ao dever de informação. Ofensa ao direito da paciente. Danos morais que se presume, pela perda parcial da visão. Danos materiais comprovados pelos descontos de gratificações em folha de pagamento, durante o período de afastamento da autora. Ação julgada procedente. (22)

Os julgados acima citados comprovam que o consentimento informado se constitui em elemento ínsito no atual exercício da Medicina. Ele não exime a responsabilidade, mas com certeza se traduz em importante e fundamental elemento de prova, apto a

demonstrar que o médico esclareceu o seu paciente sobre o procedimento a ser realizado, recebendo deste a sua anuênciia, tudo como determina a legislação pátria vigente.

A perda de uma chance tem ganho espaço nos nossos tribunais, trata-se de teoria desenvolvida na França, em 1965, que se baseia no direito à reparação em virtude da perda de uma oportunidade de se obter um resultado esperado, de se alcançar algo ou de se evitar um possível dano. É verificada nos casos em que o ato ilícito tira da vítima a oportunidade de obter uma situação futura melhor, ou de, pelo menos vivenciar situação menos gravosa. Nela indeniza-se a chance perdida e não o prejuízo final, ressaltando-se a necessidade de se tratar de uma chance real e séria. Cita Sergio Savi (23) que, no Brasil, o primeiro julgado onde foi discutida a aplicação desta teoria também aconteceu em uma ação de indenização por erro médico, na qual a paciente se submeteu a uma cirurgia para correção de miopia grau IV da qual resultou uma hipermetropia grau II, além de cicatrizes na córnea que lhe causou névoa no olho operado. O acórdão foi proferido em 1990 pelo Desembargador do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Ruy Rosado de Aguiar Junior. Mas naquela oportunidade concluíram os Desembargadores que a teoria da perda de uma chance não se aplicava àquele caso concreto. Aplicada à atividade médica, segundo o doutrinador Sergio Cavalieri Filho, “a teoria ficou conhecida como teoria da perda de uma chance de cura ou de sobrevivência, em que o elemento que determina a indenização é a perda de uma chance de resultado favorável no tratamento. O que se perde, repita-se, é a chance de cura e não a continuidade da vida. A falta, destarte, reside em não se dar ao paciente todas as chances de cura ou de sobrevivência.” (24)

Ao julgar ação de indenização por danos morais e materiais em decorrência de erro médico, o Superior Tribunal de Justiça decidiu: “É plenamente cabível, ainda que se trate de erro médico, acolher a teoria da perda de uma chance para reconhecer a obrigação de indenizar quando verificada, em concreto, a perda da oportunidade de se obter uma vantagem ou de se evitar um prejuízo decorrente de ato ilícito praticado por terceiro.” (25)

Na análise dos processos de indenização por responsabilidade civil médica, observa-se a aplicação da teoria da perda de uma chance nos casos em que a demora no diagnóstico permite o agravamento do quadro de saúde do paciente e que, na maioria das vezes, se revela fatal.

Ensina Carlos Roberto Gonçalves: “assinala-se que o retardamento nos cuidados, desde que provoque dano ao paciente, pode importar em responsabilidade pela perda de uma chance. Consiste na interrupção, por determinado fato antijurídico, de um processo

que propiciaria a uma pessoa a possibilidade de vir a obter, no futuro, algo benéfico, e que, por isso, a oportunidade ficou irremediavelmente destruída. Frustra-se a chance de obter uma vantagem futura. Essa perda de chance, em si mesma, caracteriza um dano, que será reparável quando estiverem reunidos os demais pressupostos da responsabilidade civil. Entra no domínio do dano resarcível.” (26) O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo entendeu caracterizar-se erro médico não investigar a capacidade e resistência pulmonar de recém-nascida que, por duas vezes, procurou atendimento para um quadro que acusava previsível hipótese de pneumonia, tanto que, no dia seguinte, ocorreu internação inútil na UTI pelo quadro avançado de infecção. Concluiu que o óbito poderia ser evitado e aplicou a teoria da perda de uma chance. (27)

Em outro caso, o paciente foi atendido no pronto socorro apresentando fortes dores no peito, sudorese fria e braço dormente. O médico plantonista prescreveu soro para hidratação, medicação e solicitou exames de sangue e eletrocardiograma. Diante da normalidade dos resultados, fez diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus, liberando o paciente, mesmo na persistência do quadro de dor. Horas depois o paciente retorna ao PS com as mesmas queixas, é atendido por outro médico plantonista que solicita avaliação do cardiologista e este constata o infarto. O laudo pericial concluiu que a conduta seguida pelo médico expôs a risco o paciente, posto que não lhe ofereceram melhores recursos terapêuticos para que a evolução pudesse ser diversa e mais favorável. Sob o enfoque de atendimento emergencial, ainda que os referidos exames estivessem normais, a conduta não deveria ser a liberação do paciente, visto que as queixas eram altamente suspeitas de síndrome coronariana aguda. Os exames deveriam ser repetidos em intervalo de até 04 horas e só se estivessem normais, com o paciente assintomático e sem que se pudesse suspeitar que se tratava de quadro de angina instável poderia ser liberado.

Ponderou o juiz que, “certo é que não se pode dizer que se o diagnóstico desde o início estivesse correto o resultado seria diferente, porém, não se pode negar que a omissão e imperícia no atendimento expôs o paciente ao risco maior e desnecessário, aplicando-se ao caso a teoria da perda de uma chance.” Valor da condenação: R\$ 20.000,00. (28)

Por fim, mas não menos importante, temos o “erro de diagnóstico”, uma espécie de falha técnica do médico que, na análise dos sintomas do paciente, não identifica a sua doença, deixando de lhe prescrever tratamento adequado. Considerando, todavia, que há casos difíceis, cientificamente duvidosos ou com opiniões diversas na doutrina médica, o

erro de diagnóstico é visto com extremo cuidado pelos nossos tribunais, e nem sempre ele ensejará a responsabilidade civil.

Para Miguel Kfouri Neto, “o erro de diagnóstico é, em princípio, escusável, a menos que seja, por completo, grosseiro. Assim, qualquer erro de avaliação diagnóstica induzirá responsabilidade se um médico prudente não o cometesse atuando nas mesmas condições externas que o demandado.” (29)

- ⇒ *Em uma ação de indenização por danos materiais e morais foi reconhecido o erro de diagnóstico em um paciente com quadro de cefaleia intensa e paralisia do lado esquerdo, dispensado sem investigação neurológica, com constatação posterior de que ele havia sofrido um AVC, havendo limitação da responsabilidade do médico ao agravamento decorrente da demora no tratamento, e não às consequências do AVC em si. O Tribunal concluiu que as sequelas apresentadas pelo paciente decorrem do AVC, propriamente dito, mas há elementos que permitem afirmar que tais consequência foram agravadas pelos erros do primeiro atendimento. Condenação em danos morais: R\$ 50.000,00. (30)*
- ⇒ *Também foi reconhecido erro de diagnóstico em gestante que apresentou sangramento e dores no baixo ventre e procurou o médico e este lhe deu diagnóstico equivocado de aborto, após a realização de exame de ultrassom, mas o feto estava vivo. A paciente foi submetida a tratamento com medicação contraindicada em caso de gestação. (31)*

Dificuldades de interpretação de imagens radiográficas não são considerados erros de diagnóstico. (32)

No que se refere aos valores das indenizações nas ações de responsabilidade civil médica, em especial aos danos morais, é certo que o legislador brasileiro não prevê qualquer parâmetro de cálculo, deixando a fixação da quantia, em caso de condenação, ao prudente arbítrio do magistrado, que utilizará os princípios da equidade e da razoabilidade, aliados ao bom senso, não devendo a soma indenizatória ser tão grande que se converta em fonte de enriquecimento, nem tão pequena, que se torne inexpressiva.

A doutrina aponta diretrizes para a fixação do valor da indenização: a extensão do dano, o porte econômico do agente, o porte econômico da vítima, o grau de reprovabilidade da conduta e o grau de culpabilidade do agente.

Em processos de comprovado erro médico, o Superior Tribunal de Justiça fixou os seguintes valores de indenização:

- R\$ 50.000,00, por atrofia de membro superior por erro no parto (AgRg no AREsp 645.884/SC, Relator Ministro Napoleão Nunes Maia Filho, julgado em 24/03/2015 pela 1ª Turma);
- R\$ 60.000,00, por paralisia de membro superior (AgRg no AREsp 784.591/RJ, Rel. Ministro Moura Ribeiro, julgado em 07/06/2016 pela 3ª Turma);
- R\$ 80.000,00, por paralisia de membro superior de recém-nascido por erro durante parto (REsp 1526467/RJ, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 13/10/2015 pela 3ª Turma);
- R\$ 100.000,00, por impotência (AgRg no AREsp 585.733/DF, Relator Ministro Raul Araújo, julgado em 18/08/2015 pela 4ª Turma);
- R\$ 100.000,00, por "graves lesões cerebrais, desenvolvimento neuropsicomotor com grande atraso, fala muito comprometida, não consegue sentar ou andar sem ajuda de terceiros" (EDcl nos EDcl no AREsp 706.352/MG, Relator Ministro Raul Araújo, julgado em 10/03/2016 pela 4ª Turma);
- R\$ 150.000,00, por perda da visão em olho esquerdo decorrente de infecção hospitalar (REsp 1526253/PE, Relator Ministro João Otávio de Noronha, julgado em 03.03.2016 pela 3ª Turma);
- R\$ 200.000,00, por cirurgias desnecessárias, infecção e lesão a nervo, com agravamento da dor e comprometimento do pé esquerdo, bem como da capacidade de andar (AgRg no REsp 1537273/SP, Relator. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgado em 24/11/2015 pela 3ª Turma);
- R\$ 255.000,00, por sequela neurológica grave, com comprometimento do desenvolvimento de criança (REsp 1497749/SP, Relator Ministro Luís Felipe Salomão, julgado em 01/09/2015 pela 4ª T.);
- R\$ 350.000,00, por estado vegetativo (AgRg no AREsp 715.762/RJ, Relator Ministro Og Fernandes, julgado em 20/08/2015 pela 2ª Turma).

Esse valores decorrem de danos graves, devidamente comprovados nos processos e representam casos isolados.

Na realidade, a maioria dos médicos cujas condutas são questionadas em ações civis, penais ou éticas, é absolvida, pois as alegações dos pacientes são desprovidas do necessário fundamento técnico a ampará-las. Um prontuário bem preenchido e o bom relacionamento médico paciente também se constituem em elementos de grande valia para a demonstração do agir correto do médico.

Referências bibliográficas

1. Ernest J. A vida e a obra de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1989.
2. Fragata J; Martins L. O Erro em Medicina. Coimbra. Almedina; 2004, p. 256.
3. Artigo 935 do Código Civil: A responsabilidade civil é independente da criminal, não se podendo questionar mais sobre a existência de fato, ou sobre que seja o seu autor, quando estas questões se acharem decididas no juízo criminal.
4. Apelação Cível n.º 70047777446. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/>
5. Programa de Responsabilidade Civil, São Paulo, Editora Atlas, 2007, páginas 360-361.
6. Traite des Obligations em general, vol. IV, nº 66, in Responsabilidade Civil e sua Interpretação Jurisprudencial, Rui Stoco, 2^a Ed., 1995, Editora RT, página 59.
7. Apelação Cível n.º 0193937-54.2009.9.26.0100. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
8. Apelação Cível n.º 4011378-85.2013.8.26.0564. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
9. Apelação Cível n.º 1062037-50.2017.8.26.0002. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>.
10. Superior Tribunal de Justiça - REsp nº 436.827/SP. – 4^a Turma - Relator Ministro Ruy Rosado de Aguiar. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em stj.jus.br.
11. Superior Tribunal de Justiça - REsp n. 1.180.815/MG - 3^a Turma – Relatora Ministra Nancy Andrighi. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalg/Inicio>
12. Programa de Responsabilidade Civil. Malheiros Editores, 6^a edição, 2006, página 400.
13. Apelação Cível n.º 0005174-60.2011.8.26.0048. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
14. Apelação Cível n.º 1012978-03.2016.8.26.0011. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
15. Apelação Cível n.º 1003763-64.2015.8.26.0196. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
16. Apelação Cível n.º 0180697-27.2011.8.26.0100. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>.
17. Apelação Cível n.º 1000170-77.2014.8.26.0320. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>.
18. Apelação Cível n.º 0004227-80.2009.8.26.0337. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
19. Apelação Cível n.º 0052303-87.2007.8.26.0602. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
20. Apelação Cível n.º 0024171-96.2009.8.26.0554. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
21. Apelação Cível n.º 0002851-67.2009.8.26.0302. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
22. Apelação Cível n.º 0073106-50.2004.8.26.0100. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
23. Responsabilidade Civil Por Perda De Uma Chance. São Paulo: Editora Atlas, 2006. Página 45.

24. *Programa de Responsabilidade Civil*. 7^a Edição. São Paulo. Editora Atlas, 2007. página 75.
25. Superior Tribunal de Justiça - *AgRg no AREsp 553.104/RS – 4^a Turma* - Relator Ministro Marco Buzzi. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalg/Inicio>
26. Responsabilidade Civil. 12^a edição. São Paulo. Editora Saraiva, 2010, página 432.
27. Apelação Cível nº 9078805-67.2007.8.26.0000. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
28. Apelação Cível n.º 0043344-15.2002.8.26.0114. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
29. Responsabilidade Civil do Médico. 8^a edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 2013. página 102.
30. Apelação Cível n.º 1016070-47.2014.8.26.0564. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
31. Apelação Cível n.º 0074554.35.2008.8.26.0224. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>
32. Apelação cível n.º 1002549-24.2014.8.26.0309. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: <https://tjsp.jus.br/>

CAPÍTULO 10

DOCUMENTOS MÉDICOS LEGAIS

Ricardo Sallai Viciana

2021

Sumário

Documentos médicos legais

Identificação do médico

Atestados médicos

Regras gerais

Regras do Conselho Federal de Medicina

Tipos principais de atestados médicos

Atestar a existência de uma doença ou condição clínica relevante.

Atestar a saúde ou ausência de condição clínica relevante.

Referências Bibliográficas

Documentos médicos legais

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 instituiu um Estado social e democrático de direito, onde há previsão para separação dos poderes, legalidade e garantias de direitos individuais, políticos e sociais.

Neste Estado há a necessidade de cumprir as normas jurídicas que se organizam numa hierarquia própria. Nesta hierarquia temos a Constituição Federal como o ápice de uma pirâmide, seguida das Leis Complementares, Leis Ordinárias e Medidas Provisórias, Decretos e Resoluções, bem como normas contratuais e sentenças judiciais. Além destas normas legais também subsistem as normas administrativas e dos conselhos de classe.

Desta forma, quando se discute documentos médicos legais é fundamental situar a necessidade do médico de respeitar os ditames legais previstos nas normas jurídicas e os ditames ético-administrativos presentes nas normas do Conselho Federal de Medicina.

Por se tratar de um tema com diversas influências deve-se ressaltar que as regras e normas envolvidas estão em constante modificação e merecem ser observadas continuamente pelos profissionais envolvidos.

Neste capítulo serão abordados alguns aspectos éticos e legais dos documentos que fazem parte do dia a dia do médico.

Identificação do médico

Frente à necessidade de todos os que têm contato com o serviço de saúde de identificar o profissional que o assiste, o Conselho Federal de Medicina editou a [Resolução CFM n 2069 de 2014](#), posteriormente modificada pela [Resolução CFM n 2119 de 2015](#).¹

Nestas Resoluções são padronizadas as normas para a identificação dos médicos em placas, impressos, vestimentas, crachás nos estabelecimentos de assistência médica ou de hospitalização públicos e privados em todo o território nacional.

Deve-se destacar que em tal norma é dever do médico se identificar como MÉDICO, em tipo maiúsculo quando detentor apenas de graduação e quando especialista registrado do Conselho Regional de Medicina, acrescer o nome de sua ESPECIALIDADE, também em tipo maiúsculo.

Esta padronização de identificação deve ser aplicada para crachás, placas de identificação de consultórios, bolsos ou mangas em batas ou roupas que o médico utilize como fardamento de trabalho.

Ainda, também deixa claro que o médico poderá usar, se assim desejar, a palavra DOUTOR(A) ou sua abreviatura antecedendo seu nome.

Atestados médicos

O Atestado Médico é um documento com fé pública, ou seja, implica numa afirmação de verdade e suas consequências jurídicas. É com este documento que o portador poderá fazer valer seus direitos.

Assim, por possuir uma relevância tamanha e uma frequência significativa é repleto de formalidades.

Estas formalidades estão bem definidas na [Resolução CFM n 1658 de 2002](#) que foi alterada pela [Resolução CFM 1851 de 2008](#), onde são normatizadas as emissões de atestados médicos.²

Na prática médica encontramos infindáveis possibilidades para o atestado médico, porém pode-se destacar ao menos 3 grandes situações de sua necessidade: a) atestar a existência de uma doença ou condição clínica relevante; b) atestar a saúde ou ausência de condição clínica relevante; e c) atestar o óbito. O atestado de óbito por suas particularidades será abordado em capítulo separado ([link para o capítulo de Atestado de Óbitos](#)).

Regras gerais

Uma dúvida muito frequente entre os médicos é a existência de diferença entre atestado médico e declaração médica. Na prática, ambos os documentos se referem à mesma situação e devem respeitar as mesmas formalidades legais e éticas. Ou seja, não há um documento médico com menor relevância ou com maior validade ética.

A grande diferença é que o “atestar” é uma prerrogativa dos médicos e odontólogos e que “declarar” é uma prática de qualquer indivíduo. Assim, um motorista, uma enfermeira ou uma secretária podem declarar algum fato relevante, porém apenas um médico ou odontólogo pode atestar este fato.

O médico muitas vezes usa o termo “declaração” para o atestado de comparecimento, julgando que este seria de menor relevância ou importância. Ledo engano, pois quando emitido pelo médico, ambos possuem o mesmo valor e formalidades.

O que ocorre é que quando o médico quer “declarar”, na verdade está “atestando”. Daí a necessidade de respeitar e valorizar todos os documentos emitidos pelo profissional médico.

A emissão do atestado está vinculada diretamente a quem o solicitou. Neste sentido, os atestados podem ser oficiais, administrativos e judiciais. Os atestados oficiais são os mais correntes na prática clínica e envolvem o interesse direto de quem o solicitou, visando o interesse apenas privado. Estes são mais frequentemente utilizados para justificar falta no trabalho ou na escola ou para permitir a admissão numa academia de ginástica ou piscina, por exemplo. Os atestados administrativos são exigidos por uma autoridade administrativa, sendo de interesse do servidor público para fins de licença, aposentadoria ou mesmo a justificativa de faltas no trabalho; também podem ser relevantes para a admissão numa repartição pública, como atestado de vacinação em escolas. Os atestados judiciais são os requisitados pela autoridade judiciária e que interessam à administração da justiça, como atestado para justificar sua falta ao Tribunal do Júri.

Independente de sua classificação ou finalidade, todos os atestados devem conter algumas informações fundamentais:

- a) Nome do beneficiado: sempre é necessário identificar a quem se destina o respectivo atestado;
- b) Finalidade: deve-se identificar a específica finalidade a que se destina o atestado, evitando-se ao máximo expressões vazias como “para os devidos fins...”;
- c) Solicitante: no atestado deve estar consignado quem solicitou a emissão do documento;
- d) Fato que se atesta: descrever o fato que se atesta, seja através de texto ou de codificação através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID);
- e) Local e data: fundamental localizar o documento no espaço e no tempo para futuras referências;

Deve-se seguir todas as regras específicas emitidas pelo Conselho Federal de Medicina. Pode parecer estranho, mas frente à fama de má caligrafia médica, é fundamental que estas informações estejam presentes no atestado médico de maneira legível ou digitada.

Ainda, não se pode olvidar da identificação do médico emissor. Na identificação do médico se faz necessária a assinatura e o carimbo ou o nome completo e o número do registro no Conselho Regional de Medicina.

O carimbo não é um instrumento obrigatório, podendo ser substituído pela grafia do nome completo do médico e seu respectivo número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Regras do Conselho Federal de Medicina

A [Resolução CFM n 1658 de 2002](#) determina de imediato que o atestado médico é parte integrante do ato médico, representando um direito inalienável e que não pode implicar em majoração de honorários.²

Na elaboração do atestado médico, o médico deve ter certeza do nome e identificação do beneficiário e do solicitante (quando forem indivíduos diferentes), sendo que a respectiva prova de identidade deve estar consignada no atestado médico.

Assim, em se tratando de um paciente maior de idade e capaz, o médico deve solicitar um documento oficial com foto, anotar o nome completo do paciente e o respectivo documento que utilizou como prova de identidade no atestado médico emitido.

Caso trate-se de um menor de idade ou interdito, deve conter o nome e a prova de identidade do beneficiário e de seu respectivo responsável legal.

Art. 4º É obrigatória, aos médicos, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença.

§ 1º Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2º Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar dos referidos atestados.²

Nos atestados, para justificar a existência de uma doença ou condição clínica relevante em que o repouso se faz necessário como prescrição médica, o médico deverá seguir algumas regras específicas. Estes atestados serão utilizados pelo portador para fazer valer o direito de se ausentar de maneira justificada no trabalho, escola ou compromisso administrativo ou judiciário relevante.

Assim, este atestado médico deve especificar o tempo concedido de dispensa à atividade e necessário para a recuperação do paciente.

Com relação ao tempo de duração deste atestado, o médico deve conhecer algumas peculiaridades do nosso Ordenamento Jurídico. De acordo com a [Lei n 8213 de 1991](#), bem como no [Decreto n 3048 de 1999](#) e outras normas cabíveis, o paciente deverá ser avaliado por um perito médico sempre que o afastamento seja superior a 15 dias por uma mesma doença num período de 60 dias.^{3,4}

Esta informação é de suma importância para o médico, pois se houver prescrição de repouso por período superior a 15 dias, o médico assistente deverá emitir um Atestado para fins de Perícia Médica para o paciente.

Este atestado possui características próprias que são fundamentais para que o paciente possa exercer o seu direito de se ausentar do trabalho por período prolongado e receber os seus respectivos benefícios previdenciários que garantirão seu sustento e de seus familiares.

Respeitar as características próprias desta condição não é apenas um dever ético, mas um dever cívico e humano, pois apenas desta forma permite-se o exercício de direito do seu paciente.

Nestas peculiaridades deve-se ressaltar que o atestado deverá conter todas as formalidades já citadas e ainda: a) o diagnóstico e os resultados dos exames complementares realizados; b) a conduta terapêutica instituída pelo médico assistente; c) o prognóstico e as consequências à saúde do paciente; e d) o provável tempo de repouso estimado necessário para sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário.²

Desta forma, não é apenas necessária a emissão de um “Relatório Médico” (descrição minuciosa de fatos clínicos decorrentes de um ato médico), mas sim de um “Atestado para fins de Perícia Médica”, pois este último se mostra mais completo e com finalidade específica capaz de subsidiar as conclusões do médico perito.

O Conselho Federal de Medicina ainda determina que o atestado deverá estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente.²

Ao mesmo tempo determina que os médicos podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não, somente quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal. Sendo que tal concordância deverá ser expressa no atestado médico.

Neste ponto há uma grande discussão sobre o segredo e o sigilo médico. Deve-se ressaltar que o sigilo não recai apenas sobre o diagnóstico, mas também se relaciona com as circunstâncias que o determinaram.

O sigilo médico é um dos pilares da relação médico-paciente e é através dele que há a confiança necessária entre o médico e o paciente. Este pilar também é guardado por normas legais e éticas.

O [Código Penal](#) guarda a violação do segredo profissional e determina no seu Art. 154 que revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem terá uma pena de detenção, de três meses a um ano, ou multa.⁵

O [Código de Ética Médica](#) dedica um capítulo ao tema do Sigilo Profissional e expressamente veda ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Ainda, deixa claro que esta proibição se mantém mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; mesmo quando de seu depoimento como testemunha ou em investigação de suspeita de crime. Ainda, determina que não se pode revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.⁶

Desta forma, o médico assistente apenas poderá revelar o diagnóstico codificado ou não em 3 situações específicas:

1) Autorização expressa do paciente

Neste caso o paciente autoriza o médico a divulgar sua doença e libera o médico do sigilo profissional. O Conselho Federal de Medicina solicita que esta autorização esteja expressa no atestado médico, não podendo ser entendida como implícita.

2) Dever Legal

Neste caso há uma norma jurídica que determina que o médico divulgue o diagnóstico, não sendo possível para o médico a não divulgação. Neste caso localiza-se a divulgação de [agravos considerados de notificação compulsória](#).

3) Justa Causa

Esta é a situação mais complexa e que deve ser analisada com muita técnica e bom senso. Para entender a justa causa, devemos considerar que a situação fática envolverá a colisão entre dois direitos, ou seja, de um lado haverá o direito ao sigilo médico e de outro lado haverá uma situação que envolva o direito de alguém ou uma situação que envolva perigo atual ou iminente.

Neste caso, a prudência do médico e seus ditames éticos e morais são fundamentais para justificar o não cumprimento da norma. Um grande exemplo consagrado é a quebra do sigilo médico para permitir a própria defesa do médico em um possível questionamento de sua conduta médica – neste caso entende-se como motivo justo a quebra do sigilo para ser possível o uso do prontuário para a defesa das condutas técnicas tomadas para o paciente.

Uma dúvida que surge com frequência na prática médica é a necessidade do médico assistente cumprir a determinação de quebra de sigilo que porventura seja feita por autoridade policial ou judicial. Nestes casos, entende-se que o médico assistente deve se ater às 3 condições acima descritas como únicas possibilidades de exoneração do sigilo médico. Ou seja, não basta um delegado de polícia ou juiz de direito solicitar a liberação de prontuário; deve-se atentar para a presença de autorização expressa do paciente, dever legal ou justa causa. Frise-se que esta solicitação de juiz de direito ou delegado de polícia não configura dever legal, pois não há previsão em norma específica.

Em casos específicos, pode-se justificar através da justa causa, porém como descrito anteriormente, o médico assistente deve ter cautela ao analisar os fatos e optar pela liberação do sigilo com base na justa causa.

O médico assistente sempre deverá buscar apoio de colegas ou de seu conselho regional em casos como este, porém sempre deve se apresentar diante de tal autoridade (policial ou judicial) e explicar o seu dever ético e legal de manter o sigilo, deixando claro que a liberação porventura poderá ocorrer desde que os documentos sejam entregues para um Perito Médico.

Tipos principais de atestados médicos

Atestar a existência de uma doença ou condição clínica relevante.

Este tipo de atestado médico possui finalidade bem específica e rotineiramente se restringe a justificar falta no trabalho, falta na escola, comprovar deficiência física para fins de admissão em emprego, doença em familiar, autorizar viagem aérea para pacientes em condições especiais etc.

No atestado que justifica a falta no trabalho, o médico ou odontólogo entende que, diante da condição de saúde apresentada pelo paciente, o repouso é parte integrante do tratamento, sendo fundamental e relevante para o bom prognóstico a necessidade de se ausentar do trabalho.

Nos atestados para justificar a ausência na escola, frequentemente o médico se depara com uma doença infecto-contagiosa que pode colocar em risco a comunidade escolar. Nestes casos é comum a necessidade por dever legal de quebra de sigilo e notificação para a Vigilância Sanitária a fim de evitar surtos específicos. Em outros casos, a justa causa poderá embasar a necessidade do médico entrar em contato com a escola e discutir medidas a fim de se evitar a propagação de uma determinada doença. Em ambos os casos o médico deverá discutir tal situação com o paciente ou seus representantes legais, buscando o entendimento do risco na situação concreta e até mesmo uma autorização expressa para a quebra do sigilo.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) paciente _____, portador do RG n _____ apresenta doença ou condição clínica que implica na necessidade de se ausentar (do trabalho, da escola, etc.) por _____ dias.

Diagnóstico codificado pela CID:

Ciente e autorizo a divulgação de meu diagnóstico:

(Assinatura do paciente ou representante legal)

Local e data

(Assinatura do médico)

(Carimbo ou nome completo e CRM)

Figura 1: Modelo para atestar a existência de uma doença ou condição clínica relevante.

Nos atestados para comprovar ser portador de deficiência em procedimentos de admissão no emprego, o médico assistente possui papel fundamental de auxílio ao médico do trabalho. Por ser o médico assistente o responsável pelo tratamento e acompanhamento do candidato à vaga de emprego, este fornecerá atestado médico confirmando a presença de determinada deficiência e suas consequências para a vida do trabalhador. Porém deve-se frisar que é o atestado do médico do trabalho que será o documento hábil a permitir ou não a contratação do candidato portador de necessidades especiais.

As viagens aéreas estão ficando cada vez mais frequentes no país, sendo que alguns viajantes podem necessitar de atestado médico para poder realizar tais viagens. A [Agência Nacional de Aviação Civil](#) destaca que os viajantes portadores de deficiência, com mobilidade reduzida, idosos ou crianças, bem como gestantes em alguns casos específicos deverão apresentar atestado médico autorizando a viagem, bem como explicitando a necessidade ou não de cuidados específicos durante o voo. Em casos extremos pode haver a necessidade de que o paciente seja acompanhado de médico ou de enfermeiro.⁷

Nestes casos deverá o médico juntamente com o seu paciente verificarem as regras específicas da empresa aérea correspondente, preenchendo o documento próprio da empresa ou fornecendo documento com todas as informações necessárias. As informações rotineiramente solicitadas são: necessidade de cadeira de rodas, limitação de locomoção, necessidade de acompanhante, necessidade de preparativos antes da decolagem, uso de equipamentos médicos como oxigênio, monitores, etc.

O atestado mais comum para estes casos é para a gestante que irá fazer uma viagem aérea. Nestes documentos sempre deve estar contido o destino da viagem, datas e horário previsto, tempo máximo de voo permitido (se houver), tempo de gestação e data estimada do parto, parecer médico com autorização expressa para viagem de avião. Ressalto que algumas empresas, em algumas condições, solicitam preenchimento de documento próprio e envio antecipado para equipe médica especializada da empresa aérea.

Alguns pacientes solicitam aos seus médicos a emissão de atestados para cumprir alguma determinação administrativa. Os mais comuns são para obter isenção ou desconto de impostos ou tarifas, como a compra de veículos, passe de transporte ou Imposto de Renda.

A [Lei n 7713](#) de 1988 e suas alterações subsequentes determinam a isenção de Imposto de Renda para portadores de doença grave. Para alcançar tal isenção, diversas situações devem existir, dentre elas a apresentação de atestado médico comprovando ser o paciente portador de doença grave, a saber: síndrome da imunodeficiência adquirida, alienação mental, cardiopatia grave, cegueira (inclusive monocular), contaminação por radiação, doença de Paget em estados avançados (osteite deformante), doença de Parkinson, esclerose múltipla, espondiloartrose anquilosante, fibrose cística (mucoviscidose), hanseníase, nefropatia grave, hepatopatia grave, neoplasia maligna, paralisia irreversível e incapacitante ou tuberculose ativa.⁸

ATESTADO MÉDICO

Atesto que a paciente _____, portadora do RG n
_____ encontra-se gestante de ____ semanas, feto único e sem complicações até o momento, não apresentando doença ou condição clínica que a impeça de voar.

Data e destino previstos da viagem:

Data da última menstruação: _____

Data prevista do parto: _____

Local e data

(Assinatura do médico)

(Carimbo ou nome completo e CRM)

Figura 2. Modelo para autorização de viagem aérea para gestante.

O atestado médico deverá seguir as [orientações da Receita Federal](#) contendo: qual a doença apresentada e a data de início da doença ou diagnóstico, se a doença é passível de controle e em caso positivo em quanto tempo (validade do atestado). Estes atestados, em regra, devem ser emitidos por serviços oficiais dos municípios, estados ou união. Porém, o atestado do médico que assiste o interessado é de imensa valia para a obtenção do direito do paciente.

Alguns municípios e estados possuem programas específicos para isenção de tarifa de transporte público em algumas condições de saúde, em especial para deficientes físicos, auditivos, visuais, mentais ou com incapacidades relevantes. Neste caso, deverá o médico observar as orientações específicas de sua região e muitas vezes fornecer os dados em formulário próprio que deverá ser trazido pelo paciente.

Os condutores de veículos com deficiência física, quando preenchendo os requisitos legais, possuem isenção de alguns impostos na compra de veículos especiais. Para tanto, o médico deverá emitir atestado descrevendo o tipo de deficiência e sua consequente incapacidade de dirigir veículos tradicionais, detalhando quais adaptações especiais devem existir para possibilitar a direção do veículo. Em regra, este atestado deverá ser avaliado e validado posteriormente pelo Departamento de Trânsito local.

Atestar a saúde ou ausência de condição clínica relevante.

Estes atestados são frequentemente utilizados para a autorização à prática de atividades físicas, ou prática esportiva de alto desempenho. Deve-se ressaltar que o médico emissor deste tipo de atestado deve estar familiarizado com a atividade física ou esportiva a ser realizada, refletindo sobre os possíveis problemas de saúde, limitações ou riscos porventura presentes.

Este atestado não é prerrogativa de médicos do esporte ou cardiologistas, porém se o médico não se sentir capacitado para tal avaliação deverá encaminhar o paciente para um colega que possui tal capacitação.

Em alguns Estados, como em São Paulo, existem [leis](#) que determinam a necessidade de apresentação de atestados médicos de saúde recentes para permitir a prática de atividades físicas em academias. Nestes dispositivos legais e em outros aplicáveis, fica claro que a responsabilidade sobre eventual agravo à saúde ocorrido durante a prática de atividade física será do proprietário do estabelecimento, juntamente com o profissional que orientava o exercício e o profissional que autorizou tal prática.⁹

Outro atestado semelhante é o Atestado de Saúde Ocupacional, que possui o condão de atestar a aptidão à determinada atividade de trabalho. Este atestado possui suas próprias particularidades e deve apenas ser emitido por profissionais devidamente habilitados e, em especial, os médicos do trabalho.

Por suas particularidades o emissor deve ter conhecimento do ambiente de trabalho do paciente, sendo embasado num Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) específico. Este Programa será fundamental para assegurar ao trabalhador um trabalho seguro e saudável, minimizando os riscos ocupacionais, adequando o trabalho ao homem e promovendo a saúde dos trabalhadores.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) paciente _____, portador do RG n _____ no momento não apresenta doença ou condição clínica que o (a) impeça de (realizar atividade física monitorada, praticar natação etc.).

Local e data

(Assinatura do médico)

(Carimbo ou nome completo e CRM)

Figura 3. Modelo para saúde ou ausência de condição clínica relevante.

Assim, cada atividade laboral terá suas particularidades e demandará avaliações clínicas e complementares específicas. Sendo que tal avaliação deverá sempre ocorrer antes da admissão, demissão, mudança de função, retorno ao trabalho e de maneira periódica. Este documento deverá conter a identificação do trabalhador, da empresa, do local de trabalho e dos riscos identificados em sua execução, bem como os procedimentos clínicos e complementares realizados e sua respectiva data. As informações clínicas e dos exames complementares são sigilosas e não devem constar no Atestado de Saúde Ocupacional. Este deve apenas descrever a aptidão ou não àquela atividade ou função específica.

Neste Capítulo, foi possível mostrar algumas das inúmeras facetas dos documentos médicos. O objetivo não foi esgotar o assunto, mas mostrar a importância que deve ser dada aos documentos emitidos pelos médicos.

Apenas com a conscientização dos médicos da importância das regras e formalidades necessárias para emitir tais documentos, é que os pacientes poderão fazer valer os seus direitos. E, quem sabe, melhorar a imagem dos documentos e atestados médicos perante a sociedade.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2069, de 30 de janeiro de 2014. Padroniza a identificação dos médicos (em placas, impressos, batas ou vestimentas e/ou crachás) nos estabelecimentos de assistência médica ou de hospitalização (serviços de saúde), públicos e privados, em todo o território nacional. [Internet]. [Acesso em: 19 de Fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2069>.
2. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. [Internet]. [Acesso em: 19 de Fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1658>.
3. Brasil. Lei Federal nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. [Internet]. [Acesso em: 19 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm.
4. Brasil. Decreto nº 3048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. [Internet]. [Acesso em: 19 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.
5. Brasil. Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. [Internet]. [Acesso em: 19 de fevereiro de 2018]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm.
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 01 de novembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. [Internet]. [Acesso em: 17 de março de 2019]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>.
7. Agência Nacional da Aviação Civil. Resolução nº 280 de 11 de julho de 2013. Dispõe sobre os procedimentos relativos à acessibilidade de passageiros com necessidade de assistência especial ao transporte aéreo e dá outras providências. [Internet]. [Acesso em: 19 de fevereiro de 2018]. Disponível em: www.anac.gov.br/assuntos/legislacao/legislacao-1/resolucoes/resolucoes-2013/resolucao-no-280-de-11-07-2013.
8. Brasil. Lei Federal nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. [Internet]. [Acesso em: 19 de fevereiro de 2018]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7713compilada.htm.
9. Atestado médico: prática e ética. Coordenação de Gabriel Oselka. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013. [Acesso em: 28 de Jul de 2021]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5281960/mod_resource/content/1/Manual%20-%20Atestado%20M%C3%A9dico.pdf

CAPÍTULO 11

O ATESTADO DE ÓBITO

Victor Alexandre Percinio Gianvecchio

Maria Helena Prado de Mello Jorge

2021

Sumário

O Atestado de Óbito

Preliminares

O que é o atestado de óbito e para que servem os seus dados

Um pouco de história. O Brasil nesse contexto.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade

A Declaração de óbito

Itens que a compõem. Justificativa*

O papel do médico no seu preenchimento

Causas externas de Mortalidade

Alguns conceitos importantes. Causa básica da morte. A Classificação Internacional de Doenças. Os serviços de Medicina Legal e a figura do legista

Alguns exemplos ilustrativos

Caso 1

Caso 2

Referências bibliográficas

O Atestado de Óbito

Preliminares

O que é o atestado de óbito e para que servem os seus dados

A morte de uma pessoa necessita, sempre, ser conhecida e devidamente registrada, após sua constatação por médico, conforme disposição legal no Brasil dada pela Lei dos Registros Públicos:

*“Art. 77 Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial do registro civil de lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado do médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte”.*¹

Isso posto, pode-se concluir que são deveres do médico a constatação e a atestação da morte. A constatação deve ser feita, sempre, pessoalmente, segundo, inclusive, o Código de Ética Médica² além de resolução específica do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 1779 de 11.11.2005)³ e da Portaria do Ministério da Saúde⁴. Quanto à atestação, constitui-se em ato médico, que não pode ser delegado, admitindo-se, como única exceção, documentos gerados em localidades onde não existam médicos.

São dois os objetivos fundamentais do atestado de óbito. Sua função jurídica é a de fazer prova do desaparecimento do indivíduo, permitindo que seus consequentes direitos sejam passados aos herdeiros (direitos sucessórios, de previdência, entre outros). Fávero, 1962⁵, refere que o atestado de óbito é, em suma, o remate da vida civil do indivíduo, iniciada, oficialmente, com a declaração do nascimento. O segundo objetivo do atestado de óbito, não menos importante, é o que se refere aos aspectos quantitativos e qualitativos da mortalidade. Dados relativos a quantos morrem, quais são as características dessas pessoas (segundo idade e sexo, por exemplo) e, principalmente, quais as causas responsáveis por esses óbitos são importantes para o conhecimento e o estabelecimento do perfil epidemiológico da população e de ações governamentais tendentes à prevenção dessas causas⁶. Assim, com os dados fornecidos pelo médico, forma-se um arcabouço epidemiológico que pode ser trabalhado de maneiras diversas, visando a que, em última análise, a informação sobre a mortalidade se

constitua em um instrumento para a vida. Andrade, 2007⁷, refere que uma Política de Saúde adequada pode, para muitas pessoas, significar a diferença entre a vida e a morte.

Conclui-se, dessa forma, que, para o cumprimento desses objetivos, são fundamentais o empenho e o compromisso do médico com relação à veracidade, à completude e à fidedignidade das informações prestadas, uma vez que é ele o profissional responsável pelas mesmas (art. 1º Resolução CFM 1.779 de 11.11.2005).³

Um pouco de história. O Brasil nesse contexto.

Até fins do século XIX, cada país possuía um modelo diferente para fazer a atestação da morte. Em 1925, a Organização de Saúde da Liga das Nações, considerando a importância desse ato, principalmente no que dizia respeito às causas que levavam ao óbito, publicou em informe que objetivava padronizar a forma pelo qual deveriam, essas causas, ser anotadas. Em 1948, a recém-criada Organização Mundial da Saúde - OMS - não só acatou essa recomendação, como adotou o modelo proposto, com vistas a facilitar aos médicos o registro das causas e permitir que comparações entre países pudessem ser feitas.

Esse modelo, que com pequenas alterações vigora até hoje, constava de duas partes: a primeira com **três linhas** (a, b, c), onde deveria ser declarada, em **primeiro lugar a causa terminal** da morte e, **em último**, a chamada **causa básica**, entendida como aquela que dera lugar às causas seguintes; na Parte II, composta de duas linhas, a OMS recomendava menção a outras informações significativas que, a juízo do médico, pudessem ter contribuído para o processo mórbido.

Em 1989, em face ao envelhecimento das populações e, por via de consequência, ao acúmulo de patologias que as pessoas nessa fase da vida podem apresentar, a OMS aprovou nova postura segundo a qual, “*onde fosse necessário, os Países deveriam acrescentar linha adicional na Parte I do atestado (linha d)*”. A recomendação inicial, entretanto, continuava a mesma: colocar em último lugar a chamada “causa básica”, de forma a que, lendo essas linhas, de baixo para cima, ter-se-ia a causa básica originando complicações, completando o ciclo com a chamada “causa terminal de morte”, colocada na letra a.⁸

No Brasil, a implantação desse modelo relativo às causas ocorreu em 1950, embora, para as demais variáveis, não houvesse qualquer padronização. Laurenti e Mello Jorge, 2015⁶, referem que, em 1975, quando grupo de especialistas foi reunido no Ministério da Saúde para implantar no País um sistema de informação em saúde, contabilizou-se a existência de 43 modelos diferentes de formulários para a atestação de morte, sendo que, quanto às causas, seu registro já obedecia ao disposto pela OMS, anteriormente. A padronização do modelo completo

ocorreu em 1976, quando entrou em vigor a chamada “Declaração de Óbito”.⁹ Essa padronização, em face aos benefícios indiscutíveis que pode produzir, era, aliás, desejada, desde os seus primórdios, no Brasil, segundo Oscar Freire.⁵

O Sistema de Informações sobre Mortalidade

A Declaração de Óbito – DO – constitui-se no documento hábil, em nível nacional, para a atestação da morte, pelo médico, como referido. O documento é formado por três vias autocopiativas, de cores diferentes, numeradas sequencialmente, sendo elaborado, impresso e distribuído pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo, cada uma das vias, fluxo padronizado em todo o País. Seguiram-se legislações específicas, elaboração de Manuais de preenchimento e treinamento de pessoal, que vieram a permitir a criação do Sistema de Informações sobre Mortalidade, conhecido como SIM/MS.¹⁰ Esse Sistema foi criado em 1975/6 e abrange, hoje, cerca de um milhão de óbitos ocorridos anualmente no território nacional, projetando uma taxa de mortalidade de cerca de 6 óbitos para cada 1000 habitantes. Os dados estão disponíveis em <http://datusus.gov.br> e podem ser estudados segundo as variáveis constantes do formulário¹¹. Importante salientar que a causa básica, também segundo recomendações internacionais, é sempre a causa selecionada para a apresentação das estatísticas de mortalidade.

Destaca-se que, atualmente, existe uma tendência internacional de informatização do documento utilizado para atestação do óbito, com transmissão de dados e alimentação eletrônica de Sistemas de Informação sobre Mortalidade. Portugal foi o pioneiro, em nível mundial, na “desmaterialização” do atestado de óbito em papel e implementação de um sistema informatizado, quando, a partir de 1 de janeiro de 2014, com o início do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) que havia sido criado e regulamentado na Lei n.º 15/2012, passou a certificar a totalidade dos óbitos ocorridos naquele país de forma eletrônica.¹² (https://servicos.saude.pt/acesso/faces/sico/Menu.jsp?resource_url=http%3A%2F%2Fservicos.saude.pt%2Fsico%2Ffaces%2Findex.jsp). No Brasil, o Ministério da Saúde iniciou estudos sobre o assunto.

A Declaração de óbito

Itens que a compõem. Justificativa^{1*}

O modelo da DO atualmente em vigor no Brasil data de 2011¹⁰, último ano em que algumas de suas variáveis foram alteradas, visando a obter melhor qualidade da informação - e é composto por nove blocos de informações, todos de preenchimento obrigatório (quando couberem), numerados em algarismos romanos, a saber:

Bloco I – Identificação

1 Tipo de óbito	2 Data do óbito	Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade
<input type="checkbox"/> 1 - Fetal <input type="checkbox"/> 2 - Não fetal				Município/UF (se estrangeiro informar país)
5 Nome do Falecido				
6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe		
8 Data do nascimento	9 Idade	Meses de vida	Horas	Militar
	Anos completos	Meses	Dias	
				9 - Ignorado
10 Sexo	11 Raça/Cor	12 Situação conjugal		
M - Mas. F - Fem. I - Ignorado	I - Branca 2 - Preta 3 - Amarela	4 - Parda 5 - Indígena	1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Vívo	4 - Separado (licitado e não licitado) 5 - Óbito estabelecido 9 - Ignorado
13 Escolaridade (última série concluída)	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado/desempregado)	Série	Código CBO 2002	
Nível 0 - Sem escolaridade 1 - Fundamental I (1º a 4º Série) 2 - Fundamental II (5º a 8º Série) 3 - Médio (até o 2º grupo) 4 - Superior incompleto 5 - Superior completo		9 - Ignorado		

Este bloco destina-se a identificar a pessoa que morreu, fundamentalmente para atender à sua finalidade jurídica. Para tanto, essas informações devem, **sempre**, ser registradas na DO à vista de um documento com foto do falecido (RG, Carteira de Trabalho, Carteira Nacional de Habilitação ou assemelhados) a fim de evitar problemas de homônimos. É importante deixar claro que a DO é documento oficial e constitui-se na fonte de dados para o preenchimento da Certidão de Óbito, sendo que, nessa qualidade, não pode conter rasuras ou emendas. Em caso de erro acidental no preenchimento, a DO rasurada deve ser inutilizada e preenchida outra em seu lugar. Quanto ao tipo de óbito, é importante esclarecer que, embora o mesmo formulário seja utilizado para declarar mortes e óbitos fetais, a distinção entre os dois tipos de eventos é feita quando da apuração dos dados nos serviços responsáveis pelas estatísticas de saúde. Os demais campos, vão permitir a completa identificação do falecido e o estudo epidemiológico da mortalidade segundo algumas características sociodemográficas.

^{1*} Extraído de Laurenti e Mello Jorge, 2015⁶

Bloco II – Residência

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	16 CEP	
17 Bairro/Distrito	Código	18 Município de residência	Código	19 UF

Além da complementação das informações acima, objetivam, do ponto de vista epidemiológico, permitir uma distribuição espacial dos óbitos em cada área, o cálculo de indicadores quanto à vigilância em saúde, contatos com a família visando à posterior investigação de óbito, se necessário.

Bloco III – Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito <table><tr><td>1 - Hospital</td><td>3 - Doméstico</td><td>5 - Outros</td></tr><tr><td>2 - Outros estab. saúde</td><td>4 - Via pública</td><td>6 - Áreas Indígenas</td></tr></table>	1 - Hospital	3 - Doméstico	5 - Outros	2 - Outros estab. saúde	4 - Via pública	6 - Áreas Indígenas	21 Estabelecimento	Código CNES
1 - Hospital	3 - Doméstico	5 - Outros						
2 - Outros estab. saúde	4 - Via pública	6 - Áreas Indígenas						
22 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	23 CEP					
24 Bairro/Distrito	Código	25 Município de ocorrência	Código	26 UF				

Essas informações possibilitam o retorno da equipe de saúde ou pesquisa ao local (Instituição) onde ocorreu a morte, para esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que, porventura, possam surgir.

Bloco IV – Fetal ou menor que 1 ano (informações sobre a mãe)

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE																		
27 Idade (anos)	28 Nível Escolaridade (última série concluída) <table><tr><td>0 - Sem escolaridade</td><td>3 - Médio completo 2º grau</td></tr><tr><td>1 - Fundamental I (1º a 4º Série)</td><td>4 - Superior incompleto</td></tr><tr><td>2 - Fundamental II (5º a 8º Série)</td><td>5 - Superior completo</td></tr></table>	0 - Sem escolaridade	3 - Médio completo 2º grau	1 - Fundamental I (1º a 4º Série)	4 - Superior incompleto	2 - Fundamental II (5º a 8º Série)	5 - Superior completo	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado/desempregado) Série	Código CBO 2002									
0 - Sem escolaridade	3 - Médio completo 2º grau																	
1 - Fundamental I (1º a 4º Série)	4 - Superior incompleto																	
2 - Fundamental II (5º a 8º Série)	5 - Superior completo																	
30 Número de filhos nascidos vivos	31 Peso ao nascer / aborto	32 IIº de semanas de gestação <table><tr><td>1 - Única</td><td>1 - Vaginal</td></tr><tr><td>2 - Díplopia</td><td>2 - Cesárea</td></tr><tr><td>3 - Triploparia</td><td>9 - Ignorado</td></tr></table>	1 - Única	1 - Vaginal	2 - Díplopia	2 - Cesárea	3 - Triploparia	9 - Ignorado	33 Tipo de parto <table><tr><td>1 - Antes</td><td>2 - Durante</td><td>3 - Depois</td><td>9 - Ignorado</td></tr></table>	1 - Antes	2 - Durante	3 - Depois	9 - Ignorado	34 Morte em relação ao parto <table><tr><td>1 - Antes</td><td>2 - Durante</td><td>3 - Depois</td><td>9 - Ignorado</td></tr></table>	1 - Antes	2 - Durante	3 - Depois	9 - Ignorado
1 - Única	1 - Vaginal																	
2 - Díplopia	2 - Cesárea																	
3 - Triploparia	9 - Ignorado																	
1 - Antes	2 - Durante	3 - Depois	9 - Ignorado															
1 - Antes	2 - Durante	3 - Depois	9 - Ignorado															
35 Peso ao nascer	36 Número da Declaração de Nascido Vivo Gramas																	

Este Bloco tem objetivos epidemiológicos relativos à saúde materno-infantil. Óbitos fetais e de menores de um ano têm, não poucas vezes, em sua gênese, fatores maternos pessoais, como idade, ou ligados à gravidez ou ao parto (número de gestações, tipo de parto, por exemplo), razão pela qual essas informações são extremamente importantes.

A inclusão da variável 36, que se refere ao número da Declaração de Nascido Vivo, destina-se a permitir o relacionamento entre os Bancos de Dados de Mortalidade (SIM/MS) e de Nascidos Vivos (SINASC/MS).

Bloco V – Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 - Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 - No aborto <input type="checkbox"/> 5 - De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 2 - No parto <input type="checkbox"/> 4 - Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> 8 - Não ocorreu nestes períodos	ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39 Necropsia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES <small>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada mencionando-se em último lugar a causa básica.</small>		
ANOTE SOMENTE UMA DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CID	Tempo após o óbito entre o HED da doença e a morte:
a		
b		
c		
d		
PART II		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		

Trata-se de Bloco composto por 4 campos, onde são registradas algumas informações importantes como “presença de gravidez” em óbitos de mulheres em idade fértil, o fato de ter recebido assistência médica durante a doença que levou à morte e ter sido ou não realizada necropsia. O campo 37 refere-se a, no caso de óbito de mulher em idade fértil (no Brasil, considerada de 10 a 49 anos), saber se ela estava grávida no momento da morte ou tinha estado grávida até 1 ano antes do óbito. Trata-se de uma informação importante e que representa subsídio para melhor conhecimento das mortes maternas (resultantes da gravidez, parto ou puerpério), já que essas causas são bastante mal declaradas pelos médicos nas DO. No caso específico de mortes por causas externas, em que a realização de necropsias é obrigatória, a presença de gravidez pode ser comprovada sempre que ocorrer abertura de útero. Esse fato, aliás, já era recomendado por Fávero, 1962.⁵

Quanto às causas da morte, os dados solicitados devem ser preenchidos conforme referido na Parte 1 desta publicação, relembrando que **todas** as causas presentes no momento da morte – tenham ou não contribuído para ela – devem ser anotadas, com vistas a possíveis estudos de causas múltiplas. É importante verificar que, abaixo das linhas **a**, **b** e **c** encontram-se as palavras **“devido a ou como consequência de”**, o que dá, efetivamente, a noção de cadeia de causas.

PARTE I

1a: doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte (causa terminal)

1b, c, d: causas antecedentes (doenças ou estados mórbidos, se existirem, que contribuíram para a causa citada em 1a, mencionando, em último lugar, a causa básica).

PARTE II

Causas ou condições significativas que contribuíram para a morte, mas não entraram na cadeia acima.

No preenchimento deste campo, é importante lembrar que:

1º – deve ser anotado apenas um diagnóstico por linha

2º – o intervalo de tempo solicitado (entre o aparecimento de cada diagnóstico citado e a morte), contribui para estabelecer a correta sequência de causas que o paciente possa apresentar. Se o tempo relativo ao início da doença for desconhecido, citar o intervalo referente ao momento em que o diagnóstico foi feito.

3º – CID – refere-se ao código internacional de cada doença, na Classificação Internacional de Doenças - 10^a Revisão⁸, referida, salientando-se que essa informação **não é de preenchimento a ser feito pelo médico**, mas do serviço responsável pelas estatísticas.

Bloco VI - Médico

VI	41	Nome do Médico	42	CRM	43	Óbito atestado por Médico	44	Município e UF do SVO ou IML	UF					
					<table><tr><td><input type="checkbox"/> 1 - Atestado</td><td><input type="checkbox"/> 4 - SVO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 2 - Substituto</td><td><input type="checkbox"/> 5 - OAB</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 3 - IML</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 1 - Atestado	<input type="checkbox"/> 4 - SVO	<input type="checkbox"/> 2 - Substituto	<input type="checkbox"/> 5 - OAB	<input type="checkbox"/> 3 - IML				
<input type="checkbox"/> 1 - Atestado	<input type="checkbox"/> 4 - SVO													
<input type="checkbox"/> 2 - Substituto	<input type="checkbox"/> 5 - OAB													
<input type="checkbox"/> 3 - IML														
	45	Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46	Data do atestado	47	Assinatura								

Este Bloco objetiva identificar o médico que forneceu a DO, com dados que permitam sua localização em caso de necessidade, por exemplo, para esclarecimentos quanto à real causa básica da morte, sempre que o que foi informado não possibilitar esse conhecimento. O campo 43 diz respeito a saber em que condição o médico assinou o atestado: se era o médico que tratava do paciente, se substituto, se a DO foi fornecida pelo Instituto Médico Legal – IML –

ou por Serviço de Verificação de Óbito – SVO – ou se se era, por exemplo, médico da Secretaria de Saúde ou único médico da localidade, situação em que deverá ser anotada a opção “outro”. Aqui, é importante salientar que a assinatura do profissional médico em um Bloco específico (e não junto às causas de morte) é a prova de que o médico é o responsável por todas as informações (ou sua falta) existentes na DO e não somente pelos diagnósticos que levaram ao óbito.

Bloco VII – Causas Externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
48 Tipo	49 Acidente do trabalho	50 Fonte da informação			
<input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Família <input type="checkbox"/> 4 - Outra			
51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência	Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência				
	<input type="checkbox"/> 1 - Via pública <input type="checkbox"/> 2 - Endereço de residência <input type="checkbox"/> 3 - Outro dos bens	<input type="checkbox"/> 4 - Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
ENDERECO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA					
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Bairro	Município	UF	

Este bloco é destinado ao esclarecimento de casos de óbitos decorrentes de acidentes e/ou violências e será detalhado no item 3 desta publicação.

Bloco VIII – Cartório

53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data
56 Município			57 UF

Refere-se às informações relativas ao registro de óbito em Cartório, a serem preenchidas, portanto, por ocasião do registro civil da morte.

Bloco IX – Localidade sem Médico

58 Declarante	59 Testemunhas
	A
	B

No caso especial de óbitos ocorridos em localidades sem médico, a lei prevê que duas testemunhas, que tenham presenciado ou verificado a morte, possam promover seu registro em cartório, assinando o documento DO existente nesta instituição.

A certificação do óbito por testemunhas (*leigos*) deve ser feita somente na presença de sinais inequívocos de morte no cadáver, como a putrefação cadavérica.

O papel do médico no seu preenchimento

O médico tem a responsabilidade jurídica e ética do preenchimento da DO, bem como por todas as informações nela registradas, e não somente pela descrição das causas, respondendo pelas informações aí existentes.

É de se referir, entretanto, que há normas específicas no que se refere a quem deve preencher a DO e como isso deve ser feito em cada caso.

Esta publicação visa detalhar normas e procedimentos para a elaboração do documento em casos de mortes por causas externas. Para mortes por causas naturais, ver Laurenti e Mello Jorge, 2015⁶; CFM/MS/CBCD, 2009¹³ e CFM, Resolução 1779 de 11.11.2005³.

Laurenti e Mello Jorge, de longa data, referem que, muitas vezes, os médicos não preenchem adequadamente a DO em razão de não terem sido devidamente capacitados para tanto¹¹. Levantamentos feitos por outros autores comprovam o fato^{14,15,16,17}. É necessário que, nos Cursos de Medicina, o problema do preenchimento da DO seja enfatizado, bem como que os Conselhos procedam a reciclagens periódicas dos médicos. O Ministério da Saúde, por sua vez, a cada alteração no documento, deve divulgar o fato e capacitar os profissionais relativamente às alterações.

Também neste sentido, recentemente, o Ministério da Saúde desenvolveu um aplicativo chamado “**AtestaDO**” com o objetivo de ser um instrumento de educação permanente, destinado a todos os médicos que emitem a DO. Neste aplicativo, que dispõe de informações sobre o preenchimento, responsabilidades e condições em que a DO deve ser emitida, os médicos podem estudar, realizar treinamento sobre o preenchimento da DO e, inclusive, fazer avaliações de seu desempenho por meio de testes no item “*Atestado Interativo*”. O aplicativo é gratuito para tablets e smartphones e está disponível na *Google Play* e *App Store* (<http://svs.aids.gov.br/danps/centrais-de-conteudos/aplicativos/atestado/>).

O objetivo desta apresentação é detalhar tarefas e responsabilidades do médico legista quanto ao preenchimento da DO, de forma a cumprir a legislação brasileira no que tange às mortes por acidentes e violências.

Causas externas de Mortalidade

Alguns conceitos importantes. Causa básica da morte. A Classificação Internacional de Doenças. Os serviços de Medicina Legal e a figura do legista

Entende-se por morte não natural aquela que sobrevém em decorrência de qualquer tipo de acidente ou violência, grupo que a OMS denomina, globalmente, de “causas externas”⁸. Os acidentes e as violências configuram-se em um conjunto de agravos à saúde que, quando levam à morte, são causas que obrigam a que seus atestados de óbito sejam fornecidos por médicos legistas.

O Código de Processo Penal Brasileiro¹⁸ refere em seu Capítulo II – Do exame do corpo de delito e das perícias em geral – posturas a serem seguidas em casos de necropsias e elaboração de laudos já que, em casos de morte por causas externas^{2**}, a determinação detalhada sobre a causa da morte se constituirá em um elemento de prova no campo jurídico.

Portanto, os exames necroscópicos de cadáveres vítimas de causas externas configuram-se em perícias médicas de natureza criminal e devem ser realizados, preferencialmente, em serviços médico-legais por peritos oficiais.

Segundo França, “... *O médico legista é o médico habilitado profissional e administrativamente a exercer a medicina legal, por meio de procedimentos médicos e técnicos, tendo como atividade principal colaborar com a administração judiciária nos inquéritos e processos criminais. Sua lotação é sempre nos Institutos ou Departamentos ou Núcleos Regionais de Medicina Legal.*”¹⁹. Além disso, de acordo com a Lei 12.030 de 2009²⁰, que dispõe sobre as perícias oficiais, ele deve ter seu ingresso na função por meio de concurso público.

Os serviços de medicina legal são órgãos oficiais ligados à Segurança Pública, e estão presentes em todos os Estados brasileiros. Apesar disto, sabe-se que sua distribuição pelo País não é homogênea, havendo muitas regiões que não dispõem destes serviços. Nesses locais, segundo disposição legal, qualquer médico pode ser designado por uma autoridade policial ou judicial como perito médico legista *ad hoc*, e proceder ao exame do cadáver e fornecer a DO.

Ao fornecerem esses documentos, médicos legistas, devem ter em mente a dupla óptica pela qual esse problema pode ser visto: a vítima chega ao óbito em consequência de uma ou

^{2**} A este conjunto, agregam-se as chamadas “mortes suspeitas”.

mais lesões decorrentes de atos (intencionais ou acidentais), que se constituem nas circunstâncias por meio das quais o evento morte se concretizou.

A Classificação Internacional de Doenças⁸, em dois de seus Capítulos prevê essa situação: a) no Capítulo XIX estão referidas a natureza e a localização dessas lesões (traumatismos, envenenamentos e algumas outras consequências das causas externas); b) o Capítulo XX “Causas externas de Mortalidade e Morbidade”, traz descritas as possíveis formas por meio das quais essas lesões foram causadas (acidentes de trânsito, quedas, suicídio, agressão, etc).

Isso posto, fica fácil entender que o legista deve, na DO que preenche, fazer menção a ambas as situações: a lesão que causou diretamente a morte e a causa externa que a produziu.

Com relação à lesão, é importante lembrar que ela deve, sempre, ser descrita na **Parte I**, letra **a**; deixando, a última menção, para o tipo de causa externa que produziu a lesão fatal, sendo importante referir que a informação sobre a lesão será, sempre, resultante de seu laudo. Quanto à circunstância geradora da lesão (tipo de acidente ou violência), também chamada causa jurídica da morte – o registro deverá estar calcado no Boletim de Ocorrência Policial (que deveria, sempre, acompanhar a solicitação de necropsia), ou na informação da família obtida no momento da identificação ou retirada do corpo, no IML.

É certo que, não poucas vezes, o legista reluta em anotar a chamada causa jurídica da morte, pensando ser de sua competência registrar somente as lesões encontradas na necropsia. Outras vezes, a dificuldade ocorre por não ter acesso às informações do Boletim de Ocorrência Policial. Hercules refere que a menção da causa jurídica não deve ser cobrada do legista visto que ele, habitualmente, não dispõe dessa informação²¹.

É preciso referir, entretanto, que, do ponto de vista da saúde – que utiliza essa informação para fins epidemiológicos e para o estabelecimento de políticas públicas, inclusive para a prevenção de novas mortes – apenas o registro da lesão (um traumatismo crânio encefálico - TCE, por exemplo), não mostra o enfoque a ser dado nessa prevenção; é preciso saber se esse TCE ocorreu como consequência de um acidente (e que tipo de acidente), de um homicídio ou de um suicídio. Estes sim, objetos de programas de prevenção.

Como proceder, então?

Nesse aspecto, é importante que as informações relativas a cada Boletim de Ocorrência Policial cheguem às mãos do legista, a fim de que ele não necessite registrar a sua opinião quanto à circunstância do evento em cada caso, mas tenha elementos – ainda que presuntivos – para detalhá-la.

Como salientam Laurenti e Mello Jorge, 2015⁶, o atual modelo da DO já traz a especificação relativa ao tipo de causa externa, bem como qual a fonte de informação utilizada para o preenchimento desse quesito (Campo 50 – Bloco VII). Neste campo, portanto, fica explícito que a origem da informação relacionada ao tipo de causa externa não foi o exame médico-legal, bem como o fato do preenchimento desta informação ser de caráter estritamente epidemiológico, o que protege o médico legista com relação à responsabilidade pela veracidade sobre os dados aí preenchidos.

A Política Nacional para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências²¹, ao tratar das articulações institucionais com vistas à melhoria da qualidade da informação relativa a causas externas, refere, como importante, a sensibilização e a capacitação dos médicos que atuam nos Serviços de Medicina Legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, seus laudos e demais dados, bem como a alimentação dos sistemas de informação.

Esta referência remete à já discutida relação entre as áreas da Saúde e da Segurança Pública, visto o fato de interessar, a ambas, a obtenção de melhores dados e melhores informações. Importante trabalho está sendo vivenciado, no Estado do Rio de Janeiro, onde, em março de 2015, foi instituído, no Instituto de Segurança Pública da Secretaria Estadual de Segurança Pública, o Núcleo de Qualificação de Estatísticas e Mortes por Causas Externas (Portaria PCERJ Nº 699 de 15.01.2015). Essa iniciativa representou o desdobramento de um Convênio assinado em 2010 entre as secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública, que objetivava a melhoria da qualidade da informação pela área da Saúde; essa ligação tem possibilitado a recuperação de casos com informação deficiente, permitindo uma melhor qualificação da mesma e, por via de consequência, um panorama mais real da mortalidade por acidentes e violências, entre nós.

No município de São Paulo, o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade – PROAIM – habitualmente também realiza, através de convênio com o Instituto Médico Legal, essa tarefa, sendo possível constatar, desde sua implantação, apreciável ganho quanto à qualidade da informação.

É necessário que esses instrumentos estejam à disposição dos legistas, ao realizar a necropsia e elaborar a DO e o laudo necroscópico, visto que as informações aí colhidas podem ser capazes de orientá-los quanto às conclusões, em cada caso. Sobre esse assunto, aliás, desde meados do século passado, Fávero já recomendava que fossem passadas, ao legista, informações sobre a ocorrência de cada evento, se suicídio, homicídio ou acidente⁵.

Finalmente, outro ponto importante a destacar é que, algumas vezes, o médico legista pode não chegar a uma conclusão sobre a causa da morte imediatamente após o exame necroscópico, necessitando solicitar exames complementares (análises toxicológicas ou exames histopatológicos, por exemplo), que podem estar à sua disposição caso o serviço médico legal de sua localidade disponha de laboratórios forenses. Tendo em vista que, habitualmente, a DO é preenchida e fornecida aos familiares logo após a necropsia com vistas ao sepultamento, pode ser indicado que a causa da morte ainda não foi determinada, estando na dependência de exames complementares. Nestas situações, é fundamental que, após receber os resultados dos exames solicitados e concluir a análise do caso com a causa da morte esclarecida, o médico legista (ou qualquer servidor do serviço médico legal) informe a Secretaria de Saúde acerca da causa da morte mais detalhada, a fim de retificar a DO inicialmente elaborada. Essa conduta visa que o SIM/MS possa ser adequadamente alimentado.

Alguns exemplos ilustrativos

Caso 1

Consta no Boletim de Ocorrência tratar-se de suicídio consumado. Indivíduo do sexo masculino encontrado pendurado por uma corda, em uma árvore em frente a um terreno. Ao exame necroscópico, presença de cianose labial, congestão de conjuntivas, protrusão da língua, além de sulco na região cervical obliqua ao eixo do pescoço, interrompido na região posterior e mais profundo na região anterior; internamente, presença de manchas de tardieu nos pulmões, pulmões hiperinsuflados e congestionados.

Bloco V – Condições e Causas do Óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 - Na gravidez <input type="checkbox"/> 2 - No aborto <input type="checkbox"/> 3 - No parto <input type="checkbox"/> 4 - Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> 5 - De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 6 - De 1 a 5 anos após o parto <input type="checkbox"/> 7 - Mais de 5 anos após o parto <input type="checkbox"/> 8 - Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	39 Necrópsia? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado
40 CAUSAS DA Morte PARTE I <i>Ocorreu um estado mórbido que causou diretamente a morte</i> CAUSAS ANTECEDENTES <i>Estados mórbidos, se existirem, que predizem a causa de morte registrada mencionando-se, em último lugar a causa básica.</i>		AÍLO TE SÓMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a <i>Asfixia Mecânica</i> <small>Detalhe como consequência de:</small> b <i>Constricção Cervical</i> <small>Detalhe como consequência de:</small> c <i>Enforcamento</i> <small>Detalhe como consequência de:</small> d _____	
PARTE II <i>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na classificação.</i>		CID Temporaproximado entre o fato da morte e a óbito:	

Bloco VII – Causas Externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)								
48 Tipo	9 - Ignorado	49 Acidente do trabalho	9 - Ignorado	50 Fonte da informação	9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência	<input type="checkbox"/> 3 - Família			
<input checked="" type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 - Hospital	<input type="checkbox"/> 4 - Outra	<input type="checkbox"/>		
VII 51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência <i>Suicídio por enforcamento - BO / DP</i>								
ENDERECO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA								
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Bairro	Município	UF				

Caso 2

Consta no Boletim de Ocorrência tratar-se de homicídio. Mulher, 25 anos, foi abordada por indivíduo desconhecido que tentou roubar seu telefone celular e foi baleada. Ao exame necroscópico, presença de duas lesões pérfurado-contusas com características de orifício de entrada de projétil disparado por arma de fogo localizadas na região fronto-parietal direita e na região parietal direita e duas lesões pérfurado-contusas com características de orifício de saída de projétil de arma de fogo localizadas na região occipital; internamente, presença de fraturas cominutivas na calota craniana e na base do crânio, lesões laceradas no encéfalo com hemorragia adjacente.

Bloco V – Condições e Causas do Óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
37 A morte ocorreu	9 - Ignorado		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	9 - Ignorado		39 Necropsia?	9 - Ignorado
<input type="checkbox"/> 1 - Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 - No aborto	<input type="checkbox"/> 5 - De 40 dias a 1 ano após o parto	<input checked="" type="checkbox"/> 9 - Não ocorreu nestes períodos	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
40 CAUSAS DA Morte			ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o óbito da doença + 3 meses:		
PARTE I			a) <i>Traumatismo crânio-encefálico</i>		CID		
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte			b) <i>Agente pérfurado-contundente</i>		CID		
CAUSAS ANTECEDENTES			c) <i>Projétil disparado por arma de fogo</i>		CID		
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada mencionando-as em último lugar a causa básica.			d)				
PARTE II							
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.							

Bloco VII – Causas Externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
48 Tipo	49 Acidente do trabalho	50 Fonte da informação			
<input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros	<input type="checkbox"/> 1 - Ignorado <input type="checkbox"/> 2 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 1 - Ignorado <input type="checkbox"/> 2 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 4 - Outra			
			9 - Ignorado		
51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência <i>Homicídio por arma de fogo - BO / DP</i>					
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA					
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Bairro	Município	UF	

Caso 3

Consta no Boletim de Ocorrência tratar-se de acidente de trânsito – choque automóvel X motocicleta. Ao exame, tratava-se de adulto jovem, sexo masculino, motociclista, apresentando, externamente, diversas escoriações na face, região torácica anterior e membros superiores direito e esquerdo, fratura exposta de membro inferior direito e laceração extensa na região temporal esquerda do crânio; internamente: crânio com fratura na região temporal esquerda e hemorragia subaracnóidea difusa, tórax com fraturas de múltiplos arcos costais, lacerações nos pulmões e hemotórax, abdome com rotura de baço e hemoperitônio.

Bloco V – Condições e Causas do Óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39 Necropsia?
<input type="checkbox"/> 1 - Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 - No aborto <input type="checkbox"/> 2 - No parto <input type="checkbox"/> 4 - Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> 5 - De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 6 - Mais de 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 7 - Não ocorreu nestes períodos	9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
40 CAUSAS DA Morte		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
CAUSAS PRINCIPAIS <i>Destaque o estado mórbido que causou diretamente a morte</i> CAUSAS ANTECEDENTES <i>Estados mórbidos, p.ex., estrem, que produziram a causa letal registrada mencionando-se, em último lugar, a causa básica.</i>		a <i>Politraumatismo</i> <small>Destaque como consequência de:</small> b <i>Agente contundente</i> <small>Destaque como consequência de:</small> c <small>Destaque como consequência de:</small> d <small>Destaque como consequência de:</small>	
PARTES II		Tempo apurado entre o óbito da vítima e a morte CID	
<i>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa letal.</i>			

Bloco VII – Causas Externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
48 Tipo	9 - Ignorado	49 Acidente do trabalho	9 - Ignorado	50 Fonte da informação
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não		<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 3 - Família <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 4 - Outra 9 - Ignorado
VII 51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência				
Ac. Trânsito - colisão moto x auto - BO / DP				
ENDERECO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA				
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Bairro	Município	UF

Caso 4

Consta no Boletim de Ocorrência tratar-se de morte suspeita. Indivíduo jovem, encontrado morto em sua residência, sem sinais aparentes de violência, porém familiares relataram desconhecer que o mesmo apresentava quaisquer patologias. Ao exame necroscópico, ausência de lesões externas traumáticas; internamente, ausência de lesões traumáticas de interesse médico-legal, ausência de sinais indicativos de alterações patológicas nos órgãos. Médico Legista coletou fragmentos de pulmão, coração, fígado e rim para exame complementar histopatológico e coletou sangue e urina para análise toxicológica.

Bloco V – Condições e Causas do Óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu	9 - Ignorado	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39 Necropsia?
<input type="checkbox"/> 1 - Gravidez <input type="checkbox"/> 3 - Não aborto <input type="checkbox"/> 2 - No parto <input type="checkbox"/> 4 - Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> 6 - De 40 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 8 - Não ocorreu nestes períodos		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
40 CAUSAS DA Morte		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a <i>Causa ainda não determinada</i>	Tempo apreciado entre o início da doença e a morte: CID
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa letal registrada mencionando-se em último lugar a causa básica.		b <i>Aguardando exames complementares</i>	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa básica.		c	
		d	

Bloco VII – Causas Externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)								
48 Tipo	9 - Ignorado	49 Acidente do trabalho	9 - Ignorado	50 Fonte da informação	9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> 1 - Acidente	<input type="checkbox"/> 3 - Homicídio	<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 3 - Família	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência	<input type="checkbox"/> 4 - Outra			
<input type="checkbox"/> 2 - Suicídio	<input checked="" type="checkbox"/> 4 - Outros	<input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 2 - Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
VII 51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência								
Morte suspeita – BO nº ... / ... DP								
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA								
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Bairro	Município	UF				

Nota:

Como visto acima, neste caso, é fundamental que, após receber os resultados dos exames solicitados e concluir a análise do caso com a causa da morte esclarecida, o médico legista (ou qualquer servidor do serviço médico legal) informe a Secretaria de Saúde acerca da causa da morte mais detalhada, a fim de retificar essa DO inicialmente elaborada.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Registros Públicos. Lei 6015 de 31 de dezembro de 1973 (alterada pela Lei 6216 de 30 de junho de 1975). São Paulo: Atlas; 1976.
2. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº 2.217 de 01 de novembro de 2018. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília: 2018; 179.
3. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1779, de 11 de novembro de 2005, regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: 2005; 121.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Poder executivo, Seção 1.Brasília: 2009; 37-3.
5. Favero F. Medicina Legal. São Paulo: Martins; 1962.
6. Laurenti R, Mello Jorge MHP. O atestado de óbito. Aspectos médicos, estatísticos, éticos e jurídicos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015.
7. Andrade EO. Apresentação ao Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. Brasília; 2007.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10^a Rev. São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças, em Português.São Paulo: EDUSP; 1996.
9. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. O Sistema de Informações sobre Mortalidade: passado, presente e futuro. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. São Paulo; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília; 2011.
11. Laurenti R, Mello Jorge MHP. Informação em Saúde. O papel do médico. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2017.
12. Ferreira da Silva JE. Certificação do óbito - avaliação dos procedimentos legais. Coimbra, s/d. [Tese]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
13. Brasil. Ministério da Saúde/Conselho Federal de Medicina/Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante: Ministério da Saúde, 2007 (Série A: Normas e Manuais Técnicos).
14. Vanderlei LC, et. al. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno-infantil. Informe Epidemiológico do SUS. 2002; 11;(1); 7-14.
15. Struque CO, Cordeiro JA, Cury PM. Avaliação dos erros ou falhas de preenchimento dos atestados de óbito feitos pelos clínicos e pelos patologistas. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, Rio de Janeiro; 2003; 39(4); 361-4.
16. Silva JAC, et al. Declaração de óbito, compromisso no preenchimento. Avaliação em Belém/Pará, em 2010. Revista da Associação Médica Brasileira. 2013; 59(4); 335-40.
17. Lucena L, et. al. Declaração de Óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. Revista Bioética, Brasília, DF. 2014; 22; (2); 318-24.
18. Brasil. Código de Processo Penal Brasileiro: Decreto 3689 de 3 de outubro de 1941 (legislação atualizada). São Paulo: Saraiva; 2014.
19. França GV. Fundamentos de Medicina Legal. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
20. Brasil. Lei 12.030 de 17 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as perícias oficiais e dá outras providências.
21. Hercules HC. Medicina Legal - Texto e Atlas. São Paulo: Atheneu; 2008.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília; 2002.

CAPÍTULO 12

DIREITOS DA(O)S PACIENTES

Daniele Pompei Sacardo
Rhama Freitas

2021

Sumário

Direitos da(o)s pacientes

Crise de valores e a banalização da violência na contemporaneidade

Violência institucional na saúde e humanização

Autonomia e consentimento livre e esclarecido

Liberdade

Competência

Esclarecimento

Considerações finais

GUIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Referências Bibliográficas

Direitos da(o)s pacientes

No Brasil, desde a Constituição de 1988, formalmente, todo cidadão tem direito à saúde. Trata-se de um dever do Estado, ente responsável por implementar políticas públicas que viabilizem esse direito por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. No âmbito normativo, é possível afirmar que a legislação brasileira acatou o princípio ético da justiça distributiva, alocando recursos para viabilizar a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e regular a atuação do setor privado, considerado como complementar ao setor público. Com a promulgação da Lei n. 9.656 de 03 de junho de 1998, estabeleceram-se as bases da Saúde Suplementar com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Assim, o sistema prevê uma estrutura híbrida de oferta de serviços de saúde, baseada no funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita a todos os cidadãos brasileiros, e outra rede de serviços privados, que vem atuando sob a forma de planos e seguros de saúde, constituídos por equipamentos próprios, como hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios particulares.

Mas, será que nós brasileiros realmente temos direito à saúde? Vivemos num país que ocupa a 9^a posição na economia mundial, entretanto, cerca de 50 milhões de pessoas, ou o equivalente a 25,4% da população, vivem na linha da pobreza e têm renda familiar equivalente a US\$5,5 por dia, valor adotado pelo Banco Mundial¹ para definir se uma pessoa é pobre². Em se tratando de despesas em saúde per capita, em dólares, o Brasil tem um gasto total de 8,4% do Produto Interno Bruto em saúde, sendo que apenas 3,9% equivalem ao gasto público. Isso equivale a cerca de US\$ 1.085 per capita anuais, incluindo os gastos feitos pelos setores público e privado³. Diante do cenário de escassez de investimentos públicos no setor, somado às transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, a resposta à indagação acerca do cumprimento do princípio constitucional do direito à saúde parece, infelizmente, ser negativa...

Tal descumprimento é facilmente identificável em ambas as esferas, considerando as ações e omissões do Estado em cumprir sua função de respeitar, proteger e realizar os direitos conquistados por meio de normativas e legislações específicas. No setor público, fatores como a má distribuição de serviços de saúde, a escassez de leitos e dificuldade de acesso aos serviços diagnósticos, as extensas filas nos serviços de emergência, a desmotivação de boa parte dos profissionais que atuam no setor, a falta de equipamentos e insumos para manutenção da qualidade dos serviços assistenciais aliada à formação profissional deficitária, aos parcos estímulos para educação permanente e ausência de um plano de carreira produzem no nosso

imaginário a ideia de que os serviços públicos não reúnem condições materiais e simbólicas para funcionar como um “sistema” para todos os cidadãos, ficando relegado à parcela populacional que não possui outros meios de acesso aos serviços de saúde. No setor privado, igualmente, as dificuldades não são menores. Não é incomum o sistema de saúde suplementar frequentemente mostrar que não consegue atender às necessidades dos pacientes, principalmente em situações de maior gravidade clínica que demandam a utilização de tecnologia complexa e custosa, seja em virtude das carências, das exclusões e/ou das restrições a diversas patologias e agravos à saúde. Não é sem razão que os planos de saúde se tornaram durante os últimos anos os campeões de reclamações nos órgãos de defesa dos consumidores.⁴

O debate em torno da concreta efetivação dos “direitos dos pacientes” – tema central desse capítulo – ganha relevância na atualidade na medida em que ele está associado ao “valor social” da saúde para a sociedade brasileira como um todo. De acordo com o Relatório Mundial produzido pela OMS acerca dos sistemas de saúde⁵, o “valor social”, na forma de melhoria da saúde da população, é um dos objetivos fundamentais de um sistema de saúde e está inexoravelmente imbricado aos seus objetivos – produção de saúde, mitigação de danos e sofrimentos decorrentes do processo de adoecimento, melhoria da qualidade de vida e bem-estar, redução das desigualdades sociais, inclusão social, promoção da equidade, desenvolvimento humano, entre outros. Esse valor é criado quando há consensos sociais acerca da priorização do setor sanitário para destinação de investimentos públicos, buscando alcançar eficiência financeira com resultados nas condições de saúde de uma população, mas também quando os recursos, os processos, os produtos e os serviços de saúde são utilizados para gerar melhorias na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo, adicionalmente ao valor econômico.

Os filósofos espanhóis Cortina e Martínez⁶ defendem que, em torno dos valores sociais “girarão outros elementos da ética: o bem e o dever”. Para os autores, a identificação de um *valor* não realizado é acompanhada pelo *dever* de realizá-lo. É nessa perspectiva que a temática “direitos dos pacientes” é abordada no presente capítulo: reafirmamos o *valor* da saúde como um direito humano fundamental, cuja finalidade é garantir a dignidade dos pacientes que buscam os serviços de saúde públicos ou privados, ao mesmo tempo em que cabe identificar eventuais violações e responsabilizar aqueles que têm o *dever* de fazer cumprilos no cotidiano das instituições de saúde.

Crise de valores e a banalização da violência na contemporaneidade

Os dados acerca de investimentos públicos na saúde demonstram que, no plano dos valores, incluindo a questão do subfinanciamento crônico do setor sanitário, o conjunto da sociedade brasileira parece aproximar a concepção de *saúde* mais a uma mercadoria similar a tantas outras disponíveis nas relações de consumo, e não a um bem público, um direito do cidadão. Tal fenômeno caracterizado pela transformação da “saúde em mercadoria” se revela muito mais amplo e complexo, extrapolando os limites das fronteiras nacionais, visto que é resultante do capitalismo transnacional e da globalização econômica.

Na esteira dessa lógica, no período mais recente, constatou-se novos movimentos na dinâmica do mercado da saúde, que sempre foi dependente dos incentivos públicos e profundamente articulada ao SUS. O ciclo de crescimento econômico apoiado na ampliação do consumo do final dos anos 2000 e início da década de 2010 impulsionou uma transformação no padrão de acumulação, gestão e realização de riqueza, constituindo o processo que ficou conhecido como “financeirização das empresas” que atuam no setor sanitário⁷. Em diversos subsetores (planos e seguros de saúde, medicina diagnóstica, farmácias e drogarias, hospitais privados, indústria farmacêutica, distribuidoras de medicamentos; e outros) foram formados grandes grupos econômicos associados à abertura de capital de diversas empresas; venda de participação acionária para empresas e investidores nacionais e internacionais; maior concentração de mercado por movimentos de fusões e aquisições; corrida ao financiamento público e privado mediante empréstimos, créditos e operações financeiras; entrada de empresas de outros setores na saúde e diversificação dos negócios das empresas originais da saúde; além de relevância crescente das funções financeiras para alavancar ampliação de escala, vantagens competitivas e resultados econômicos.^{8, 9, 10}

Paulatinamente, os conflitos entre os setores público e privado no Brasil cederam lugar à “cultura da colaboração”, sendo hoje vigente o discurso de reforço mútuo, expresso tanto por agentes do mercado quanto do Estado⁷. Assim, a existência do SUS por si só deixou de ser uma ameaça e, ao contrário, transformou-se, para os setores mais integrados à financeirização, em oportunidade, na medida em que o SUS garante a estabilidade sanitária, sustenta o setor privado e não impõe limites à expansão dos negócios. Nesse contexto, não é surpreendente que em 2017 foi publicada pesquisa do Banco Mundial¹¹ evidenciando que o Brasil poderia aumentar os resultados de saúde em 10% com o mesmo nível de gastos; ou poderia economizar 34% de seus gastos para produzir os mesmos resultados. De acordo com a publicação, as ineficiências

advêm, principalmente, da escala inadequada, escassez de mão-de-obra, falta de incentivos para os prestadores e pacientes.

O tempo presente, conhecido como pós-modernidade¹², é caracterizado, entre outros aspectos, pela perda dos ideais coletivos utópicos, políticos, éticos e estéticos da modernidade que creditavam ao projeto iluminista a construção de um mundo melhor. O autor também chama a atenção para a busca de “soluções biográficas para contradições sistêmicas, de salvação individual de problemas [socialmente] compartilhados” (p. 129). Se aquele projeto coletivo ruiu, ganhou força a responsabilização do indivíduo pela conquista, por seus próprios meios, do que é considerado “vida boa”¹³. A insegurança é parte do cotidiano global e tem origens no mundo desregulamentado, flexível, diversificado, competitivo e repleto de incertezas, onde todos são deixados por conta própria.

Nesse contexto, os valores que têm modulado nosso viver em sociedade parecem atender aos interesses voltados para o consumo, estimulando cada vez mais a competição, a acumulação e o excesso, o prazer fácil e imediato, ao passo que as relações interpessoais passam a ser superficiais, valendo mais a quantidade e seu valor instrumental do que a qualidade dos encontros. Como consequência, percebemos uma deformação do “eu” e uma supervalorização da aparência, do culto ao corpo, do exibicionismo, da captura pela imagem e do comportamento histrônico, teatral e exagerado, ou seja, modos de viver que se realizam como “espetáculo”. A esse movimento individualista do tempo presente, Lasch¹⁴ nomeou de “Cultura Narcísica” e Debors¹⁵ de “Sociedade do Espetáculo”. Tais referências implicam que, no plano dos relacionamentos sociais, perdemos os parâmetros claros de outrora, os suportes sociais e éticos para julgar entre o “certo” e o errado”, além de pendermos para um modo narcísico de ser, criando, assim, as condições para a intolerância à diferença. O “outro” – que pode ser um paciente ou seu familiar, o colega membro da equipe de trabalho, ou qualquer pessoa – passa a ser considerado não como um parceiro ou aliado, mas como uma ameaça. Tal disposição, associada à frivolidade e rapidez das trocas intersubjetivas, ao baixo estímulo à reflexão sobre os aspectos existenciais e morais do viver humano, faz com que a cultura de violação de direitos e a banalização da violência se tornem parte do nosso cotidiano.

Se há certa naturalização de relações violentas nos diferentes espaços sociais, não é de se estranhar que as instituições de saúde, em especial as hospitalares, mas não apenas, tenham se tornado locais onde se perpetuam atitudes desrespeitosas e infrações aos direitos dos cidadãos. Em virtude da necessidade de assistência à sua saúde, inúmeros pacientes têm sido submetidos cotidianamente a situações de humilhação e maus-tratos por profissionais que não cumprem com seu papel social de cuidar e proteger. Ao contrário, submetem os pacientes a

condutas paternalistas e autoritárias, anulando sua condição de sujeitos, subtraindo seus direitos, especialmente ao exercício de sua autonomia para tomar decisões acerca da própria saúde e vida.

O respeito à dignidade da pessoa é um dos valores básicos da sociedade contemporânea, fundamentando-se na máxima de que cada pessoa deve ser vista como um “fim em si mesma” e não somente como um meio, princípio frequentemente infringido nas instituições de atenção à saúde.

A partir da urgente necessidade de “humanizar” as práticas sanitárias, a sociedade vem clamando cada vez mais por uma revisão de valores e atitudes, abrindo espaço para a recuperação da importância da Ética em diversas áreas, particularmente na saúde. O movimento por humanização na saúde propõe a construção coletiva de valores que resgatem a preservação da dignidade de todos os seres humanos e o exercício da ética, aqui pensado como “um princípio organizador da ação”¹⁶. Nessa perspectiva, o *agir ético* se refere à reflexão crítica que cada um de nós, profissionais da saúde ou pacientes, temos o dever de realizar, confrontando os princípios e valores vigentes na moral da sociedade com os nossos próprios valores individuais. Trata-se de ponderar nosso modo de sentir, pensar e agir no sentido do Bem. O julgamento ético de cada ato, seja profissional ou pessoal, e a análise das consequências das escolhas feitas constituem tarefas constantes do nosso psiquismo, que põem em jogo os valores morais que a cultura nos dá por referência e os desejos ocultados no íntimo de cada um.

Em relação à dimensão institucional, são os valores fundamentais para balizar a atitude profissional de todos com diretrizes éticas que expressem o que, coletivamente, se considera “bom” e “justo”. A Ética, assim pensada, torna-se um importante instrumento contra a violência institucional e a favor da humanização das práticas em saúde.

Violência institucional na saúde e humanização

Historicamente, o movimento em torno da humanização surgiu como resposta espontânea a um estado de insatisfação, tensão e sofrimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes, diante de fatos e fenômenos que configuram o que chamamos de “violência institucional na saúde”. Tal modalidade de violência se refere à utilização de castigos, abusos e arbitrariedades praticados nas prisões, escolas e instituições psiquiátricas, com a conivência do Estado e da sociedade. No âmbito das instituições de saúde, é definida como “qualquer ação ou omissão praticada no processo de atendimento aos usuários, incluindo ausência de qualidade, inacessibilidade, relações de poder desiguais, danos físicos intencionais,

falta de atenção e maus-tratos, desqualificação profissional, negligência das necessidades e direitos”¹⁷.

Tratam-se de atitudes violentas perpetradas por profissionais que têm o dever de proteção aos pacientes, na medida em que se encontram numa situação de vulnerabilidade, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e reparadora dos malefícios e danos causados pela situação de adoecimento. Lamentavelmente, casos de violação de direitos e violência institucional ocorridos no âmbito dos serviços de saúde no Brasil são frequentes e amplamente divulgados na mídia, embora esse fenômeno não se circunscreva ao território nacional. No plano internacional, a violência é reconhecida como uma questão social e da saúde, e tem sido tema de pesquisa em diversos países¹⁸. Desenhos metodológicos cujo material empírico é constituído por entrevistas com profissionais e usuários dos mais diversos serviços mostram que a questão da violência na saúde não é uma questão pessoal ou pontual. A constância e a alta distribuição dos episódios de violência fazem com que seja caracterizada como institucional, ou seja, que existem elementos dentro da estruturação da relação entre o serviço e o usuário que encerram aí relações violentas. Em geral, tais estudos demonstram que, para além dos problemas econômicos e de infraestrutura que os diversos serviços de saúde sofrem, encontram-se aspectos socioculturais relacionados às práticas violentas de caráter institucional.

Entre os especialistas do tema, parece consenso que a violência revela estruturas de dominação de diversas ordens, como classes, grupos, indivíduos, etnias, faixas etárias, gêneros, nações. A ação violenta surge como resultado de conflitos entre os que querem manter certos lugares e privilégios e os que se rebelam contra eles, não necessariamente por buscarem a justiça, mas muitas vezes apenas por desejarem o poder.

A violência institucional na saúde decorre de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. De acordo com Aguiar, D’Oliveira e Schraiber¹⁹, a relação desigual construída entre os profissionais e os pacientes pode ser considerada como um reflexo dos diferentes padrões sociais que exercem influência no processo saúde-doença-cuidado. Assim, à medida em que as distinções entre os seres humanos são consolidadas socialmente, e avançam para o interior das instituições, podem pouco a pouco serem convertidas em formas de violações. Sob essa perspectiva, a violência no âmbito das instituições de saúde é definida como qualquer ação ou omissão praticada no processo de atendimento aos usuários, incluindo ausência de qualidade, inacessibilidade, relações de poder desiguais e opressoras, danos físicos intencionais, falta de atenção e maus-tratos, desqualificação profissional, negligência em relação às necessidades e aos direitos¹⁷.

Indubitavelmente, ao longo dos anos, o arranjo organizacional e dos processos de trabalho nas instituições sanitárias, particularmente no hospital, proporcionaram grandes avanços em termos de oferta de tratamentos e redução de morbi-mortalidade. Entretanto, concomitante a essas melhorias, também foram geradas situações que tornaram os equipamentos de saúde lugares que provocam sofrimentos. Dentre os fatores que produzem essa dinâmica institucional, Rios¹⁶ destaca:

- a) a dificuldade de reconhecer e lidar com as diferentes subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais no interior de estruturas caracterizadas pela rigidez hierárquica,
- b) altos níveis de controle de processos e resultados, ausência de direitos ou recursos em relação às decisões advindas dos superiores,
- c) forma de circulação da informação e comunicação de modo descendente,
- d) disciplina autoritária e descaso pelos aspectos humanísticos da prática sanitária, entre outros.

Todos esses fatores contribuem para transformar os ambientes de cuidado - hospitais, centros de saúde, clínicas de especialidades, ambulatórios, laboratórios etc. – em lugares onde as pessoas são tratadas como “coisas”, prevalecendo o desrespeito à sua autonomia e a falta de solidariedade. O quadro a seguir exemplifica situações de violência institucional ocorridas em serviços de atenção à saúde, contrariando direitos fundamentais, ferindo a dignidade e os direitos dos pacientes.

Ademais, há uma crise institucional na medicina que influencia as demais profissões de saúde, trazendo inúmeros prejuízos ao paciente, caracterizada por:

- Em relação ao profissional da saúde:
 - excesso de poder de decisão: lógica que reserva ao médico o direito de decidir sobre os caminhos da estratégia terapêutica;
 - excesso de utilização de protocolos fundamentados em estatísticas: lógica que pretende evitar processos judiciais, trazendo, como consequências, o tratamento dos indivíduos por categorias, por patologia e não individualizados, visando preservar a segurança jurídica da equipe que presta o atendimento;
 - excesso de tecnologia: lógica que prioriza o funcionamento dos sistemas e utilização do conhecimento técnico e da informação (exames

complementares), em detrimento do raciocínio clínico e abordagem das preferências do paciente.

- Em relação ao paciente:
 - baixo poder de decisão, o que leva à insegurança e quebra de confiança por não participar da condução do seu próprio destino;
 - primeira contradição: por um lado, pouco acesso à informação da equipe assistente, pois frequentemente não comprehende o que está sendo proposto devido à falta de tempo dispendido para a comunicação, ou por falta de uma linguagem comprehensível que torne mais horizontal a relação médico-paciente, Por outro lado, há um acesso facilitado à informações pela internet, permitindo conhecer estatísticas e protocolos, entendendo um pouco mais sobre as patologias;
 - segunda contradição: uma expectativa cada vez maior de participar do tratamento; impossibilidade de participar porque os serviços de saúde entendem que os pacientes devem ser passivos a fim de não “atrapalhar” o tratamento;
 - expectativa cada vez maior de ser tratado por outro ser humano e não por um “cavalo batizado”²⁰

A intencionalidade de exemplificar os modos pelos quais a violência se expressa no cotidiano dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, é tomá-los como desafios a serem enfrentados com a máxima urgência, recolocando o princípio ético do *respeito à dignidade humana* como valor essencial das relações sociais, particularmente na saúde. Partimos do pressuposto de que todo ser humano, quando na posição de paciente, deve ser tratado em virtude de suas necessidades de atenção e cuidado, e não como um meio para satisfação de interesses de terceiros, da ciência, dos profissionais de saúde, dos gestores de serviços, operadores de planos e seguros, ou de interesses industriais e comerciais.

Quadro 1: Situações de violência institucional na atenção à saúde.

Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;

Falta de escuta e tempo para o atendimento;

Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência;

Maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental;

Violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soro positivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar);

Desqualificação do saber prático e da experiência de vida, diante do saber científico;

Violência física;

Falta de apreço quanto às necessidades singulares dos pacientes;

Proibição de acompanhantes ou visitas com horários rígidos ou restritos;

Críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança no atendimento ou durante a internação;

Diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

Diretrizes e normativas acerca dos direitos dos pacientes

Historicamente, foi no bojo da luta por *direitos morais dos pacientes* que o movimento por “humanização” das práticas na saúde ganhou relevância. Desde a década de 1970, no bojo da ampliação da conquista dos direitos civis, o direito dos pacientes passou a figurar em diversos textos e declarações internacionais, expandindo-se a noção de que, sendo agentes livres e autônomos para decidirem sobre atos praticados em sua integridade física e psíquica, as pessoas não poderiam ser tratadas como seres passivos em suas relações com os profissionais e estabelecimentos de saúde. Apesar dos textos e declarações não criarem vinculação jurídica para os países signatários, eles tiveram relevância por inspirarem e servirem como diretrizes para a reorganização e funcionamento dos sistemas e serviços de saúde, tanto no intuito de humanizar as práticas, como para a elaboração de legislação local.

A primeira declaração de direitos dos pacientes é atribuída ao Hospital Mont Sinai, em Boston – EUA, no ano de 1972. Um ano após, foi publicado o *Patient's Bill of Rights* (Carta dos Direitos dos Pacientes) pela Associação Americana de Hospitais, cujo mérito

foi consagrado a informação e o consentimento entre os direitos dos usuários de serviços de saúde³. No final da década de 1970, a Europa se manifestou por meio da “Carta do Doente Usuário de Hospital”, promulgada por seu Comitê Hospitalar, afirmando o direito do cidadão hospitalizado à autodeterminação, ressaltando o dever dos profissionais de saúde de observarem o consentimento ou a recusa dos pacientes aos cuidados propostos para diagnóstico ou tratamento, assim como a obrigatoriedade da informação sobre todos os fatos referentes a seu estado de saúde²¹. Em 1984, ampliando o enfoque hospitalar dos outros documentos, o Parlamento Europeu adota a “Carta Europeia dos Direitos do Paciente”, na qual se encontram expressos, entre outros aspectos, o direito à informação sobre o tratamento e o prognóstico, o direito à consulta ao prontuário médico, assim como o direito de consentir ou de recusar ser submetido a tratamentos.

No Brasil, além das bases constitucionais relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, a legislação infraconstitucional referente ao setor de saúde traz diretrizes e normas que se referem, de forma direta ou indireta, à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde (Lei federal 8080/90, art. 7º, III, IV e V)⁴.

Um importante marco na conquista de direitos do paciente foi a promulgação da “Cartilha dos Direitos do Paciente” pelo Conselho de Saúde do Estado de São Paulo, a partir de estudos efetuados pelo Fórum Permanente de Patologias Crônicas. As diretrizes e os princípios aí dispostos foram inspiradores da lei estadual nº 10241, promulgada em março de 1999, relativa aos direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado⁵.

³Patient's Bill of Rights - <http://www.americanpatient.org/aha-patient-s-bill-of-rights.html>

⁴ Lei 8080/90 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

⁵Lei Covas:

<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>

Quadro 2: Lei Estadual 10241 - Os usuários dos serviços de saúde têm direito a:

um atendimento digno, atencioso e respeitoso; ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome; não ser identificado ou tratado por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso; ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública; poder identificar as pessoas responsáveis, direta e indiretamente, por sua assistência; receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados e ações terapêuticas; consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados; acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico (Art. 2º, itens I a VIII).

Atualmente, há outros dispositivos normativos que orientam a prática profissional nas instituições de saúde, tendo em vista o envolvimento de organizações não-governamentais e associações voluntárias que atuam na assistência e na defesa dos direitos dos cidadãos portadores de patologias, assim como associações profissionais, como o Conselho Federal de Medicina⁶ e de representação cidadã, como o Conselho Nacional de Saúde⁷

O movimento pela humanização constituiu um processo fundamentado no respeito e valorização do ser humano, que visava à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços¹⁶. A questão central dos movimentos em defesa dos direitos fundamentais da cidadania e, especificamente, os reivindicativos do direito à saúde e humanização dos serviços, foi a ampliação da consciência dos indivíduos de sua condição de agentes autônomos. Esse fenômeno tem provocado transformações na

⁶ A versão recente está publicada e disponível para download no site do CFM, cujo título é “Cartilha CFM informa sobre os direitos dos pacientes no SUS”. Vide:
https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26170%3Acremero-distribui-cartilha-sobre-direitos-dos-pacientes-do-sus&catid=3%3Aportal&Itemid=1 [acesso em 25 de setembro de 2018].

⁷ Carta dos direitos dos usuários da saúde. MS, 2006.
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf>

tradição hipocrática dos médicos, e que se estendeu a outros profissionais da saúde, cujas práticas têm sido historicamente orientadas pelos princípios da “beneficência” e da “não maleficência”, em detrimento do princípio da “autonomia”. Entretanto, a violação potencial do princípio ético da autonomia pode afetar negativamente e comprometer um trabalho de qualidade entre usuários, profissionais e instituições de saúde.

Conhecida como Bioética Principalista, os autores Tom Beauchamp e James Childress²² na obra *Princípios da ética Biomédica* propuseram quatro princípios que servem de orientadores referenciais para a análise dos problemas éticos no cotidiano dos serviços de saúde. Na prática, alertam para a necessidade de profissionais de saúde não serem maleficientes (não causarem danos), de serem justos (promoverem a justiça), de respeitar a autonomia das pessoas e de serem beneficentes (fazerem o bem). Os princípios são considerados *prima facie*, ou seja, são hierarquizados, ponderados e priorizados mediante os casos concretos, buscando atender às necessidades e demandas dos contextos particulares. Para entender a ponderação dos princípios conflitantes, vale lembrar das intervenções relacionadas à saúde como os efeitos colaterais de medicações ou as punções venosas para coleta de exames, situações comuns nos serviços de saúde que os profissionais de saúde aceitam causar dor e desconforto em nome da beneficência, em detrimento da não-maleficência. Quando o caso é mais complexo, como na amputação de membros, o conflito entre os princípios fica mais evidente.

Na perspectiva deontológica, contudo, o princípio norteador da atividade dos profissionais de saúde é a dignidade, tomado o direito de todos ao cuidado de excelência, com o mais alto nível de qualidade científica, técnica e humana.

Autonomia e consentimento livre e esclarecido

O respeito ao princípio da autonomia conjuga-se com o princípio da dignidade humana, pois pressupõe a aceitação do pluralismo moral característico do tempo presente. Parte da necessidade de reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto a seu destino, e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões sobre seu próprio plano de vida e ação, embasadas em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estes divirjam dos valores dos profissionais de saúde ou dos dominantes na sociedade. Afinal, cabe lembrar que o corpo, a dor, o sofrimento, a doença, a vida, são da própria pessoa... Nesse contexto, violar a autonomia significa tratar as pessoas como meios, e não como fins em si mesmas.

Além das diretrizes e normas jurídicas que contemplam a necessidade de profissionais de saúde respeitar a autonomia dos pacientes, um aspecto importante é o *valor atribuído* a esse princípio nos serviços de saúde, nos quais as posturas se dividem, basicamente, em dois grupos, dependendo dos princípios éticos que regulam a conduta do profissional de saúde. Quando, na assistência à saúde, prevalece o bem-estar do paciente segundo o referencial do profissional, a efetiva participação do paciente no processo de tomada de decisão pode ser irrelevante. Entretanto, se o respeito aos valores do paciente é considerado importante valor ético, é possível que tanto os profissionais

Autonomia é um termo derivado do grego *autos* (próprio) e *nómos* (lei, regra, norma) e refere-se ao poder da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde e seu bem-estar, mediante valores, crenças, expectativas e prioridades, de forma livre e esclarecida, dentre as alternativas a ela apresentadas.

quanto a instituição de saúde promova um ambiente de construção de confiança e de compartilhamento de decisões.²³

Para a garantia da liberdade de consentir é preciso que os profissionais de saúde respeitem a autonomia das pessoas e não quebrem esse respeito “em nome do bem” do paciente, ou de normas e rotinas institucionais. Querer o bem do paciente é um valor cultivado pelos profissionais da saúde, e seria uma virtude se todos quiséssemos o bem de todos e a representação do bem fosse igual para todos. Entretanto, nem sempre o conceito de bem dos profissionais coincide com o do paciente, devendo, nesse caso, prevalecer o do paciente. Respeitar uma pessoa como sujeito autônomo implica, necessariamente, acatar seu direito de ter opiniões próprias, de fazer suas escolhas e agir de acordo com seus próprios valores, princípios e crenças.

O respeito à autonomia é o reconhecimento da pessoa como sujeito e não simplesmente como objeto. É um princípio *prima facie*, ou seja, não absoluto, sendo seus limites estabelecidos pelo respeito à dignidade e à liberdade dos outros.

Esse princípio tem provocado, ainda que de forma incipiente, mudanças na relação entre o profissional de saúde e o paciente, na qual este último costuma ser (tem sido, desde Hipócrates), o objeto e o profissional, o sujeito. Com esse princípio, começou a esboçar-se uma relação entre sujeitos, podendo haver uma troca mútua e respeito ao outro, na qualidade de paciente e cidadão. Assim, a posição do paciente passa a ser não mais a de

um objeto que recebe um benefício, mas a de sujeito, que discute e emite opiniões sobre a sua saúde, seu tratamento e bem-estar. Para isso, é fundamental a comunicação entre ambos que se estabelece na medida em que o elo mais forte se dispõe a realizar um modo de comunicação não violenta e escuta empática.

Igualmente, muitas vezes, a decisão tomada pelo paciente não é a mesma que os profissionais de saúde tomariam, gerando conflitos de valores e dificuldade de aceitação por parte dos profissionais. Entretanto, essa situação não justifica o desrespeito à decisão do paciente, desde que esta tenha sido tomada de forma *livre e esclarecida*²⁴. A dificuldade em aceitar uma decisão de uma pessoa enferma, quando diferente daquela que os profissionais tomariam, pode ser explicada pela tradição hipocrática paternalista, segundo a qual a “razão” e o “saber” do médico inicialmente é que determinavam o que era melhor para o paciente.

Na prática assistencial, a reação apresentada pelos pacientes diante da realização dos procedimentos faz com que recebam o rótulo de “não colaboradores”, ou então como “pacientes/famílias difíceis”, apenas por manifestarem seus desejos ao receberem cuidados médicos, particularmente nas instituições hospitalares. É importante que na relação com os profissionais que assistem o paciente seja concedido espaço para que este possa exercer sua autonomia. Possibilitar-lhe esse direito implica estar preparado para ouvir a sua decisão de não realizar determinados tratamentos e intervenções, decisão esta que pode parecer absurda para a equipe profissional, mas que diz respeito a um ser humano que possui uma vivência diferente, tanto de vida como especificamente de sua patologia.²²

A autonomia concretiza-se mediante o consentimento esclarecido (CE), que é formalizado por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Consentimento Informado (TCI), especialmente nas situações de pesquisa, mas não apenas. Situações que envolvem cirurgias, realização de exames de imagem para diagnóstico e procedimentos terapêuticos requerem o devido esclarecimento acerca dos riscos e benefícios envolvidos. Por se tratar de ato médico é preconizado pelo Código de Ética Médica²⁵ que a obtenção do consentimento do paciente é responsabilidade profissional da categoria, embora outros membros da equipe, como a enfermagem, estejam indiretamente envolvidos no processo.

O consentimento esclarecido é um ato de decisão voluntária, realizado por uma pessoa competente, ou seu representante legal, aceitando ou recusando a proposta de ação que lhe afete ou possa lhe afetar, após o entendimento das informações necessárias. Trata-

se de uma condição necessária na relação *profissional de saúde-paciente*. A utilização da expressão “consentimento esclarecido” tem sido crescente, porém apenas com a finalidade de registrar que o paciente recebeu as informações sobre os procedimentos e as condutas que serão realizadas, com a intenção de gerar uma prova desse processo de informação, como o documento assinado e, ou registro no prontuário.

Embora o processo de obtenção do CE seja uma questão antiga e venha sendo debatida no meio médico desde a promulgação dos primeiros documentos em defesa dos direitos do paciente na década de 1970, o desafio de superar a cultura institucional que negligencia o tema da qualidade das informações permanece presente no cotidiano dos serviços de saúde. Pesquisa recente realizada num centro cirúrgico no Rio Grande do Sul mostrou que dos 374 pacientes investigados acerca do procedimento de obtenção do TCLE pré-cirurgia, 35,3% receberam de profissional não médico (secretária); menos da metade dos pacientes concordam que compreenderam as informações escritas do TCLE (44,7%).²⁶

O consentimento deve ser livre, voluntário, consciente, não comportando coação ou manipulação. Para Jonsen, Siegler e Winslade²⁷, o consentimento não deve traduzir apenas uma exposição mecânica de fatos ou uma assinatura *proforma* num termo de consentimento, mas estabelecer uma relação entre profissional e paciente que possibilite uma participação ativa deste último no que diz respeito aos seus cuidados e tratamento. Esses autores ainda referem que, com frequência, a dificuldade que muitos profissionais apresentam de saber ouvir o doente e de identificar a mensagem que se esconde por trás das palavras impossibilita uma comunicação eficaz.

Para que exista uma ação autônoma, é necessário que haja liberdade, competência e esclarecimento para decidir, como orientam Muñoz e Fortes²⁴:

Liberdade:

Ter possibilidades de escolha, pois se existe apenas uma alternativa de ação, uma única forma de algo ser realizado, não há exercício da autonomia. A ação autônoma também pressupõe liberdade de ação, ou seja, ser livre de coação, manipulação ou influências que reduzam a liberdade de decisão. Requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas.

Competência:

Ser capaz de entender e avaliar a informação recebida sobre o procedimento que será realizado. A pessoa deve estar esclarecida e não apenas informada. Quando a decisão de um paciente coincide com a do profissional, sua competência não é questionada, mas quando a decisão dele entra em conflito com a do profissional, questiona-se a validade da decisão. O julgamento de competência-incompetência de uma pessoa deve ser dirigido a cada ação específica e não a todas as decisões que a pessoa deva tomar em sua vida. Esse critério é válido, também, para os indivíduos legalmente considerados incompetentes.

Esclarecimento:

Ter as informações necessárias para poder tomar a decisão. Estar ciente de todos os dados a respeito de sua condição de paciente é imprescindível para a tomada de decisão autônoma. Quanto mais completa for a informação, melhor condição o paciente terá para fazer escolhas autônomas. Os informes devem ser detalhados e consonantes com a condição de entendimento da pessoa. O paciente deve receber orientações necessárias e adequadas a respeito do seu tratamento, ser informado acerca da probabilidade de sucesso ou de fracasso, dos benefícios previstos, do grau de invasão dos procedimentos, dos prováveis desconfortos e possíveis riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais que possa ter, ou seja, a pessoa deve ser esclarecida em tudo aquilo que possa fundamentar sua decisão. Deve-se ressaltar que a omissão de informação e o entendimento incorreto podem levar à tomada de decisões inadequadas.

Com frequência, as informações apresentadas são complexas e, por isso, pouco ou nada compreendidas, com reduzido impacto na decisão, levando à percepção de que o CE pode ser considerado de duas formas: apenas como uma formalidade ou como um processo.

Segundo Oguisso e Zoboli²⁸, como uma formalidade, o CE limita-se a atender as exigências legais, enfatizando a provisão de informação completa e acurada para determinadas situações, sem, no entanto, precisar se preocupar com a sua compreensão pelo paciente e sem objetivar a melhoria qualitativa no processo de tomada de decisão. Nessa condição, o paciente apenas diz “sim” ou “não” para a realização do procedimento que lhe é proposto. A decisão é vista como uma atitude isolada das pessoas que a tomam e do processo relacional no qual está envolvida, evidenciando o mero cumprimento de uma tarefa.

Como processo, o consentimento é resultado da participação ativa do paciente na tomada de decisão e faz parte da relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. Dessa forma, o CE traduz um processo contínuo que envolve reciprocidade na troca de informações e respeito real à autonomia das pessoas e não à execução de um ato obrigatório. Portanto, o profissional da saúde deve explicar detalhadamente o que está sendo proposto, em uma linguagem simples, não técnica, que permita que o paciente entenda e tome consciência dos riscos e benefícios. Ato contínuo, deve verificar, após a explicação, qual foi o grau de assimilação, pedindo para que ele repita com suas próprias palavras aquilo que está sendo proposto. É uma forma de avaliar e de permitir a participação ativa do paciente no processo de decisão.

Cabe ressaltar, entretanto, que a autonomia do paciente pode ser afetada por diversas causas: algumas podem ocorrer por situações inerentes a ele, como a dor, fraqueza, fadiga, medo e ansiedade; e outras podem ser geradas por situações externas, como dependências física, econômica e psicológica a outras pessoas, as quais podem funcionar como fatores limitantes. Os profissionais de saúde devem compreender esse estado de vulnerabilidade do paciente e não usar essa condição, mesmo que acredite estar agindo em benefício do usuário.

A ansiedade, o medo de saber, o desinteresse, a dificuldade ou incapacidade de compreensão, ou, ainda, a excessiva confiança nos profissionais de saúde, constituem aspectos que resultam, muitas vezes, em que os pacientes não se importem de não serem informados, ou até mesmo não queiram ser informados, limitando a possibilidade de manifestação de sua autonomia. O paciente deve conhecer o seu direito de ser esclarecido, mas caso não queira, também deve ser respeitado.

Outros obstáculos podem surgir para dificultar a manifestação da autonomia dos usuários dos serviços de saúde, como a relação assimétrica entre o profissional de saúde e o paciente – a assimetria de conhecimento e de poder pode dificultar ou impedir a manifestação da autonomia; a dificuldade de comunicação pelo abismo entre o profissional de saúde, “detentor do conhecimento”, e o paciente, com a utilização de linguagem, postura e estratégias inadequadas; a existência de conflitos de interesses por parte do profissional; condições desfavoráveis do sistema de saúde que geram dificuldade de acesso e falta de opções para o usuário (como o fato de o doente esperar meses para conseguir ser internado); e o não-reconhecimento ou a desvalorização de seus direitos.

Os princípios da beneficência e da não-maleficência são justificados, em determinadas circunstâncias, por preservarem a pessoa de causar um dano a si mesma, e

assim poder ser restaurada a sua autonomia. A predominância ética destes princípios é requerida quando do comportamento não-autônomo das pessoas, por exemplo, em caso de deficiente controle decisório, como nas fases agudas de distúrbios psíquicos, em intoxicações, ou quando há manifestação de incompetência decisória, imaturidade, instabilidade, provas de irracionalidade, ou quando as decisões estão baseadas em errôneas ou falsas informações.²¹

Finalmente, em relação aos direitos de pessoas idosas, Zoboli²⁹ afirma que a idade por si só não pode constituir critério para avaliar a competência para tomada de decisões e limitações de informação para que o idoso possa manifestar seu consentimento livre e esclarecido. Ademais, a limitação de esforços terapêuticos ou diagnósticos, pois seria discriminação excludente por idade (*ageism*)⁸ infringiria princípios éticos, como igualdade e justiça. A discriminação por idade, em maior ou menor grau, é um dos principais problemas éticos na atenção ao idoso, assim como o abuso, os maus tratos, o emprego de tecnologia para diagnóstico e terapia.

Considerações finais

Reafirmamos que os direitos dos pacientes constituem questão fundamental para o pleno exercício da cidadania, portanto, possui um *valor* intrínseco e implica *deveres* por parte de agentes públicos e privados para que seja efetivado tanto nos serviços de saúde quanto nas relações intersubjetivas entre profissional-paciente. A esse respeito, é importante ressaltar que se trata de uma relação entre desiguais, já que não haveria nenhum motivo para um paciente procurar um médico se não acreditasse que existe entre eles uma assimetria em relação ao saber acerca dos adoecimentos e das terapêuticas.

Apesar dessa condição, e é por reconhecer a condição de vulnerabilidade do paciente, que cabe ao médico zelar pela construção de uma relação de confiança. Se as relações médicos-pacientes passam por uma “crise de confiança”, a escuta e a promoção de diálogo respeitoso, nesse contexto, passam a se constituir um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico, para promover o esclarecimento e o compartilhamento das decisões, tendo em vista a adesão terapêutica e a qualificação do cuidado. A palavra *confiança* que está em questão significa ‘fiar’ juntos. Estar com o outro para fiar juntos”. Apostar nesses encontros e diálogos entre diferentes – e múltiplas são as diferenças: entre

⁸ Freitas EEC, Schramm FR. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. *Rev Bioét.* 2013;21(2):318-27.

os profissionais, entre equipes, entre serviços, entre médico, paciente, familiares, cada um com suas singularidades –, significaria valorizar aquilo que aproxima, que une, que conecta ao outro, que resolve problemas, que compartilha responsabilidades e que amplia as possibilidades de criar valores comuns.

A promoção da autonomia do paciente, a participação na tomada de decisão e atitudes solidárias são valores que orientam o respeito aos direitos dos pacientes, resultando em mais qualidade na atenção à saúde e melhores condições de trabalho aos profissionais. Torna-se, portanto, imperativo ético na formação e na prática profissional em medicina a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional em favor do cuidado e da dignidade humana

"GUIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Os direitos do paciente

Abandono

Após iniciado o tratamento o médico não pode abandonar o paciente, a não ser que tenham ocorrido fatos que comprometam a relação médico-paciente e o desempenho profissional e desde que assegurada a continuidade na assistência prestada.

Acompanhante

O paciente tem o direito de ser acompanhado por pessoa por ele indicada, se assim desejar, nas consultas, internações, exames pré-natais e no momento do parto; receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar.

Alta

O médico pode negar-se a conceder alta a paciente sob seus cuidados quando considerar que isso pode acarretar-lhe risco de vida. Se o paciente ou familiares decidirem pela alta sem parecer favorável do médico, devem responsabilizar-se por escrito. Nesse caso, o médico tem o direito de passar o caso para outro profissional indicado ou aceito pelo paciente ou família.

Anestesia

Receber anestesia em todas as situações indicadas. Recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida.

Atendimento digno

O paciente tem direito a um atendimento digno, atencioso e respeitoso, sendo identificado e tratado pelo nome ou sobrenome. O paciente não pode ser identificado ou tratado por números, códigos, ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

Autonomia

Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados.

Criança

A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

Exames

É vedada a realização de exames compulsórios, sem autorização do paciente, como condição necessária para internação hospitalar, exames pré-admissionais ou periódicos e ainda em estabelecimentos prisionais e de ensino.

Gravação

O paciente tem o direito de gravar a consulta, caso tenha dificuldade em assimilar as informações necessárias para seguir determinado tratamento.

Identificação

Poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a função e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.

Informação

O paciente deve receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas; diagnósticos realizados; exames solicitados; ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconvenientes das medidas propostas e duração prevista do tratamento. No caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, deve ser informado sobre a necessidade ou não de anestesia; o tipo de anestesia a ser aplicada; o instrumental a ser utilizado; as partes do corpo afetadas; os efeitos colaterais; os riscos e as consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; os exames e as condutas a que será submetido; a finalidade dos materiais coletados para exame; as alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço onde está sendo realizado o atendimento ou em outros serviços, além do que mais julgar necessário.

Medicação

Ter anotado no prontuário, principalmente se estiver inconsciente durante o atendimento, todas as medicações, com dosagens utilizadas; e registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

Morte

O paciente tem o direito de optar pelo local de morte (conforme Lei Estadual válida para os hospitais do Estado de São Paulo).

Pesquisa

Ser prévia e expressamente informado, quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, que deve seguir rigorosamente as normas regulamentadoras de experimentos com seres humanos no país e ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital ou instituição.

Prontuário

Ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário médico, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão.

Receituário

Receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, datilografadas ou em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão.

Recusa

O paciente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar quem deve receber a informação em seu lugar.

Respeito

Ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a satisfação de necessidades, a integridade física, a privacidade, a individualidade, o respeito aos valores éticos e culturais, a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal, e a segurança do procedimento; ter um local digno e adequado para o atendimento; receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa.

Sangue

Conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

Segunda opinião

Direito de procurar uma segunda opinião ou parecer de um outro médico sobre o seu estado de saúde.

Sigilo

Ter resguardado o segredo sobre dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública.

Fontes: Lei Estadual (São Paulo) N° 10.241, de 17/03/1999

Pareceres dos Conselhos de Medicina

Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde"

Fonte: Guia da Relação Médico-Paciente. CREMESP. 2001.

https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=4

[Acesso em 31 de julho de 2020].

Referências Bibliográficas:

1. Fundo Monetário Internacional. [Acesso em: 30 jul de 2021].
<https://www.imf.org/external/np/fin/tad/exfin2.aspx?memberKey=2099-12-31>
2. IBGE. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018; 151. [Acesso em: 30 jul de 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>
3. Conselho Federal de Medicina. Governo gasta R\$ 3,89 ao dia na saúde de cada brasileiro. [acesso em 28 jul. 2021]. Disponível em:
https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25985:2
4. Instituto de defesa do Consumidor. Planos de Saúde seguem no topo do Ranking do Idec. [acesso em 28 jul. 2021]. Disponível em: <https://idec.org.br>
5. Castilho EA. Relatório mundial de saúde 2000 - sistemas de saúde: aprimorando a performance. Rev. Assoc. Med. Bras. 2002; 48 (2); 98-9. [acesso em 28 jul. 2021]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
6. Cortina A e Martínez E. Ética, Madrid: Akal; 2005.
7. Braga, IF. Entidades empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração. Tese de Doutoramento em Saúde Pública. Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz. 2012.
8. Sestelo, JAF. Planos e Seguros de Saúde do Brasil de 2000 a 2015. Tese de Doutoramento em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.
9. Sestelo, JAF; Cardoso, AM; Faleiros, IB; Mattos, LV; Andrietta, LS. Financeirização das políticas sociais e de saúde no Brasil do Século XXI. Economia e Sociedade, 26 (esp.); 2017.
10. Scheffer, M. & Bahia, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. Saúde em Debate. 2013; 37(96): 96-03.
11. Banco Mundial. Brasil: Revisão das despesas públicas. Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. [acesso em 28 jul. 2021]. Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/PORTUGUESE-Brazil-Public-pdf>
12. Bauman Z. Ética pós-moderna. Trad. João Rezende Costa. 2. ed. São Paulo: Paulus; 2003.
13. Agamben G. Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I. São Paulo: UFMG; 2010.
14. Lasch C. A cultura do narcisismo. Rio de Janeiro: Imago; 1983.
15. Debors G. A sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto; 1997.
16. Rios IC. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora; 2009.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: Orientações para Prática em Serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
18. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. Ciência e Saúde Coletiva. 2017; 22(9): 3013-22.
19. Aguiar JM, d'Oliveira AFL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013; 29 (11): 2287-96.
20. Nations MK., Gomes AMA. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(9): 2103-12.
21. Fortes PAC. Ética e Saúde. São Paulo, Ed. Pedagógica Universitária, 1998.

22. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo, Loyola; 2002.
23. Zoboli ELCP, Massarollo MCKB. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem. *O mundo da saúde*. 2002; 26(1):65-70.
24. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In Costa SIF, Garrafa V, Oselka G (orgs.). *Iniciação à bioética*. Brasília, Conselho Federal de Medicina; 1998.
25. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília, 2018.
26. Melendo MP, Viegas K, Souza EN, Caregnato RCA. Termo de consentimento informado: entendimento do paciente cirúrgico. *Acta Paul. Enferm.* 2016; 29(3): 291-7.
27. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética clínica. 4.ed. Lisboa: McGraw Hill; 1999.
28. Oguisso T, Zoboli ELP (orgs.) Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. 2 ed. Barueri, SP: Manole; 2018.
29. Bioética: dilemas e diálogos. (Coord). Pereira Filho, A, Marques Filho, J. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2018. [Acesso em: 28 de julho de 2020]. Disponível em:
<http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes.pdf>

CAPÍTULO 13

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES: ATENDIMENTO, ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO DAS VÍTIMAS

Arlete Maria dos Santos Fernandes
Claudia de Oliveira Facuri
Renata Cruz Soares de Azevedo

2021

Sumário

Violência sexual, aspectos periciais, redução de danos, acolhimento e seguimento ambulatorial das vítimas

Quadro 1: Situações que são definidas como estupro/violência sexual

Quadro 2 : Mitos e Fatos sobre o estupro

Quadro 3: Motivos pelos quais os profissionais têm dificuldade de abordar pacientes vítimas de violência sexual

Atendimento pós trauma e seguimento ambulatorial das vítimas

Dados sociodemográficos:

Antecedentes pessoais:

Dados do evento:

Rede de apoio:

Detalhamento de antecedente psiquiátrico:

Estado emocional e mental desde o evento:

Hipótese diagnóstica:

Plano de tratamento:

Cuidados no atendimento à gestação decorrente de violência sexual: O que fazemos

Referências bibliográficas

Violência sexual, aspectos periciais, redução de danos, acolhimento e seguimento ambulatorial das vítimas

Considerações preliminares para o atendimento ambulatorial de mulheres vítimas de violência sexual

“Existe apenas uma verdade universal, aplicável a todos os países, culturas e comunidades: a violência contra as mulheres nunca é aceitável, nunca é perdoável, nunca é tolerável.” (Ban Ki-Moon, Secretário-Geral das Nações Unidas) (p.2)(1).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, globalmente, 30% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo e 7% das mulheres sofreram violência sexual perpetrada por homens que não eram seus parceiros, conhecidos ou desconhecidos. Esta experiência tem impactos de grande monta, a curto e longo prazo, nas esferas física e psíquica. Não é incomum que as instituições e profissionais de saúde valorizem de maneira exclusiva ou majoritária os impactos físicos, colocando em primeiro lugar perícias, avaliações e tratamentos clínicos, no entanto o dano psíquico tem igual ou maior importância nestes casos. Dada a elevada prevalência deste evento, uma porcentagem expressiva de profissionais de saúde irá deparar-se com uma vítima de violência sexual em algum momento de sua prática clínica ou de sua formação, em particular enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, médicos emergencistas, ortopedistas, cirurgiões de trauma, de família, clínicos gerais, psiquiatras, ginecologistas e obstetras, além de estudantes da área da saúde. Os atendimentos ocorrerão em unidades de emergência, na atenção primária, em especialidades, ou em serviços de referência, porém, frequentemente estes profissionais não receberam nenhum treinamento nesta área (1,2,3,4,5,6).

A inserção do tema violência sexual em currículos de graduação da área médica no Brasil é recente (cerca de 10 anos) e também se apresenta como tema pouco abordado fora do país. Estudo no Reino Unido descreveu que cerca de 60% das escolas médicas não incluíam o tema na graduação de medicina, sendo que cerca de 53% delas acreditavam que seria mais pertinente para a pós-graduação. Por outro lado, o Canadá tem como parte de seu currículo obrigatório a formação em violência sexual e outros tipos de violência, inclusive com a possibilidade de capacitação online. Alunos capacitados e avaliados antes e após a capacitação expressaram ter adquirido conhecimento e se

sentiram mais confortáveis em relação ao assunto e ao cuidado desta população. A educação e formação sobre o tema possibilita compreensão sobre as necessidades imediatas das vítimas, coleta e preservação de material com possibilidade de posterior uso para perícia forense, correto exame ginecológico, atuação de equipe multidisciplinar, abordagem mais sensível e sem julgamento (6,7).

As escolas médicas deveriam ter em sua grade curricular a abordagem ao tema da violência sexual, dada sua prevalência e seu efeito tão devastador, na graduação e re-abordagem na pós-graduação, nas residências médicas de ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, medicina interna, medicina de família, pediatria, hebitriácia, emergência e trauma. Em consonância com esta ideia, recente Editorial do Lancet apontou: “As vítimas de estupro merecem uma resposta melhor e ensinar futuros médicos como responder a isso é um bom começo” (2,3,7,8).

O estupro é um fenômeno cercado por crenças relacionadas a estereótipos de gênero que causam desconfiança de um sexo para com o outro, além de um comportamento de aceitação ou tolerância da violência sexual contra as mulheres (9,10). Essas crenças equivocadas e culturalmente adquiridas foram denominadas ***mitos sobre o estupro***, definidos como “crenças preconceituosas, estereotipadas, ou falsas sobre o estupro, suas vítimas e agressores. Tais crenças contribuem para a criação e manutenção de um clima de hostilidade para com as vítimas desse tipo de violência” (11). Instigam a percepção de que a vítima é, na verdade, culpada pela violência sofrida, o que absolve ou reduz a responsabilidade do agressor e, consequentemente, minimiza ou justifica a agressão contra a mulher (9).

Quadro 1: Situações que são definidas como estupro/violência sexual

- Estupro dentro do casamento ou relacionamentos afetivos como namoro;
 - Estupro por estranhos;
 - Estupro sistemático durante conflitos armados;
 - Avanços sexuais indesejados ou assédio sexual - incluindo exigir sexo em troca de favores;
 - Abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente deficientes;
 - Abuso sexual de crianças;
 - Casamento forçado ou coabitação, incluindo o casamento de crianças;
 - Negação do direito de usar contracepção ou adotar outras medidas para proteção contra doenças sexualmente transmissíveis;
 - Aborto forçado;
 - Atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, incluindo mutilações genitais femininas e inspeções obrigatórias para a virgindade;
 - Prostituição forçada e tráfico de pessoas para fins de exploração sexual.
- (12)

Alguns fatores contribuem para produzir uma atitude de aceitação social que reduz as inibições contra a violência, cria e sustenta os intervalos entre os diferentes segmentos ou grupos na sociedade. Aqui estão incluídos, por exemplo, a aceitação de violência na resolução de conflitos ou a dominação do homem sobre a mulher. Antes de tudo, é imprescindível que haja compreensão e entendimento de que estupro, violência, abuso, ofensa, assalto ou agressão sexual, são sempre atos de violência. Há neste conceito, como aponta a OMS, a intencionalidade de causar dano relacionado à execução do ato, independente do desfecho que dele resulte (12). Além disto, o estupro de mulheres é uma violência de gênero e uma das muitas formas de apresentação de violência sexual contra as mulheres (1).

Portanto, uma das primeiras e primordiais atitudes de um profissional a ter contato com vítimas de violência sexual, seja ele da saúde ou não, é conhecer os mitos do estupro,

avaliar se eles fazem parte do seu repertório pessoal de crenças e desfazer-se deles, saindo da posição comum e leiga para a posição científica e teoricamente embasada.

A OMS apresenta diretrizes clínicas e de políticas de saúde convocando o sistema de saúde a responder à violência contra a mulher, não só na assistência, mas também na capacitação dos profissionais (13). Pesquisa publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2014 apontou que 58% dos entrevistados concordaram que, “se as mulheres soubessem se comportar haveria menos estupros”, o que demonstra que os mitos sobre o estupro estão ainda presentes e arraigados nas crenças sociais e que será necessário debatê-los nos diversos espaços da sociedade (14).

Quadro 2: Mitos e fatos sobre o estupro
Mito: O sexo é a motivação primária para a perpetração de um estupro. Fato: Poder, raiva, dominação e controle são os principais motivadores. Aqui o sexo é usado como arma.
Mito: Quando uma mulher diz <i>não</i> para o sexo, na verdade está dizendo <i>sim</i> . Fato: <i>Não</i> quer sempre dizer <i>não</i> . O desejo da mulher deve ser sempre respeitado. O agressor ouve e comprehende o <i>não</i> , mas escolhe ignorá-lo. Seu argumento de que <i>não</i> significa outra coisa implica em que o que ele quer é mais importante do que os desejos das outras pessoas ou que ele os considera inexistentes.
Mito: Em um casal, não existe estupro por parte do marido contra a esposa. Fato: Qualquer atividade sexual forçada é um estupro. Inclusive, a maior parte das agressões sexuais é cometida por parceiro íntimo.
Mito: Estupro é realizado por um estranho. Fato: A maior parte das mulheres é violentada por um homem conhecido ou com quem tem ou tinha um relacionamento anterior.
Mito: Estupro envolve muita violência física e o uso de uma arma. Fato: A maioria das vítimas tem tanto medo de sofrer graves lesões ou morrer que oferecem pouca resistência ao ataque. Em 95% das vezes, ameaça verbal e força física são suficientes. O uso de arma de fogo não chega a 25% dos casos.
Mito: Apenas alguns tipos de mulheres são estupradas. Fato: Não existe vítima típica de estupro. Qualquer mulher pode ser vítima de estupro. Infelizmente, não existe, mundialmente, sociedade livre de estupro.
Mito: Profissionais do sexo não podem ser estupradas.

Fato: Continua sendo uma questão de consentimento e de respeito aos direitos humanos. É equivocado pensar que pessoas deste grupo consentem constantemente, a despeito de sua escolha, de seu desejo. A profissional do sexo tem direito de recusa em qualquer contexto, profissional ou pessoal. No entanto, enquanto 7% da população geral é violentada por alguém que não o parceiro, esta taxa aumenta de 38 a 55% entre profissionais do sexo.

Mito: Estupros são imediatamente relatados à polícia.

Fato: A maioria dos casos não é relatada à polícia (cerca de 20% dos casos são reportados). Razões para não relatarem: sistemas de apoio inadequados; vergonha; medo ou risco de retaliação, de ser responsabilizado, de não ser acreditado, de ser maltratado e/ou socialmente sofrer ostracismo; sentimento de culpa; medo do agressor; desejo de preservação da família; relação com o agressor; desestímulo e falta de apoio por parte das autoridades; ceticismo em relação à Polícia e ao Poder Judiciário.

Mito: Mulheres fazem falsas denúncias de estupro.

Fato: Pequena porcentagem (cerca de 1%).

Mito: Estupro deixa marcas óbvias da agressão.

Fato: 1/5 das vítimas apresenta lesões genitais. 15% (por desconhecido) a 30% (por parceiro íntimo) das vítimas apresentam sinais físicos de agressão.

Mito: A roupa que a mulher está usando faz diferença no risco de ser estuprada.

Fato: As pessoas têm o direito de se vestir como bem entenderem e se sentirem bem. O único responsável pelo estupro é o estuprador. Não haveria o crime se não houvesse um criminoso, acima de tudo.

12,15,16,17,18,19,20

Existem, nas pessoas de diferentes sociedades e culturas, expectativas em relação ao que ocorreria “tipicamente” em um estupro e qual deveria ser o comportamento “apropriado” da vítima. Essas crenças guiam fortemente o julgamento daqueles que avaliam e dispensem diferentes cuidados a estas vítimas, as quais podem ser julgadas com grande ceticismo, questionadas quanto à validade da existência de uma agressão sexual, principalmente se os envolvidos não se comportam conforme suas expectativas. Essas crenças se estruturam ao redor do comportamento anterior da vítima (ter tido relacionamento sexual anterior com o agressor, deficiência mental, história de prostituição, relato de comportamentos promíscuos, e até mesmo características

demográficas como idade, cor de pele ou raça); durante (ter ou não feito uso de álcool, conhecer o agressor, ter ido de encontro com o agressor, não ter percebido a situação de risco) e após a agressão (incapacidade de recordar detalhes da violência, demorar para procurar ajuda). Há uma tendência de que o comportamento da vítima, tanto verbal quanto não verbal no processo de relato do evento tenha impacto no processo de decisão do avaliador, provocando, muitas vezes, maior influência do que os mitos do estupro. Em geral é esperado não apenas que as vítimas devam estar emocionalmente perturbadas, mas também que respondam de forma consistente ao longo do tempo. Vítimas que se apresentaram calmas, controladas, como que anestesiadas ou sem emoção ao relatarem suas experiências, quando comparadas àquelas emocionalmente perturbadas (chorando), são menos propensas a serem acreditadas por observadores externos. O que se dá é um ouvir *como* ela disse ao invés de ouvir *o que* ela disse. Kaufmann et al. manipularam a exibição emocional da vítima para ser “congruente” (por exemplo, mostrando desespero com soluços ocasionais), neutro (por exemplo, de forma plana, de forma prática), ou “incongruente” (por exemplo, exibindo emoções positivas e agradáveis) e correlacionou ao que havia sido determinado como as “expectativas dos participantes”, e demonstrou que quando uma vítima exibia emoções congruentes, ela foi classificada como mais crível, e o agressor foi classificado como mais culpado, em relação a quando suas emoções se mostravam incongruentes; já a condição neutra proporcionava avaliações entre essas duas situações. Em repetições deste estudo, pesquisadores demonstraram que leigos (onde se encaixam os profissionais de saúde), juízes e investigadores da polícia foram igualmente impactados pelas emoções expressadas pela vítima (21).

Winkel e Koppelaar chamam a atenção para a necessidade de que os profissionais que irão dispensar cuidados às vítimas de agressão sexual (médicos, terapeutas, assistentes sociais, amigos, familiares) sejam informados do fato de que as vítimas responderão aos eventos de diferentes maneiras, não de uma maneira particular, associada a uma apresentação "verídica" de violência sexual. É essa discordância entre o real comportamento de uma vítima e o que se espera de uma vítima "real" o que geralmente influencia a atribuição de culpa. Uma vítima que não se encaixa no papel de vítima "ideal" será mais desacreditada e mais culpada pela situação de violência. Os estupros que não cumprem os critérios dessa expectativa acabam sendo considerados menos dignos da

produção de um boletim de ocorrência ou como menos representativos de violência sexual (21,22,23,24,25)

O que diferencia encontros sexuais saudáveis da vivência de violência sexual é a presença de consentimento. Consentir possibilita escolher. A ideia de consentimento afirmativo (do inglês “*affirmative consent*”), em que o envolvimento em atividades性uais está acordado de maneira clara, inequívoca, conhecida, informada e voluntária entre todos os participantes vem sendo divulgada nas campanhas “**Sim quer dizer Sim**”. Além da expressão verbal de acordo com o engajamento no ato sexual, as partes envolvidas também devem expressar o consentimento com o tipo de atividade sexual.

A ausência de consentimento pode ser verbal, física ou mesmo por reação de “*freezing*” por medo (26). Campanhas anteriores com a frase “**Não quer dizer Não**”, abordavam principalmente a ideia de autonomia sexual, escolha e controle do próprio corpo, além de enfatizar a recusa (27,28,20). Claramente, uma pessoa desacordada ou inconsciente não é capaz de dar consentimento afirmativo (28). Ter relação sexual com alguém que está intoxicado demais para consentir é violência sexual (26). As pesquisas neste campo conduziram a necessidade de abordar com nomenclaturas diferentes as diversas formas de apresentação do estupro, dada as variações entre elas em desfecho e impacto na vítima e seu significado na compreensão da agressão.

A literatura internacional diferencia três situações: “*drug facilitated rape*” ou “*impaired rape*”, em que a violência ocorre sob efeito de álcool ou outras drogas; “*incapacitated rape*”, situações em que a vítima não está consciente e “*forcible rape*”, em que há uso de força, ameaça verbal ou com arma, ou ainda, tentativa da vítima de se defender com palavras ou força física, mais dano e medo relacionado a agressão (29).

Além do sofrimento derivado do ambiente social a que esta mulher está exposta, uma série de agravos à saúde podem ocorrer. Do ponto de vista físico elas podem apresentar sangramento vaginal, irritação genital, gestação indesejada, disfunção sexual, dor pélvica, disparesunia, infecções de trato urinário ou vaginais, infecções sexualmente transmissíveis, dores crônicas de cabeça, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, sintomas gastrointestinais, entre outros.

Do ponto de vista psíquico as mulheres tornam-se mais vulneráveis a desenvolver sintomas de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, transtornos alimentares,

transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, abuso de álcool e substâncias psicoativas, pânico, somatização, auto-mutilação, ideação suicida e tentativas de suicídio e principalmente, transtornos de personalidade.

Após o evento, as mulheres também tendem a buscar serviços de saúde com mais frequência e com queixas mais vagas. É importante que os profissionais da saúde entendam a relação entre exposição à violência e adoecimento feminino para responder de maneira apropriada a este fenômeno (1,12,13,30).

Tendo em mente o quanto a violência tem imensos efeitos nocivos sobre a saúde física e mental e no bem-estar das mulheres, o atendimento do profissional deverá ser pautado em dois princípios fundamentais: o respeito pelos direitos humanos das mulheres e o apoio à igualdade de gênero (31). Uma postura inadequada do profissional de saúde, decorrente de crenças e valores pessoais, poderá interferir na qualidade da assistência prestada e na adesão ao tratamento (32).

O atendimento de vítimas de violência sexual não é uma tarefa considerada tranquila pela maior parte dos profissionais de saúde. Em muitos estudos há relatos de profissionais apresentando dificuldade em falar com seus pacientes sobre o tema por diferentes motivos, tais como os exemplificados no Quadro 3 abaixo.

Quadro 3: Motivos pelos quais os profissionais têm dificuldade de abordar pacientes vítimas de violência sexual
Pessoais
Aversão/desconforto pessoal com o tema
Sentimento de impotência
Falta de confiança para encaminhar as vítimas
Preocupação de elaborar diagnóstico errado
Não se sente preparado para investigar o tema
Não se sente apto para discutir o tema com facilidade
Desconforto de ter que lidar tanto com a vítima quanto com o ofensor em alguns casos.
História pessoal de abuso
Dificuldades de comunicação
O peso emocional de manejear uma situação de violência sexual
Energia extra que o cuidado desta paciente irá despende

Sentimento de frustração quando a paciente não segue os encaminhamentos ou planos terapêuticos
Recursos
Falta de recursos adequados para follow-up
Falta de equipe de apoio para atender a vítima
Limitação de tempo
Prioridades concorrentes
Falta de conhecimento, capacitação e treinamento
Falta de um protocolo para abordar o tema
Falta de locais para triagem e procedimentos inadequados
Atitudes e Percepção
Percepção que têm questões mais urgentes para abordar
Mulheres abusadas deveriam ser culpadas pelo abuso
Abuso por parceiro íntimo é raro
Os pacientes que apanham de parceiros não querem um encaminhamento
Situações percebidas por profissionais da saúde como abuso, na percepção dos pacientes eram normais
Preocupações quanto à falta de honestidade/abertura da paciente
Medos
Iniciar uma conversa que não saberão como conduzir (“abrir a caixa de Pandora”)
Receber uma revelação de violência sexual
Invadir a privacidade do paciente
Piorar ao invés de ajudar
Reação do parceiro e tornar a vida mais difícil para a vítima
(4,33,34,35)

Os dados apresentados demonstram que uma grande parte das dificuldades identificadas pelos profissionais de saúde podem ser solucionadas através do desenvolvimento de suas competências para lidar com a apresentação da situação “violência sexual”. A aquisição de conhecimento, capacitação técnica, treinamento específico e libertação das crenças relacionadas aos mitos do estupro podem auxiliar na superação de limitações e dificuldades, produzindo um profissional adequadamente qualificado. O treinamento profissional é parte das diretrizes clínicas e de políticas

públicas em resposta à violência sexual indicado pela OMS. Esse preparo promove não só o aumento das competências profissionais, como a melhora dos desfechos para as mulheres. (13,36).

Mulheres que relatam qualquer tipo de violência ou agressão sexual, por qualquer agressor, precisam de apoio imediato e os profissionais de saúde devem oferecer suporte de primeira linha ao receberem esta informação. Garantir que a consulta seja realizada em local privado, com confidencialidade (inclusive informando às mulheres dos limites de confidencialidade quando, por exemplo, há relatórios obrigatórios), sem julgamentos, apoiando e validando o que ela está dizendo; sem perguntar novamente sobre a história de violência caso ela já tenha sido relatada, mas ouvindo atentamente, sem pressioná-la para falar ou parar de falar, caso ela deseje contar, são orientações de como proceder. Também devem ser sensíveis às suas necessidades e perspectivas, respeitando sua dignidade. A oferta de cuidados em saúde mental faz parte da boa assistência prestada a mulheres vítimas de violência em serviços de saúde, preconizada pela OMS e pelo Ministério da Saúde, fazendo estes profissionais essenciais nas equipes de resposta à agressão sexual (13,37).

Exemplificando uma estrutura de assistência, formação e pesquisa na área, destaca-se o Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti/CAISM, na Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, no programa denominado “Atendimento Especial”, que funciona em concordância com a Norma Técnica do Ministério da Saúde, com protocolos específicos e contando com equipe multidisciplinar treinada. Além de ser constituído pela equipe mínima preconizada pela norma técnica: ginecologista, enfermeira(o), psicóloga(o) e assistente social, este serviço também conta com psiquiatras presenciais, além de técnicos de enfermagem. Funciona também como espaço de ensino, contribuindo na formação de residentes de ginecologia, psiquiatria geral, psiquiatria da infância e adolescência, aprimoradas de psicologia e serviço social e alunos da graduação de medicina (37,38,39).

Atendimento, acolhimento e encaminhamento adequado das vítimas

O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, CAISM, hoje denominado Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, foi criado em 1986 e faz parte do complexo hospitalar universitário ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. É um hospital de ensino especializado na assistência

à saúde da mulher e do recém-nascido, e um dos serviços pioneiros no país a prestar assistência a mulheres vítimas violência sexual.

Desde sua fundação até 1994, devido à filosofia da abordagem de atenção integral à saúde da mulher, o hospital passou a receber encaminhamentos para o tratamento de agravos da violência sexual perpetrada contra mulheres a partir de ONGs, como o SOS Ação e Família, de outros municípios da região metropolitana e de outros Estados da federação. Entre os agravos, o mais frequente, a gestação decorrente de violência sexual. A maior parte das mulheres era referenciada ao serviço com idade gestacional avançada para interrupção legal de gestação, buscando o cumprimento de direito legal conforme previsto no artigo 128 do Código Penal de 1940 (40). Apesar do sofrimento intenso, para poucas mulheres com gestação inicial a interrupção legal era possível; as demais eram encaminhadas ao pré-natal com a opção de doação do nascituro após o parto. A demanda aumentou com o tempo e também a frustração entre os profissionais, principalmente aqueles do setor de enfermagem, psicologia e serviço social, que acolhiam diretamente a essas mulheres. A partir de 1994, os jovens profissionais que prestavam atendimento multiprofissional, já sensibilizados na temática da violência contra a mulher, juntamente com os docentes e gestores da época iniciaram um atendimento que previa especificamente a prevenção primária e secundária dos agravos após a violência. A proposição da prevenção da gestação foi inicialmente instituída com uso de anticoncepcionais orais combinados em altas doses, conhecido como esquema de Yuspe e, a partir do ano 2000, com uso do levonorgestrel (41), somada ao tratamento preventivo das infecções bacterianas de transmissão sexual.

A necessidade de sistematizar o atendimento tornou imprescindível a elaboração de protocolos de fluxo para acolhimento e o cuidado aos agravos físico e psicológico. O “Programa de Atendimento Especial” foi criado e o primeiro atendimento de emergência sistematizado foi realizado em 4 de agosto de 1998 com a participação da equipe multidisciplinar e médicos residentes do serviço. No mesmo ano, docentes do CAISM em conjunto aos de outras instituições discutiram e aprimoraram ações que resultaram na publicação da primeira Norma Técnica pelo Ministério da Saúde para atenção específica em todo o país (42). O atendimento ambulatorial para seguimento das mulheres durante os seis meses posteriores à violência sexual iniciou-se com a atenção médica dispensada por alunos de pós-graduação do Departamento de Tocoginecologia, sob a supervisão dos docentes.

Em 2006 o seguimento ambulatorial do Programa de Atenção Especial passou a integrar a formação dos médicos residentes dos Departamentos de Tocoginecologia e Psiquiatria e, a partir de 2010, os alunos de graduação do 5º ano do curso de medicina também passaram a participar do Programa. O serviço dispõe de cursos de especialização e aprimoramento nas áreas de psicologia e serviço social, e de capacitação de profissionais internos e externos ao serviço como assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e médicos. Alunos de pós-graduação de mestrado e doutorado nas áreas multiprofissionais permearam o serviço desde a sua criação, com a confecção de inúmeras teses e artigos publicados. Entre os últimos, citamos alguns que nortearam mudança na assistência às mulheres no serviço, como a instituição da terapia antirretroviral nas 72 horas após a violência (43), incorporada aos cuidados pela 2ª NT publicada em 2005 (44), e a coleta de vestígios em papel filtro, que tornou possível a um serviço de saúde contribuir com coleta de material biológico, visando garantir uma prova legal para futura utilização (45).

Em âmbito nacional o tema violência sexual contra a mulher sofreu mudanças na perspectiva de atendimento na esfera da saúde. Em 1996 foi realizado o I Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto previsto em Lei, promovido pelo CEMICAMP, Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, com a participação de membros de equipes que já atendiam ao Aborto Legal no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya (Jabaquara-SP), Centro de Referência de Saúde da Mulher Pérola Byington (SP), Hospital Municipal Fernando Magalhães (RJ) e profissionais do CAISM. Representantes do Poder Judiciário, Academia de Direito Penal, Delegacias da Mulher, Institutos Médico Legais, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. (FEBRASGO), além de Professores Titulares de Ginecologia e Obstetrícia de nove instituições de todo o Brasil participaram do I Fórum (46). Até 2014 foram realizados 18 Fóruns, a partir do ano 2000 sempre sob a coordenação do Ministério da Saúde.

A luta para a implementação da atenção à saúde de mulheres que sofriam violência sexual, aos direitos reprodutivos e a organização e coordenação dos primeiros Fóruns foi capitaneada pelo Prof. Aníbal Faúndes, docente do Departamento de Tocoginecologia da FCM/Unicamp, responsável pela área de Obstetrícia do Caism e fundador do Cemicamp, sempre com extrema dedicação. Inúmeros outros profissionais e acadêmicos participaram e muito contribuíram, entretanto aqui não os denominamos, sob pena de pecar por alguma omissão. A dedicação de muitos foi necessária para que tenha sido criada uma política

pública de atenção à saúde para pessoas vítimas de violência sexual, com atualização da Norma Técnica e posteriores aprimoramentos dos cuidados à saúde realizados na última década (37, 47,48).

Atendimento pós trauma e seguimento ambulatorial das vítimas

O Programa de Atenção Especial no CAISM compreende o atendimento de emergência, o atendimento ambulatorial por seis meses e o atendimento às solicitações de interrupção legal de gestação decorrente de violência sexual.

O atendimento de emergência é oferecido a mulheres púberes e não púberes com idade ≥ 14 anos até as primeiras 72 horas da ocorrência da violência sexual. O fluxo de entrada ao atendimento de emergência é iniciado com a abertura de prontuário médico e consulta em área restrita e fisicamente independente do serviço de pronto atendimento. O enfermeiro realiza o acolhimento, coleta a anamnese com informações sobre a violência e sua tipologia, e fornece as orientações iniciais para a consulta, exame físico e ginecológico a ser realizado pelo médico da equipe de plantão.

O atendimento médico é realizado pelo residente de ginecologia que registra os dados de exame físico e ginecológico, coleta material biológico de secreção vaginal e realiza a prescrição da anticoncepção de emergência (AE) e das profilaxias para as infecções sexualmente transmissíveis (IST) virais e bacterianas. Os procedimentos e medicamentos administrados para profilaxia das IST, especificamente a profilaxia pós-exposição (PEP) contra a infecção pelo HIV foram atualizados e podem ser consultados nas últimas publicações do Ministério da Saúde (37,48). Para as mulheres que chegam ao serviço decorridas mais de 72 h até o 5º dia do evento é administrada somente a AE. Os atendimentos social e psicológico são sempre realizados durante horário comercial ou agendados para o próximo dia útil. Ao final do atendimento de emergência, é agendado o primeiro retorno ambulatorial após 7-21 dias no Ambulatório de Atenção Especial. Para mulheres que chegam ao serviço de emergência após o período de 5 dias, mas ainda nos primeiros seis meses após a violência sexual, nominado como atendimento tardio, a entrada no serviço é realizada pelo mesmo ambulatório.

Particularmente com relação à AE, a OMS tornou disponível o uso do progestagênio levonorgestrel em 1990. Em 1999 o medicamento passou a ser comercializado no Brasil, no ano seguinte houve a liberação pelo Ministério da Saúde para

sua utilização nos serviços de atendimento à violência sexual; e a partir de 2005 seu acesso foi ampliado para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da federação. Em 2006 o Conselho Federal de Medicina determinou a prescrição da anticoncepção de emergência como direito da mulher. Atualmente, o uso da AE com levonorgestrel é realizada em dose única de 1,5 mg e apresenta maior eficácia quanto mais precoce é a administração. A AE não é abortiva, tem sido comercializada na maior parte do mundo e não há contraindicação ao seu uso emergencial (49). O mecanismo de ação para impedir a gravidez é o retardamento da ovulação, ou seja, da saída do óvulo do ovário para a tuba, local onde estão os espermatozoides. Por isso ela é mais eficaz quanto mais precoce é a tomada após o evento da violência sexual.

O seguimento ambulatorial por seis meses após a vivência da agressão é feito com acompanhamento multidisciplinar nas áreas de ginecologia, psiquiatria, enfermagem, assistência social e psicologia. O período de seis meses é o tempo necessário para a detecção de soroconversão das IST, para o diagnóstico das infecções genitais intercorrentes, e também entendido como período de acompanhamento necessário para o restabelecimento psíquico e social dessas mulheres. O objetivo do acompanhamento ambulatorial é o de promover a recuperação física, psicológica e social da mulher vítima de violência sexual.

O atendimento ambulatorial também é iniciado pelo enfermeiro que avalia o uso da PEP e possíveis queixas associadas à tomada dos medicamentos. Nesse primeiro atendimento, a enfermeira marcará os retornos para 45, 90, 180 dias para consultas de seguimento e aos 220 dias para alta, com agendamento da coleta de sorologias nos mesmos retornos de 45, 90 e 180 dias. Essa organização garante o período adequado às avaliações e facilita que a mulher possa se programar para as datas de consulta. Na primeira consulta ambulatorial o trabalho do ginecologista concentra-se na anamnese sobre a última menstruação, queixas intercorrentes de dores, desconforto vuvovaginal, urinário ou retal, febre ou sintomas virais; e é realizado o exame físico com avaliação de linfonodomegalias, fígado, baço e lesões de pele. O exame ginecológico é realizado com coleta de material para bacterioscopia da secreção vaginal, cultura endocervical, medida de pH vaginal e teste de aminas. Será importante o diagnóstico e tratamento da tricomoníase vaginal, única IST bacteriana não contemplada no tratamento profilático durante o atendimento de emergência. Apesar da importância dessa avaliação, é frequente que as mulheres não estejam dispostas ao exame ginecológico na primeira consulta e, se assim ocorrer, ela será

orientada a realizar o exame em alguma das consultas de retorno. O exame nunca deverá ser forçado e, em nossa experiência, as mulheres acabam por solicitá-lo no decorrer do acompanhamento.

Na primeira consulta ambulatorial, todas as mulheres são avaliadas pela psicologia e psiquiatria e, caso demandem consultas mais frequentes, têm agendamento diferenciado com esses profissionais. Todas elas são também avaliadas pelo serviço social. Apesar dessa primeira visita ambulatorial demandar algumas horas, com avaliação pelos diferentes profissionais, ela é determinante para avaliação dos riscos clínicos, de saúde mental e social e à proposição do acompanhamento individualizado nos próximos seis meses.

Até final de 2017 foram realizados 3.092 atendimentos de emergência e 461 atendimentos tardios a mulheres vítimas de violência sexual, e cerca de 60% dessas mulheres realizaram acompanhamento ambulatorial.

Neste serviço, o seguimento psiquiátrico acontece dentro dos seis meses de seguimento ambulatorial oferecido a estas vítimas, sendo o primeiro contato em seu primeiro dia de atendimento no ambulatório, que inclui consultas com todos que integram a equipe multiprofissional. Após a avaliação inicial, é estabelecida a hipótese diagnóstica e situacional e a frequência de retornos, sob a compreensão de que as mulheres que experimentam a violência sexual podem ter diferentes necessidades. Ainda que as circunstâncias possam parecer similares, suas vivências são únicas. A resposta emocional varia com o tipo, frequência, capacidade de enfrentamento ao longo do tempo de vítima para vítima, além de depender de uma combinação complexa de fatores internos (como estratégias pessoais de enfrentamento e/ou transtorno mental pré-existente) e externos (apoio social, gravidade da agressão, entre outros). A gravidade da violência sexual está associada à maior gravidade ou frequência de psicopatologia (13,24,30,51).

A avaliação psiquiátrica rotineira é uma inovação deste serviço e é composta pelos seguintes dados que permitem conhecer melhor o perfil das pacientes e traçar estratégias específicas posteriormente:

⇒ **Dados sociodemográficos:**

data de nascimento, idade, cor de pele, estado civil, filhos, escolaridade, profissão, situação profissional, religião, prática religiosa.

⇒ **Antecedentes pessoais:**

atividade sexual prévia, violência sexual pessoal ou familiar anterior, antecedente psiquiátrico pessoal e familiar, doença crônica.

Entre 28,7% a 45,4% dos casos, a agressão sexual representou a primeira relação sexual para a vítima e é um potencial agravante à maneira que irão lidar com sua sexualidade futura (15,52).

Mulheres que sofreram violência sexual antes dos 18 anos, apresentam um risco duas vezes maior de serem estupradas na vida adulta (12).

Pessoas portadoras de deficiências físicas ou transtornos mentais tem maior probabilidade de sofrer violência sexual (13)

⇒ **Dados do evento:**

data, local, agressor, intimidação, tipo de relação, mudanças físicas, reações psíquicas apresentadas, mudanças sociais.

A agressão por via vaginal é a mais comum, embora também ocorra por múltiplas vias (12,15).

⇒ **Rede de apoio:**

As vítimas dividem sua história com alguém na maioria das vezes, e, geralmente, preferem fazê-lo em situações individuais ao invés de situações em que haja várias pessoas ou em atendimentos grupais. As pessoas mais procuradas na rede informal de apoio são amigos, seguidos de familiares e parceiros. Predominantemente receberam apoio positivo (70 a 80%), no entanto, algumas receberam respostas negativas ou mistas, verbais e não verbais. A resposta da rede de apoio tem impacto na evolução dos quadros psíquicos das sobreviventes de estupro, (15,53), reforçando a necessidade de se estimular o enfrentamento desse problema organizando-se uma rede de cuidados.

⇒ **Detalhamento de antecedente psiquiátrico:**

As patologias psiquiátricas mais frequentemente encontradas entre os antecedentes psiquiátricos são: retardo mental, transtornos relacionados ao uso de substâncias

psicoativas, transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade e transtornos psicóticos. Sua correta detecção otimizará o cuidado de saúde mental ofertado (39).

⇒ **Estado emocional e mental desde o evento:**

Muitas mulheres reportam, após o evento, sentimentos de baixa autoestima, de que a vida estava arruinada, sentimentos de desconfiança ou até mesmo crença ou dúvida se a violência foi “merecida”. Neste aspecto, é extremamente importante que o profissional auxilie a paciente ao perceber que ela é a vítima nesta situação e que não estaria nesta circunstância se não houvesse um agressor. Outras apresentam intensa vergonha, reduzida capacidade de intimidade e de acolher a si mesma.

A ideação suicida muitas vezes está relacionada à estigmatização e a sentimentos de culpa (30). É de suma importância que este aspecto seja investigado ativamente pelo avaliador.

É necessário avaliar, a cada encontro, se a paciente está incapacitada pelos sintomas pós trauma. Isto significa verificar se ela tem conseguido funcionar nas atividades da vida diária (13).

⇒ **Hipótese diagnóstica:**

Tanto do ponto de vista nosológico (estabelecimento de diagnóstico psiquiátrico) quanto do ponto de vista contextual, ampliando para o diagnóstico da situação, que pode ser tão ou mais grave que a presença de um transtorno mental.

⇒ **Plano de tratamento:**

Sabe-se que menos de 35% das mulheres procuram profissionais da saúde mental após a agressão. Acompanhamento em saúde mental pode diminuir os sintomas mentais em sobreviventes de estupro. No Ambulatório de Atendimento Especial, a taxa de uso do atendimento de psiquiatria se aproxima de 63% do total das vítimas. Vítimas atendidas por profissionais da saúde mental tendem a perceber este atendimento como útil e satisfatório, considerando tanto o uso de medicação quanto de psicoterapia (39,54,55,56).

Há, portanto, pontos cruciais que conduzem a uma maneira mais eficiente e competente de assistir às vítimas de violência sexual:

- 1) Reconhecer que o atendimento a uma vítima de violência sexual tem impacto naquele que promove a assistência, tanto na esfera pessoal quanto profissional. É importante reconhecer seu limite;
- 2) Ter clareza de conceitos e definições relacionadas ao tema e esclarecer compreensões errôneas e moralistas (como os mitos sobre o estupro) para produzir cuidado ausente de julgamento, com respeito e dignidade;
- 3) Responder às orientações da OMS e Ministério da Saúde de aquisição de conhecimento técnico e treinamento específico e trabalho em equipe multidisciplinar e em rede.

O princípio primordial da não maleficência deve sempre guiar nossa prática e nos auxiliar a ponderar quando fazer ou não uma intervenção ou comentário. Uma boa capacidade de comunicação é fundamental. Nossa função é, acima de tudo, ser terapêuticos. (13).

Cuidados no atendimento à gestação decorrente de violência sexual: O que fazemos

Após a implementação do atendimento de emergência com a administração da anticoncepção de emergência (AE) nas primeiras 72 horas após a violência sexual, notou-se que o agravo da gravidez intercorrente praticamente não acontecia. Entre 127 mulheres que haviam utilizado AE no atendimento de emergência neste serviço, três engravidaram, mostrando um índice de falha do método de 2,3% (50). Por outro lado, a demanda para o aborto legal existe e é composta por mulheres que não receberam atenção de saúde logo após o evento. Muitas dessas mulheres são procedentes de outros municípios e até de outros Estados, referenciadas a partir de serviços de saúde do município ou que referem ter obtido informações sobre o serviço por meio da internet, de conhecidos ou familiares.

O fluxo para a solicitação de interrupção legal em nosso serviço se inicia com o acolhimento da mulher pela profissional do serviço social. A história da violência é anotada com o máximo de informações trazidas pela mulher, data e tipologia do evento. O prontuário médico é aberto, é realizada a ultrassonografia para datação da idade gestacional, e a avaliação médica é realizada no primeiro dia de atendimento ambulatorial seguido à chegada da mulher ao serviço. Na consulta médica são verificados os dados de última menstruação, antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos e realizados

exames físico e ginecológico; são avaliados a data do evento, tempo de amenorreia e dados da datação gestacional ecográfica e clínica. A avaliação psicológica e psiquiátrica também é realizada nesta consulta ambulatorial.

Em geral, as mulheres desconhecem o direito ao aborto legal na situação de violência sexual, descrevem a violência sofrida como experiência vergonhosa e mantêm em segredo o ocorrido, não buscam ajuda e não denunciam (57). Após o diagnóstico da gravidez os sentimentos descritos são de angústia, desespero e desejo de interrupção da gestação (57). Uma parte das mulheres, no momento da consulta médica, não está claramente decidida pela interrupção da gestação, e necessita de mais tempo para a tomada de decisão; o acompanhamento da equipe multidisciplinar é imprescindível nesse período. Todos os profissionais envolvidos no atendimento individual trabalham com a orientação às opções da mulher quanto ao aborto e à realização do pré-natal com doação ou não do recém-nascido. Algumas vezes são necessárias até duas semanas para a decisão pessoal da mulher e, em geral, as que demoram em decidir além desse período, acabam por desistir da interrupção legal.

O Programa de Atenção Especial tem prestado atendimento, em média, a 30 solicitações de interrupção legal decorrente de violência sexual ao ano. Dados de registro ainda não publicados deste serviço mostram que das mulheres que solicitaram interrupção legal entre os anos de 1994 e 2017, cerca de 60% optaram e realizaram a interrupção, 20% foram contraindicadas pela equipe, em geral por idade gestacional maior de 20 semanas, 10% das mulheres optaram por assumir a gestação com ou sem a doação do recém-nascido e outras 10% descontinuaram a avaliação por motivo não conhecido.

No Brasil as leis são restritivas ao aborto, portanto, são necessários os protocolos e a elaboração de documentação prevista na Portaria 1.508 do Ministério da Saúde para disponibilização institucional da interrupção legal da gestação (58). Em nosso serviço, uma Comissão composta dos profissionais da equipe multidisciplinar, Unidade de Internação, chefia da área de Ginecologia e o Diretor Clínico, avalia individualmente o preenchimento dos critérios para a aplicação da lei de interrupção de gestação decorrente de violência sexual. O procedimento técnico tem sido a indução medicamentosa realizada em regime de internação hospitalar, segundo recomendações da OMS e as previstas em Norma Técnica (37,59).

Em 2012, estudo nacional avaliou os serviços públicos que realizavam atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e encontrou 1.395 estabelecimentos que referiam atender mulheres e crianças, 8% deles seguiam protocolos baseados na Norma Técnica (60). Dos 874 hospitais e prontos-socorros de adultos que prestavam o atendimento, somente 30% referiam realizar a interrupção legal de gestação decorrente de violência sexual, 37% para casos de risco de vida da mulher e 26% para os casos de malformação fetal incompatível com a vida; entretanto, 5,6%, 4,8% e 5,5% respectivamente, haviam realizado pelo menos um procedimento específico nos últimos 10-14 meses antes da pesquisa (60).

No Brasil, o atendimento à violência sexual passou a ser obrigatório em todos os serviços do Sistema Único de Saúde que funcionam 24 h (61,62) e existem outras políticas públicas previstas em decreto de lei (63); além disso, foi estabelecida remuneração diferenciada para os atendimentos a pessoas em situação de violência e para o tratamento de seus agravos (64). Todos esses marcos legais têm o objetivo de estimular a atenção qualificada e criar novos serviços para o atendimento às vítimas de violência sexual.

Os serviços podem ter restrição à formação de equipes multidisciplinares para o atendimento às vítimas de violência sexual, entretanto, é claro que faltam profissionais sensibilizados e capacitados para dispensar esse cuidado. E talvez essa seja uma das principais missões do Programa de Atenção Especial do CAISM/UNICAMP, a formação de recursos humanos.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013. [acesso em 29 jul. 2021]. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
2. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, Stoianov M. (2005). Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública. 39(3): 376-382. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300007>
3. The Lancet. Medical students should be taught about rape. Lancet 2007;369:1234.
4. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK , Bhandari M, Goslings FRCSC & J. C. Barriers to Screening for Intimate Partner Violence, Women & Health. 2012;52(6):587-05. [acesso em 29 jul. 2021]. Disponível em:
doi:10.1080/03630242.2012.690840.
5. Kennedy, Kieran M Vellinga A, Bonner N, Stewart B, McGrath D. 2013. How teaching on the care of the victim of sexual violence alters undergraduate medical students' awareness of the key issues involved in patient care and their attitudes to such patients. Journal of Forensic and Legal Medicine.2013;20(6):582–7.
6. Siegel M, Chen Gonzalez E, Wijesekera O, et al. On-the-go-training: downloadable modules to train medical students to care for adult female sexual assault survivors. MedEdPORTAL. 2017;13:10656.
7. Koschorke, A., Tilzey, A. and Welch, J. (2007), Should medical students be taught about rape? A survey of UK medical schools. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007;114:224–5. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01205.x
8. Mattar R, Abrahão AR, Andalaft Neto J, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR, et, al. (2007). Multidisciplinary care for victims of sexual assault: the experience at the Federal University in São Paulo, Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(2):459-4. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200023>.
9. Payne, D., Lonsway, K., & Fitzgerald, L. (1999). Rape Myth Acceptance: Exploration of Its Structure and Its Measurement Using the Illinois Rape Myth Acceptance Scale. Journal of Research in Personality.1999;33:27-68.
10. Peterson, Z. D., & Muehlenhard, C. L. (2004). Was It Rape? The Function of Women's Rape Myth Acceptance and Definitions of Sex in Labeling Their Own Experiences. Sex Roles. 2004;51(3/4):129-44.
<http://dx.doi.org/10.1023/B:SERS.0000037758.95376.00>
11. Burt M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. J. Pers. Soc. Psychol . 1980;38:217–30. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.2.217>

12. Krug EG, Dahlberg TT, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Eds.) World report on violence and health. World Health Organization, Geneva; 2002. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
13. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization; 2013. [acesso em: 31 jul. 2021]. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1
14. Brasil. SIPS: Sistema de indicadores de percepção social. Tolerância social à violência contra as mulheres. Brasília. 2014. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_antigo.pdf
15. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública? 2013;29(5):889-98. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>
16. Zilkens RR, Smith DA, Phillips MA, Mukhtar SA, Semmens JB, Kelly MC. Genital and anal injuries: A cross-sectional Australian study of 1266 women alleging recent sexual assault. Forensic Sci Int. 2017;275:195-02. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379073817301147>
17. Zilkens (b) RR, Smith DA, Kelly MC, Mukhtar, Semmens JB, Phillips MA. Sexual assault and general body injuries: A detailed cross-sectional Australian study of 1163 women. Forensic Science International. 2017;279:112-20. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28863402/>.
18. Wirtz AL, Schwartz S, Ketende S, Anato S, Nadedjo FD, Ouedraogo HG, Ky-Zerbo O, Pitche V, Grosso A, Papworth E, Baral S. Sexual violence, condom negotiation, and condom use in the context of sex work: results from two West African countries. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015;1(68): Suppl 2:S171-9. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25723982/> doi: 10.1097/QAI
19. Vargas JD. Padrões do estupro no fluxo do sistema de justiça criminal em Campinas, São Paulo [Standard rape cases in the criminal justice system in Campinas, São Paulo. 2008;11(2). [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1414-49802008000200003>
20. Harris KL (2018): Yes means yes and no means no, but both these mantras need to go: communication myths in consent education and anti-rape activism, Journal of Applied Communication Research. 2018;46(2):155-178. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00909882.2018.1435900>

21. Kaufmann G, Drevland, GCB, Wessel E, Overskeid G, Magnussen S. The importance of being earnest: Displayed emotions and witness credibility. *Applied Cognitive Psychology*. 2003;17(1): 21-34. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/acp.842>
22. Winkel, F. W., & Koppelaar, L. (1991). Rape victims' style of self-presentation and secondary victimization by the environment: An experiment. *Journal of Interpersonal Violence*. 1991;6(1):29–40. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/088626091006001003>
23. Larcombe, W. (2002). The ‘ideal’ victim v successful rape complaints: Not what you might expect. *Feminist Legal Studies*, 10, 131148.
24. Klippenstine MA & Schuller R. Perceptions of sexual assault: expectancies regarding the emotional response of a rape victim over time. *Psychology, Crime & Law*. 2012;18(1):79-94. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1068316X.2011.589389>.
25. Campbell B, Menaker T, King W. The determination of victim credibility by adult and juvenile sexual assault investigators. *Journal of Criminal Justice*. 2015;43 (1): 29-39.
26. Koss MP, Abbey A, Campbell R, Cook S, Norris S, Testa M, Ullman S, West C, White J. Revising the SES: A Collaborative Process to Improve Assessment of Sexual Aggression and Victimization. *Psychology of Women Quarterly*. 2007;31(4):357–70. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00385.x>
27. Klement KR, Sagarin BJ, Lee EM. Participating in a Culture of Consent May Be Associated With Lower Rape-Supportive Beliefs. *J Sex Res*. 2017;54(1):130-4. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1168353>
28. Curtis JN, Burnett S (2017). Affirmative Consent: What Do College Student Leaders Think About “Yes Means Yes” as the Standard for Sexual Behavior? *American Journal of Sexuality Education*. 2017;12(3):201-214. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15546128.2017.1328322>
29. McConnell AA, Messman-Moore TL, Gratz KL , DiLillo D. Beyond the Force–Substance Dichotomy: Examining the Experience of Combined and Incapacitated Type Rapes and Their Relation to PTSD Symptoms. *Journal of Interpersonal Violence* . 2017;37. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260517724252>
30. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta- analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017;56:65-81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
31. World Health Organization. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. Geneva: World Health Organization; 2017.

32. Diniz NMF, Almeida LCG, Ribeiro BCS, Macêdo VG. Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet]. 2007;15(1):7-12. [acesso em: 12/02/2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a02.pdf>
33. Sormanti M, Smith E. 2010. Intimate partner violence screening in the emergency department: US medical residents' perspective. Int Q Comm Health Edu. 2010;30(1):21–40. [acesso em: 12/02/2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/IQ.30.1.c>
34. Colarossi L, Breitbart V, Betancourt G. (2010), Barriers to Screening for Intimate Partner Violence: A Mixed-Methods Study of Providers In Family Planning Clinics. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2010;42:236–43. [acesso em: 12/02/2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.1363/4223610>
35. Amin P, Buranosky R, Chang JC. Physician's perceived roles, as well as barriers, towards caring for women sex assault survivors. Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health. 2017;27(1):43-9. [acesso em: 12/02/2018]. Disponível em: [10.1016/j.whi.2016.10.002](https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.10.002)
36. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. The British Journal of General Practice. 2006;56(525):249-7.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
38. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Bedone AJ. Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul-agosto 2010;18(4):8. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_12.pdf
39. Facuri, CO, Fernandes, AMS, Azevedo, RCS. (2014), Psychiatric evaluation of women who were assisted at a university referral center in Campinas, Brazil, following an experience of sexual violence. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2014;127:60–65. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.04.020>
40. Câmara dos Deputados. Decreto-Lei número 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html> Acessado em 22/07/2018.
41. Ministério da Saúde. Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde,

2005. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf Acessado em 22/07/2018.
42. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica, 1^a edição. Brasília:1998. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
https://jornalgn.com.br/sites/default/files/documentos/norma_tecnica_9nov1998_0.pdf
43. Garcia MT, Figueiredo RM, Moretti ML, Resende MR, Bedoni AJ, Papaiordanou PM. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. Sex Transm Dis. 2005;32(4):214-9.
44. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica. 2^a ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_vio_ta_2005_violencia_sexual_contra_mulheres_e_adolescentes.pdf Acessado em 22/07/2018.
45. Campos EA, Pitta DR, Costa FA, Campos VM, Yela D, Fernandes A. DNA extraction from filter-paper spots of vaginal samples collected after sexual violence. Int J Gynaecol Obstet. 2014;126(1):23-7.
46. Bedone A, Faúndes A, Bastos AF, Pedro Neto AH, etc. I Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei - Relatório Final. Femina. 1997;25(1):69-78.
47. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: Norma Técnica. 1^a Edição. Brasília, 2015. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf
48. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais. Brasília. 2017. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV IST hepatites virais.pdf Acessado em 22/07/2018.
49. World Health Organization Task Force. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet. 1998;352(9126):428-33.
50. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad Saude Publica. 2005;21(1):192-9.
51. Reeves EA, Humphreys JC. Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. J Clin Nurs. 2017;00:1-13.

52. Andrade RP, Guimarães ACP, Fagoti Filho A, Carvalho NS, Arrabal JS, Rocha DM, et al. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. Rev Bras Ginecol Obstet 2001;23:583-7
53. Lorenz K, Ullman SE, Kirkner A, Mandala R, Vasquez AL, Sigurvinssdottir R.(2017) Social Reactions to Sexual Assault Disclosure: A Qualitative Study of Informal Support Dyads. Violence Against Women . Violence Against Women. 2018;24(12):1497-20. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801217732428>
54. Campbell R, Sefl T, Barnes HE, Ahrens CE, Wasco SM, Zaragoza-Diesfield Y. Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1999;67:847–58. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.847>
55. Starzynski L, Ullman SE. Correlates of perceived helpfulness of mental health professionals following disclosure of sexual assault. Violence Against Women. 2014;20:74–94. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077801213520575>.
56. Starzynski LL, Ullman SE, Vasquez AL. Sexual Assault Survivors' Experiences with Mental Health Professionals: A Qualitative Study. Women & therapy. 2017;40(1-2):228-46. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02703149.2016.1213609>
57. Machado CL, Fernandes AM, Osis MJ, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. Cad Saude Publica 2015;31(2):345-53.
58. Ministério da Saúde. Portaria 1.508 de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html
59. Organização Mundial de Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2 ed. Genebra. 2013. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf.
60. Andalaft J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. Femina 2012;40(6):301-6.
61. Brasil. Diário Oficial da União. Lei 12.845 de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm
62. Ministério da Saúde. Portaria 485 de 1º de Abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html

63. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 8.086 de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/decreto/d8086.htm
64. Ministério da Saúde. Portaria 618 de 22 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0618_18_07_2014.html

CAPÍTULO 14

TERMINALIDADE DA VIDA: ASPECTOS ÉTICOS

Professor Dr. Flávio César de Sá

2021

Sumário

Terminalidade

Introdução

Eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia

Eutanásia e suicídio assistido

Distanásia

Ortotanásia

Suspensão ou não introdução de terapia de suporte de vida

Reanimação cardiopulmonar

Definição de morte e morte encefálica

Considerações finais

Referências Bibliográficas

Terminalidade

Introdução

Durante o século XX, o enorme avanço nas ciências biomédicas e o grande progresso da tecnologia incorporada à assistência médica proporcionaram uma completa mudança no perfil de morbimortalidade da população mundial. Entre as mais importantes conquistas deste século, podemos citar a disseminação do uso de vacinas, a antibioticoterapia, a melhora na qualidade das técnicas de anestesia e de cirurgia, os antipsicóticos, respiradores artificiais, hemodiálise e o desenvolvimento do conceito de terapia intensiva, aliados a melhores condições de saneamento básico e a um acesso maior da população à assistência médica. A expectativa média de vida em todo o mundo passou de 31 anos em 1901 para 48 anos na década de 50 e no final do século para 65 anos (em alguns países, como o Japão, mais de 80 anos). Com o aumento da expectativa de vida, as principais causas de morte e invalidez mudaram das doenças infecciosas na infância, para as doenças crônicas não transmissíveis em adultos. Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis matam um número maior de pessoas que todas as doenças infecciosas juntas.¹

Estas mudanças afetaram profundamente a maneira de morrer e mudaram também o papel do hospital no tratamento das doenças. O foco central da relação médico/paciente passou a ser o tratamento das doenças e não mais o cuidado com a pessoa doente. A grande incorporação de tecnologia ao atendimento médico fez do hospital o local preferencial do tratamento das doenças, particularmente das mais graves. A maioria das mortes hoje acontece no ambiente hospitalar, ao contrário do que acontecia no passado. A morte passou de um evento doméstico, público e familiar, a um evento hospitalar, privado, muitas vezes solitário.²

A possibilidade do prolongamento da vida das pessoas trouxe um efeito colateral indesejado: muitas vezes, tratamentos são instituídos sem que se considere adequadamente o prognóstico do caso ou os desejos do paciente. Novos fenômenos passaram a ocorrer nos hospitais, particularmente nas unidades de tratamento intensivo: o tratamento fútil e a distanásia. Um novo dilema se apresentou para os profissionais de saúde: quando é hora de parar ou reduzir a intensidade de um tratamento? Se um

tratamento já instituído não está surtindo o efeito desejado é possível interrompê-lo? Mesmo que este seja um meio de sustentação de vida?

No paciente terminal o foco da assistência médica tem que mudar do tratamento da doença para o cuidado com a pessoa doente e seus familiares.³ Este é o domínio dos cuidados paliativos. É o momento em que a biografia é mais importante que a biologia, como nos ensina o professor de bioética Léo Pessini – quem é esta pessoa que está morrendo, qual a sua história, quais seus desejos e qual a sua maneira de encarar a vida. O tratamento é apenas uma parte do cuidado e a busca de proporcionalidade neste cuidado tem se revelado um dos maiores problemas éticos com os quais os médicos se deparam hoje.⁴

Decisões acerca do tipo de tratamento a ser oferecido aos pacientes no final de suas vidas vão determinar as circunstâncias de sua morte e formatar a maneira como estas pessoas vão viver seus últimos dias – em que lugar, acompanhadas por quem e com qual grau de sofrimento ou conforto. Estas decisões nos obrigam a encarar nossas posturas éticas em relação ao alívio do sofrimento, ao significado da vida e da morte, ao respeito aos [direitos das pessoas](#) e aos verdadeiros objetivos da medicina.

Eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia

O fato de a grande maioria das mortes acontecerem hoje no ambiente hospitalar faz com que os profissionais de saúde desempenhem um papel muito importante e decisivo na determinação da maneira de morrer das pessoas. Quatro conceitos diferentes sobre a forma de morrer precisam ser bem entendidos: eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia.

Eutanásia e suicídio assistido

O termo “eutanásia” foi usado pela primeira vez no contexto médico por Sir Francis Bacon (1561-1626), filósofo, cientista e jurista inglês. Bacon escreveu que “a morte deveria advir de forma indolor, feliz e tranquila”, durante a qual era “responsabilidade dos médicos aliviar o sofrimento físico do corpo.”⁶

Seu significado etimológico é “morte boa” (do grego: *eu* = bom/boa; *thanatos* = morte), porém ganhou uma conotação muito negativa durante o regime nazista quando milhares de pessoas portadoras de deficiência mental e defeitos físicos, consideradas como portadoras de “vidas indignas” foram mortas.⁷ Hoje, o entendimento geral é de que eutanásia significa abreviar a vida para aliviar o sofrimento. A prática da eutanásia não está necessariamente ligada à condição de terminalidade, mas sim ao alívio de um sofrimento considerado intolerável. Também não implica, necessariamente, que a morte da pessoa ocorra por solicitação desta. Considera-se que a eutanásia pode ser *ativa*, quando existe uma ação que determina diretamente a morte da pessoa ou *passiva*, quando a morte decorre da omissão de algum procedimento que poderia ter evitado esta mesma morte. É comum existir a confusão entre eutanásia passiva e ortotanásia, em virtude de ambas decorrerem de não intervenção médica, mas este não é o entendimento mais preciso. A diferença fundamental está na intenção. Enquanto na eutanásia passiva (ou ativa) o que se busca é a morte, na ortotanásia, é o alívio do sofrimento, sendo a morte, consequência. Você não quer matar para aliviar o sofrimento, quer apenas aliviar o sofrimento.

Nem todo paciente em uso de suporte artificial de vida é terminal ou não tem indicação de medidas de suporte. A eutanásia passiva consiste na suspensão ou omissão deliberada de medidas que seriam indicadas nestes casos e poderiam ser benéficas ao paciente, com intenção de matar, enquanto, na ortotanásia, há omissão ou suspensão de medidas que perderam sua indicação, por resultarem inúteis para o paciente, no grau de doença em que este se encontra.⁸ No Brasil, a eutanásia é crime, entendida como homicídio, previsto no artigo 121 do Código Penal. O Código de Ética Médica condena a prática no artigo 41: “É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.”

É frequente a confusão entre eutanásia e suicídio assistido. Enquanto na eutanásia o procedimento que leva à morte deve ser executado por alguém que não o paciente, e não necessariamente a pedido deste, no suicídio assistido o próprio paciente tem que desejar a morte e ser o agente ativo, com a orientação e auxílio de um médico ou terceiro. O ponto central desta distinção é a necessidade da participação do paciente na decisão sobre a forma de morrer, obrigatória no suicídio assistido. O suicídio assistido, às vezes chamado de “eutanásia voluntária”, é legal em alguns países da Europa (Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Suíça) e em alguns estados norte-americanos (Oregon, Washington, Califórnia e Vermont). Em todos, menos na Suíça, exige-se que o suicídio seja assistido por um médico.^{9,10}

Distanásia

A distanásia ocorre quando impedimos o paciente de morrer, sem qualquer outra finalidade que não o aumento da quantidade de vida. Os avanços tecnológicos e científicos e os sucessos no tratamento de doenças levaram a medicina a se preocupar cada vez mais com a cura de doenças e a colocar em segundo plano o cuidado com o portador das doenças. Saúde passou a se definir como ausência de doença e a morte, o grande inimigo a ser derrotado. O objetivo do médico é prolongar ao máximo a duração da vida; a qualidade desta vida, difícil de ser medida objetivamente por métodos científicos ou tecnológicos, passou para o segundo plano. Esta postura é amparada por uma cultura de valorização da vida a qualquer preço, muito ligada à tradição religiosa da sacralidade da vida. Este conjunto – avanço tecnológico mais cultura de valorização extrema da vida, aqui confundida com valorização extrema do corpo – levou a situações conhecidas como de “obstinação terapêutica”, em que tratamentos vão sendo instituídos e intensificados sem que haja um planejamento terapêutico, sem que se estabeleçam metas de tratamento. Pacientes sem qualquer prognóstico de recuperação ou até mesmo de melhora são mantidos vivos, na verdade, impedidos de morrer. Esta postura de glorificação do corpo físico não respeita a sacralidade da vida.¹¹ A melhor maneira de evitar a distanásia é avaliar permanentemente os objetivos do tratamento, junto ao paciente e seus familiares, e procurar perceber quando o cuidado paliativo deve prevalecer.

Ortotanásia

A morte, quando inevitável, deve ser encarada com equilíbrio de atitudes e cercada de todos os cuidados possíveis para evitar a dor e o sofrimento. Uma mudança de paradigma é necessária para evitar os extremos da eutanásia e da distanásia. Enquanto o referencial for a medicina predominantemente curativa, é difícil encontrar um caminho que não pareça desumano, por um lado, ou descomprometido com o valor da vida humana, por outro. Destaco trechos extraídos do livro publicado pelo Conselho Federal de Medicina, intitulado "Iniciação à Bioética": "Dentro do horizonte da medicina curativa que entende a saúde primordialmente como a ausência de doença, é absurdo falar da saúde do doente crônico ou terminal porque, por definição, ele não tem nem pode ter saúde. Porém, se redimensionamos nosso conceito de saúde para focalizar suas dimensões positivas, descobrimos que existe sentido em se falar da saúde do doente crônico ou terminal, já que nos referimos a seu bem-estar físico, mental, social, cultural e espiritual, mesmo quando não há perspectiva de cura".

Isto nos permite também desenvolver o conceito de ortotanásia que permite ao doente que já entrou na fase final de sua doença, e àqueles que o cercam, enfrentar seu destino com certa tranquilidade porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. Uma vez aceito este fato "abre-se a possibilidade de trabalhar a distinção entre curar e cuidar, entre manter a vida – quando isto for o procedimento correto – e permitir que a pessoa morra – quando sua hora chegou. Neste processo, o componente ético é tão importante quanto o técnico. O ideal é realizar a integração entre conhecimento científico, habilidade técnica e sensibilidade ética numa única abordagem. Quando se entende que a ciência, a técnica e a ética têm sua razão de ser no serviço à pessoa humana individual, comunitária e socialmente, descobre-se no doente crônico e terminal um valor até então escondido ou esquecido. Devemos respeitar sua autonomia: ele tem o direito de saber e o direito de decidir. Tem o direito de não ser abandonado; direito ao tratamento paliativo para amenizar seu sofrimento e dor; direito de não ser tratado como mero objeto cuja vida pode ser encurtada ou prolongada segundo as conveniências da família ou da equipe médica. Estas são exigências éticas que procuram promover o bem-estar do doente terminal e, consequentemente, sua saúde enquanto não morre. No fundo, ortotanásia é deixar morrer saudavelmente, cercado de amor e carinho, amando e sendo amado enquanto se prepara para o mergulho final no Amor que não tem medida e que não tem fim.”¹²

A ortotanásia é amparada pelo artigo Art. 41 do Código de Ética Médica, que diz em seu parágrafo único que “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”

Suspensão ou não introdução de terapia de suporte de vida

“Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.” Este é o preâmbulo da Resolução 1.805, de novembro de 2006, do Conselho Federal de Medicina que trata do cuidado com o paciente terminal e que definiu e normatizou a ortotanásia no

Brasil.¹³ A Resolução deixa claro que são atitudes éticas a não-introdução e a suspensão de procedimentos e tratamentos que visem apenas prolongar a vida de pacientes em estado terminal. **Deixar morrer não é matar.**¹⁴

Não existe diferença do ponto de vista ético entre não introduzir ou suspender meios de sustentação de vida no paciente terminal, uma vez que não há no horizonte do tratamento a recuperação do paciente. Na prática, porém, observa-se que as equipes de saúde têm mais dificuldade em suspender procedimentos já iniciados do que não introduzir algum tratamento. Esta maior dificuldade pode ter fundamento psicológico e não deve evitar que procedimentos que estejam prolongando o sofrimento dos pacientes sejam interrompidos. Os profissionais de saúde devem se esforçar para compreender que ambas as condutas são ética e legalmente equivalentes e permitidas. Ainda, como está claro na Resolução 1.805, o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-se o direito da alta hospitalar. A este respeito, a Lei Estadual nº 10.241, de março de 1999, conhecida por [Lei dos Direitos do Paciente](#), estabelece, em seu artigo 2º, inciso XXIV, que é direito dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo optar pelo local de morte.¹⁵ Assim, é lícito, se for este o desejo do(a) paciente ou de seu representante legal, permitir que um paciente terminal deixe a UTI ou mesmo o hospital para morrer onde desejar, ainda que a morte possa sobrevir rapidamente após a alta.

Reanimação cardiopulmonar

Uma das maiores conquistas da medicina foi a reanimação cardiopulmonar (RCP). As primeiras tentativas bem-sucedidas de desfibrilação externa em 1956, de respiração boca-a-boca em 1958 e de massagem cardíaca externa em 1958 e a publicação dos primeiros casos em que todas estas técnicas foram usadas simultaneamente em uma série de pacientes, com sucesso, em 1960, mudaram a definição de morte.¹⁶

A possibilidade de trazer alguém de volta à vida conferiu à RCP um caráter quase mágico, como se a capacidade de fazer o coração voltar a bater também proporcionasse ao paciente a recuperação da sua saúde. Além disso, em uma sociedade em que a mídia televisiva tem grande importância na informação e na formação de opinião da população, seriados muito populares de TV mostraram índices de sucesso de RCP de 70%¹⁷, bastante superior ao real, pois estudos mostram que o número de pacientes que recebem alta hospitalar após uma parada

cardíaca é inferior a 20%, se a parada ocorrer dentro do hospital¹⁸ e inferior a 7% se o paciente sofrer a parada fora do ambiente hospitalar.¹⁹ Este contexto sociocultural contribuiu para que muitas vezes os médicos se sentissem na obrigação de aplicar RCP a todo paciente que sofresse uma parada cardíaca. Como todo procedimento médico, porém, RCR tem indicações e contraindicações que devem ser respeitadas. Pacientes sem chance de recuperação não devem ser submetidos a um procedimento que não vai contribuir para a melhora do seu prognóstico. RCP, como outros tratamentos, deve fazer parte do plano terapêutico do paciente, e sua aplicação deve ser discutida previamente com este ou com seu representante legal. Podemos considerar as decisões de não aplicar RCP como diretivas antecipadas específicas para o caso de parada cardiorespiratória. Estudo relativo ao tratamento de crianças mostra que médicos e enfermeiros acreditam que discutem o que fazer em caso de parada cardiorrespiratória mais tarde do que deveriam e que a decisão de não reanimar serve como um indicativo para outras decisões envolvendo intervenções terapêuticas ao longo do tratamento em casos muito graves.²⁰ Outro estudo mostra que pacientes portadores de mais de uma morbidade, particularmente, desordens cognitivas, câncer e Acidente Vascular Cerebral, estão associados positivamente à decisão de não aplicar RCP.²¹

Caso seja decidido que o paciente não deve receber RCP, isto deve ser anotado em seu prontuário e comunicado a todos que participam do atendimento deste paciente. Esta decisão não deve ser unilateral, a não ser nos casos em que o paciente não tenha possibilidade de participar e não tenha representante legal, situação em que a equipe deve decidir baseada no que considera o melhor interesse do paciente. Como em toda diretiva antecipada, a decisão do paciente, se houver, prevalece sobre qualquer outra opinião não médica, inclusive sobre as opiniões de familiares. Nos casos em que houver discordância entre a equipe e o paciente e seus familiares quanto à propriedade da aplicação de RCP deve haver uma conversa mais clara sobre a situação clínica do caso e os motivos pelos quais a equipe acredita que a RCP é inútil. Muitas vezes, a conversa sobre RCP inicia um processo de discussão sobre os objetivos do tratamento do paciente terminal que pode vir a impedir a ocorrência de distanásia.

Definição de morte e morte encefálica

Antes da década de 60 do século XX, a definição biomédica de morte era relativamente simples: cessação dos batimentos cardíacos e dos movimentos respiratórios, ausência de pulso e de circulação do sangue eram considerados como sinais inequívocos de morte. Considerava-se morto alguém cujo corpo todo parava de funcionar. Algum erro nesta determinação podia

ocorrer e o pavor de ser enterrado vivo está entre os medos mais profundos da humanidade. Este medo ancestral deu origem aos velórios e a estratégias mais bizarras, como deixar uma corda ligando o punho do falecido a um sino do lado de fora do túmulo para o caso de o defunto “acordar” depois de sepultado e poder avisar que estava vivo. O sucesso das manobras de reanimação cardiovascular, drogas vasoativas, hemodiálise e, principalmente, dos respiradores artificiais obrigaram a uma redefinição do conceito de morte. O critério cardiopulmonar de morte já não era aplicável a todos os casos. Agora era possível manter vivo alguém que tinha alguma parte do corpo não funcionando. A possibilidade de manter vivas pessoas com graves lesões neurológicas permitiu a observação de casos em que o estado de coma era irreversível e caminhava rapidamente para deterioração de outras funções corporais, seguida de parada cardiorrespiratória. A este estado, pesquisadores franceses denominaram, em um artigo publicado em 1957, *coma dépassé* (coma ultrapassado).²² Estes autores, porém, não identificaram este estado como sendo equivalente à morte. Alguns anos depois, um comitê especial da faculdade de Medicina da Universidade Harvard publicou um relatório que definia o coma irreversível como um novo critério de morte. O relatório apontava que a morte do cérebro poderia ocorrer isoladamente e que, uma vez instalada, era irreversível. Os pacientes nesta situação jamais recobrariam suas funções intelectuais e isto representaria um enorme fardo para eles próprios, para seus familiares, para os hospitais e para outros pacientes que ainda têm chance de recuperação mas não têm acesso à UTI porque o leito está ocupado por um paciente sem prognóstico.²³ Ao longo dos anos, o critério neurológico de morte foi se aperfeiçoando até chegar ao que hoje definimos como “morte encefálica”, definida como a completa e irreversível parada de todas as funções do encéfalo (cérebro e tronco encefálico). O conceito de “morte do corpo todo” foi substituído pelo de “morte do corpo como um todo”, já que, sem o controle proporcionado pelas estruturas encefálicas, o corpo perde a integridade funcional. Após a morte encefálica, seguem-se alterações fisiológicas que levam à parada cardíaca, geralmente em um período de algumas horas a poucos dias.²⁴ Com tratamento intensivo já se conseguiu manter a estabilidade hemodinâmica de um paciente por 165 dias²⁵ e há relatos de mulheres grávidas que foram mantidas estáveis após o diagnóstico de morte encefálica até que o feto atingisse maturidade suficiente para o parto.²⁶

O Brasil adotou a morte encefálica como critério legal de morte em 1997, através da lei que regulamenta o transplante de órgãos e tecidos no país.²⁷ No mesmo ano, por determinação da lei, o CFM publicou a Resolução 1480 que especifica os critérios para a determinação da morte encefálica.²⁸ A partir destes documentos legais, a morte encefálica passou a ser

reconhecida como critério de morte no país, juntamente com a morte cardiorespiratória. Em 2007, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma resolução afirmando que todo suporte de vida pode ser retirado do paciente não-doador de órgãos quando declarada a morte encefálica, e que na Declaração de Óbito deve constar como data e hora da morte o momento da determinação da morte encefálica.²⁹

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou atualização de critérios para a definição de morte encefálica e critérios para seu diagnóstico, por meio da Resolução nº 2.173/17, que substituiu a de nº 1.480/97, atendendo à lei nº 9.434/97 e ao decreto presidencial nº 9.175/17, que regulamentam o transplante de órgãos no Brasil.³⁰

A definição de um critério legal de morte não significa que a questão está resolvida em todos os campos. A morte continua sendo um problema filosófico, religioso, social e cultural. Mesmo no meio médico há quem não aceite a morte encefálica como critério de morte, alegando que este é um conceito complexo, que extrapola a biociência. Para algumas pessoas é incompreensível que alguém esteja morto, mas com algumas funções preservadas e com o coração batendo. Estas objeções devem ser ouvidas e respeitadas, mas deve haver um limite: não se pode ocupar um leito com um paciente legalmente morto se houver a necessidade de atender outro paciente com possibilidade de recuperação. Nestas situações, recomenda-se acomodar o paciente em morte encefálica em outro leito, de preferência em um lugar que permita a presença dos familiares e amigos, manter a ventilação artificial e cuidados básicos de higiene, e aguardar a parada cardíaca. Outros tratamentos que o paciente estava recebendo antes da morte encefálica podem ou não ser removidos, de acordo com o que o médico e os familiares do paciente resolverem, mas não deve haver aumento na intensidade de nenhum tratamento, nem introdução de novas medidas.

Considerações finais

Destaco trecho de nossa co-autoria publicado na Sociedade Brasileira de Bioética: “A morte aparece hoje em nossa sociedade como um tabu e como assunto de intensas discussões no âmbito da saúde. Os avanços da tecnologia médica e a possibilidade real de intervenção no processo de morte suscita debates acerca de situações de *Eutanásia* (antecipação do momento da morte) e *Distanásia* (prolongamento obstinado do processo de morrer). É importante enfatizar a *Ortotanásia* que é o uso racional dos recursos terapêuticos visando uma morte digna,

com melhor controle possível do sofrimento e da dor, evitando um prolongamento desnecessário do processo de morrer.

Para além do conceito de *Ortotanásia*, recentemente tem-se buscado o resgate de uma disposição especial de enfrentamento da doença, que dá sentido à morte, através de um processo de morrer socialmente compartilhado e ritualizado. Este conceito tem sido referido como *Calotanásia* (do grego: *kalos* - bela e *thanatos* - morte), que é mais abrangente e menos conhecido que a da *Ortotanásia* e tem sido chamado simplesmente como “boa morte” ou até “bela morte”. Entende-se hoje que uma boa medicina não é suficiente para uma boa morte. É necessária a combinação de recursos terapêuticos, morais e espirituais. A noção de *Calotanásia*, que fundamenta o moderno movimento *hospice*, inclui os esforços para o cuidado respeitoso com as crenças e valores que dão sentido à vida (e, portanto, também à morte) do paciente e sua família. Este conceito deve ser divulgado e incorporado, devendo fazer parte da formação de todos os profissionais de saúde, particularmente aqueles envolvidos com Cuidados Paliativos, Terminalidade e Bioética.”

Referências bibliográficas

1. WHO – World Health Organization. 2017 World Health Statistics. [internet] Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1>
2. Ariès P. A história da morte no ocidente. São Paulo: Nova Fronteira; 2012.
3. Cassel EJ. The nature of healing: The modern practice of medicine. New York: Oxford University Press; 2013. pg. 73-4.
4. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: São Camilo:Loyola; 2001.
5. Berlinger N, Jennings B & Wolf SM. The Hastings Center guidelines for decisions on life-sustaining treatment and care near the end of life. 2nd Ed. New York: Oxford University Press;2013. pg. 57-8.
6. Bacon F. The advancement of learning. [internet]. London: Cassel; 1893 [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em <https://www.gutenberg.org/files/5500/5500-h/5500-h.htm>
7. Steger F, Görgl A, Strube W, Winckelmann HJ & Becker T. Transferred to another institution: Clinical histories of psychiatric patients murdered in the nazi “euthanasia” killing program. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2011; 48(4):268-74
8. Villas-Bôas MA. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. Rev Bioética. 2008; 16(1): 61-83.
9. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries e US states: systematic literature review. Med Care. 2013;51(10):938-44.
10. Lewis P, Black I. Adherence to the request criterion in jurisdictions where assisted dying is lawful? A review of the criteria and evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland. J Law Med Ethics. 2013; 41(4):885-98
11. Discurso do Papa João Paulo II aos participantes na assembleia plenária da Pontifícia Academia para a Vida. Roma; 1999.
12. Martin LM. Eutanásia e distanásia. in: Costa SIF, Garrafa V & Oselka G [orgs]. Iniciação à bioética. [internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/inicio%20%20biotica.pdf>
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805: Terminalidade [internet]. Brasília; 9 de novembro de 2006. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=18>
14. Torres JHR: aula proferida aos alunos do quarto da Faculdade de Medicina da Unicamp; em 2016.
15. Oselka G. Direitos dos pacientes e legislação. Rev Ass Med Brasil. 2001; 47(2):104-5. [acesso em 2021 ago 15]. Disponivel em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200024>.
16. De Bard ML. The history of cardiopulmonary resuscitation. Ann Emerg Med. 1980; 9(5):273-5.
17. Diem SJ, Lantos JD, Tulsky JA. Cardiopulmonary resuscitation on television: miracles and misinformation. NEJM. 1996; 334(24):1578-82.
18. Ehlenbach WJ, Barnato AE, Curtis JR, Kreuter W, Koepsell TD, Deyo RA, Stapleton RD. Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. NEJM. 2009; 361(1):22-31.
19. Sasson C, Rogers MAM, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3(1):63-81.

20. Sanderson A, Zurakowski D, Wolfe J. Clinician perspectives regarding the Do-Not-Resuscitate order. *JAMA Pediatrics*. 2013; 167(10):954-958.
21. Decker L, Annweiler C, Launay C, Fantino B, Beauchet O. Do not resuscitate orders and aging: impact of multimorbidity on the decision-making process. *J Nut Health Aging*. 2014;18(3):330-5.
22. Mollaret P, Goulon M. Le coma dépassé. *Rev Neurol (Paris)*. 1957; 101(4):3-15.
23. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death: A definition of irreversible coma. *JAMA*. 1968; 205(6):85-88.
24. Parisi JE, Kim RC, Collins GH, Hilfinger MF. Brain death with prolonged somatic survival. *NEJM*. 1982; 306(1):14-16. Disponível em:
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=24.%09Parisi+JE%2C+Kim+RC%2C+Collins+GH%2C+Hilfinger+MF.+Brain+death+with+prolonged+somatic+survival.+NEJM.+1982%3B+306\(1\)%3A14-16](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=24.%09Parisi+JE%2C+Kim+RC%2C+Collins+GH%2C+Hilfinger+MF.+Brain+death+with+prolonged+somatic+survival.+NEJM.+1982%3B+306(1)%3A14-16).
25. Maruya J, Nishimaki K, Nakahata J, Suzuki H, Fujita Y, Minakawa T. Prolonged somatic survival of clinically brain death adult patient: case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2008; 48:114-17.
26. Souza JP, Oliveira-Neto A, Surita FG, Cecatti JG, Amaral E, Pinto e Silva JL. The prolongation of somatic support in a pregnant woman with brain-death: a case report. *Reproductive Health*. [internet].2006 [acesso em 2014 mar 19]; 3(3). Disponível em <http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-3-3.pdf>
27. Brasil. Lei 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm
28. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1480, de 8 de agosto de 1997. [acesso em 2014 mar 18]. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm
29. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1826, de 06 de dezembro de 2007. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm
30. Brasil. Resolução Nº 2.173, de 23 de Novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União. 15 Dez 2017. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em: em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>

CAPÍTULO 15

PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DE SINISTROS NO TRÂNSITO

Naoko Yanagizawa J. da Silveira

Gustavo Pereira Fraga

Karina Diniz Oliveira

2021

Sumário

[Embriaguez ao volante](#)

[Aspectos epidemiológicos e legais](#)

[Ações Mundiais de Segurança Viária](#)

[Brasil, signatário das Ações de Segurança Viária](#)

[Movimento Paulista de Segurança Viária:](#)

[Projeto Vida no Trânsito em Campinas, S.P.](#)

[O Maio Amarelo](#)

[Conclusões](#)

[Referências bibliográficas](#)

Embriaguez ao volante

Aspectos epidemiológicos e legais

Ações Mundiais de Segurança Viária

As lesões no trânsito são um crescente problema mundial de saúde pública e de desenvolvimento econômico e social. Segundo dados de 2015 do Relatório Global sobre o Estado de Segurança Viária da Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente 1,3 milhões de pessoas perdem a vida e 20 a 50 milhões são feridas, sendo importante causa de deficiência temporária ou permanente. A grande proporção, cerca de 90% das mortes, ocorre em países de baixa e média renda, onde vivem 81% da população mundial e onde circulam cerca de 54% da frota mundial de veículos¹.

Os eventos no trânsito geram alto custo econômico e social para indivíduos, famílias e comunidades, sobrecarregam e oneram o sistema de saúde, sobretudo na rede de urgência, emergência e rede hospitalar. Impactam no desenvolvimento de uma nação, pois, além de perder adultos e jovens, a maioria do sexo masculino, que representam importante parcela da população economicamente ativa, consomem um custo global de US\$ 1,850 trilhões anuais ou então de 1 a 2% do PIB dos países de baixa e média renda. Esse valor é maior que o total de auxílio que esses países recebem para o seu desenvolvimento.

A Carga Global de Doenças (GBD) que mede a magnitude das doenças e agravos através da prevalência, lesões, incapacidades e fatores de risco mostra e reforça a magnitude mundial das lesões no trânsito nessa faixa etária evidenciada mais em países em desenvolvimento como o Brasil, onde esta carga é maior².

Dados do Relatório Mundial sobre prevenção das lesões causadas pelo trânsito da OMS / Banco Mundial, em 2004, já haviam revelado que o uso de capacetes, cintos de segurança e dispositivos de retenção salvaram milhares de vidas, assim como a estipulação de limites de velocidade, a fiscalização de níveis de alcoolemia, investimentos em infraestruturas mais seguras e o aumento da segurança de veículos³.

O grande marco mobilizador foi quando a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou em 2010, com a Resolução A/RES/64/255, a Década de Ações para a Segurança Viária no Trânsito (2011 a 2020), a partir da base das recomendações da “Primeira Conferência Mundial Ministerial sobre a Segurança Viária: Tempo de Agir”, ocorridas em 2009, em Moscou, na Rússia. Os Estados Membros da ONU se comprometeram a reduzir em 50% as

mortes no trânsito, considerando os cinco pilares (fiscalização, infraestrutura, segurança veicular, educação e saúde), tornando-se um dos objetivos (3.6) da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável⁴.

Em 2015, a 2ª Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito: Tempo de Resultado, foi realizada no Brasil, seguindo as recomendações de avaliação da ONU e OMS. O encontro teve como objetivo avaliar a situação dos países Membros na implementação do Plano Global para a Década, considerando as intervenções nacionais para diminuir lesões e mortes no trânsito.

A OMS monitora os progressos da implantação das Ações da Década pelos Estados Membros, assim como, em colaboração com a Parceira Mundial de Segurança Viária (GRSP), a Fundação para o Automóvel e a Sociedade (FIA) e o Banco Mundial produziram uma série de Manuais de Boas Práticas para servir de guia aos gestores e profissionais de segurança viária no gerenciamento da segurança viária⁵.

Brasil, signatário das Ações de Segurança Viária

No Brasil, para operacionalizar as Ações da Década de Segurança Viária, e para atingir o mesmo objetivo, Programas ou Projetos foram implantados ou implementados contando-se com parcerias interministeriais, porém com coordenações distintas. Trata-se do PARADA – Pacto Nacional pela Redução de Acidentes – Um pacto pela Vida, criado em 2011 sob a coordenação do Ministério das Cidades, com mediação do DENATRAN, privilegiando campanhas e ações educativas; o RodoVida, programa da Polícia Rodoviária Federal, em 2011, com implementação da operação de fiscalização ao motociclista, excessos de velocidade, consumo de álcool e direção; e o Projeto Vida no Trânsito, de 2010, coordenado pelo Ministério da Saúde.

Com a definição da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes amplas com assistência interdisciplinar e intersetorial das vítimas, monitorização das ocorrências, adoção de comportamentos seguros e saudáveis, capacitação de profissionais e desenvolvimento de pesquisas⁶.

Em 2004 foi criada a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes e através de incentivos financeiros, foi lançado Edital para a implantação de Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes nos estados e municípios⁷.

Em 2010, o Ministério da Saúde adotou o Projeto Vida no Trânsito (PVT). Trata-se de um projeto da *Road Safety in Ten Countries* (RS10) fundada pela Fundação Bloomberg, coordenada pela OMS e entidades estrangeiras voltadas à segurança do trânsito^{8,9}. O PVT foi implantado em 2010 inicialmente em cinco capitais (Curitiba, Florianópolis, Palmas, Campo Grande e Teresina) e em 2013 foi expandido para todas as capitais e municípios acima de 1 milhão de habitantes, caso de Campinas e Guarulhos, além de municípios estratégicos de fronteira ou de portos. O projeto propõe uma metodologia de melhoria contínua para abordar ações de vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito e promoção da saúde⁹.

Com o objetivo de construir uma base única de dados, pois cada setor apresenta números diferentes e atendendo a objetivos específicos do setor, o PVT tem como uma das ações a integração dos diversos sistemas de informações: o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) da Saúde, os dados do Boletim de Ocorrência (B.O.) da Polícia Militar (PM), os dados do Boletim de Ocorrência da Polícia Civil, dados do Instituto Médico Legal (IML), entre outros.

O PVT busca qualificação das informações sobre acidentes, feridos e vítimas fatais, com levantamento das causas do acidente e seus fatores de risco, assim como verificar vítimas mais vulneráveis, permitindo concentrar esforços de intervenção em dados evidenciados. As recomendações para abordar os fatores de risco: dirigir sob efeito do álcool e excesso de velocidade são inerentes ao projeto por trazerem a evidência na causalidade dos traumas no trânsito, e cada município deve trabalhar a cultura de “accidentalidade” mais evidenciada pela metodologia.

Movimento Paulista de Segurança Viária:

O Movimento Paulista de Segurança Viária foi criado em 2015 pelo governo paulista para viabilizar as Ações da Década de Segurança Viária da ONU com o objetivo de redução de 50% das mortes no Estado de São Paulo. O Movimento propõe atingir este objetivo através da articulação intersetorial e interinstitucional, envolvendo parceiros públicos e empresas privadas.

O Infosiga, criado pelo Movimento Paulista, é um instrumento inédito de informações sobre os óbitos ocorridos no Estado de São Paulo, que atualiza os dados com agilidade, com apenas um mês de defasagem¹⁰. Essa ferramenta é um grande avanço na disponibilização de informações a partir da implantação de uma base de dados, até então a mais qualificada para ocorrência de óbitos em todos os municípios do Estado de São Paulo. Essa base de dados é

obtida a partir dos dados da Polícia Civil, Polícia Militar e da Polícia Rodoviária Federal e tem sido bastante útil para monitorar as ações de intervenção realizadas, seja em modificações de infraestrutura ou em ações de conscientização de motoristas, motociclistas ou pedestres.

O Movimento Paulista realiza convênio com os municípios para fornecer suporte às intervenções na infraestrutura e ações educativas.

Projeto Vida no Trânsito em Campinas, S.P.

Campinas, município a 100 km a oeste da capital, sede da região metropolitana que abriga uma população de 3,1 milhões, considerado maior polo tecnológico da América Latina, é uma cidade que alia serviços de comércio tradicional, produção agrícola, produção de ciência e tecnologia¹¹.

No passado recente, foi considerado um dos municípios mais violentos do país, responsável pela elevação das altas taxas de homicídios no Estado de São Paulo, atingindo maiores índices em 1999 e 2001 em torno de 60 mortes por 100 mil habitantes sendo que em 1999 só em homens atingiu índice de 113 por 100 mil habitantes e em 2001, ano emblemático em que o prefeito da cidade foi assassinado¹². Esses índices foram praticamente o dobro das 30 mortes por 100 mil habitantes que o país atingiu em 2016, taxa de homicídio considerada alarmante em estudo do IPEA divulgado no Atlas da Violência¹³.

Por este histórico, por liderar o *ranking* de mortalidade por causas externas no país, foi considerado um dos municípios prioritários para ações nas áreas da Saúde da Mulher da Secretaria de Atenção à Saúde, assim como da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e também fazer parte dos municípios do Programa Sentinela do Ministério de Desenvolvimento Social.

Por outro lado, o município teve que apresentar critérios de viabilidade para a implantação do Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, como possuir serviço de emergência hospitalar e rede de atendimento a violência sexual, doméstica e outras violências, aceitar ser piloto da “Ficha de Notificação Compulsória de Violência”, implantar o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, e que o município assumisse com decisão política e capacidade de gestão¹⁴.

No caso de Campinas, destaca-se o Programa Iluminar, implantado em 2001, que articulou serviços de atendimento a violência sexual em rede e criou fluxograma oferecendo atendimento multidisciplinar ágil e evitando revitimização. Compõem esta rede o Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM) e Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Instituto Médico Legal (IML), Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), Guarda Municipal, Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) e toda a rede da Saúde e da Assistência Social¹⁵.

Em 2005 a Secretaria de Saúde de Campinas, através da antiga Coordenadoria da Vigilância em Saúde e hoje Departamento de Vigilância em Saúde fez adesão e implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o primeiro Inquérito VIVA em unidades sentinelas de urgência e emergência para levantamento dos atendimentos de violências ou acidentes (causas externas). Em 2007 foi estruturado o Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e da Cultura de Paz (NPVA), integrando-se ao Comitê Intersetorial e Interinstitucional do Sistema de Notificação Municipal de Violências (SISNOV), formado anteriormente em 2005, pelos coordenadores da Rede Iluminar, da Rede de Atendimento a Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCCA), Centro de Referência a Atendimento à Mulher (CEAMO), vítimas de violência de gênero, entre outros. A gestão do SISNOV ficou a cargo da Secretaria da Saúde por reunir maiores condições de criação do sistema e suporte de informática.

Com a formação do NPVA, a Vigilância de Violências e Acidentes foi implementada com a abordagem intra e intersetorial das violências que se tornaram notificação compulsória em 2009, em unidades sentinela de referência, e notificação universal em 2014^{16,17}.

Para a redução de mortes por lesões no trânsito foi implantado o Observatório Municipal de Trânsito (OMT) para operacionalizar o Projeto Vida no Trânsito, pelo Decreto nº 17.974/2013, sob coordenação geral da Secretaria Municipal de Transportes, operada pela Empresa Municipal de Desenvolvimento de Campinas (EMDEC), que compartilha a coordenação executiva com a Secretaria Municipal de Saúde¹⁸.

Em 2009, o MS estabeleceu repasse financeiro para implantação, implementação e fortalecimento de iniciativas vinculadas a Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Para implementação do Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, a Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a Liga do Trauma da Unicamp, enviou o Projeto P.A.R.T.Y. (Prevenção do Trauma Relacionado ao Álcool na Juventude) para ser

estruturado em Campinas¹⁹⁻²¹. O P.A.R.T.Y. tornou-se um programa exitoso, intersetorial de prevenção de lesões no trânsito envolvendo álcool, destinado a jovens do ensino médio, com a participação ativa da Liga do Trauma da Disciplina de Cirurgia do Trauma da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, Corpo de Bombeiros, SAMU, EMDEC, Polícia Rodoviária, Assistência Social, Hemocentro e voluntários cadeirantes, entre outros que já participaram do programa. O P.A.R.T.Y., programa de origem canadense, foi trazido para Campinas pela Disciplina de Cirurgia do Trauma da FCM - Unicamp em 2010, com gestão compartilhada: Unicamp, EMDEC / Secretaria de Transportes e Secretaria de Saúde, permitindo elevar o município de Campinas, em 2016, ao patamar de Cidade Sustentável no quesito Saúde, na 2ª edição do Prêmio Cidades Sustentáveis²². No período de 2010 até 2018 mais de 7.000 estudantes de ensino médio participaram do programa, que consiste de palestras dos parceiros e conversa com vítimas de traumatismo em visita de aproximadamente quatro horas no HC - Unicamp²¹.

A metodologia do PVT foi incorporada e foi implantado o Comitê Intersetorial de Análise de Dados, com representações da EMDEC, da Saúde (SAMU e a Reabilitação), e do Instituto de Criminalística da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo (SSP/SP). Os primeiros resultados geraram recomendações para ações de educação para mobilidade mais consciente no trânsito, modificações na infraestrutura e fiscalização mais direcionada. Destas recomendações, as ações de educação foram viabilizadas e algumas ações de infraestrutura relativas a sinalizações verticais e horizontais foram modificadas.

A análise de dados de 2017 evidenciaram como alarmantes o “álcool e direção” para motociclistas e atropelamento de pedestres alcoolizados²³. Cadernos de accidentalidade da EMDEC monitoram níveis de alcoolemia encontrados nas vítimas fatais com base nos dados do IML. No período de 2011 a 2016, os níveis foram elevados e variaram de 38% a 42%²⁴. Confrontando-se com dados nacionais, o inquérito VIVA que entrevista vítimas que buscam atendimento de urgência e emergência por violências e acidentes, mostrou em 2014 que 11,8% das vítimas admitiram ter ingerido álcool antes de terem se envolvido em eventos de trânsito, sendo maior entre homens (14,1%) em relação às mulheres (6,2%)²⁵.

Uma pesquisa por telefone por amostragem nas capitais brasileiras, o VIGITEL, revelou que após 10 anos da implantação da “Lei Seca”, no período de 2011 a 2017, aumentou em 16% o número de pessoas que admitiram “beber e dirigir”. Resultados de 2017 demonstraram que 6,7% da população adulta dirigira após consumo de bebida alcoólica, sendo mais prevalente entre homens (11,7%) comparado às mulheres (2,5%)²⁶.

Um dos desafios na consolidação do OMT em Campinas é a constituição do grupo intersetorial para além dos parceiros instituídos, onde os resultados da análise e as recomendações possam ser avaliados na intersetorialidade, construindo-se um plano integrado de ações que possam gerar mais impacto na modificação dos hábitos ou em correções de infraestruturas, com fiscalizações mais concatenadas, ações de educação, obras de infraestrutura que possam evitar maiores consequências de eventos no trânsito, minimizando lesões.

A grande expectativa do município é que as iniciativas ministeriais do Projeto Vida no Trânsito e as do Estado, com o Movimento Paulista de Segurança Viária tenham uma convergência para que seja possível unir esforços para potencializar resultados, visto que se trata dos mesmos objetivos e com as mesmas intenções, porém, em tempos distintos e metodologias diferentes.

O Maio Amarelo

Em 11 de maio de 2011, a ONU lançou a “Década de Ação pela Segurança no Trânsito” e seguindo a linha de sucesso de movimentos como o “Outubro Rosa” e o “Novembro Azul”, os quais, respectivamente, tratam dos temas câncer de mama e próstata, foi criado o Maio Amarelo pelo Observatório Nacional de Segurança Viária a fim de promover atividades voltadas à conscientização, ao debate das responsabilidades e à avaliação de riscos sobre o comportamento de cada cidadão, dentro de seus deslocamentos diários no trânsito^{21,27,28}.

A marca escolhida pelo ONSV foi o laço de cor amarela com a missão de encarar os acidentes de trânsito como verdadeira epidemia e, consequentemente, acionar cada cidadão a adotar as cautelas e prudência hábeis, a fim de poupar-lo de ser uma vítima.

O Maio Amarelo foi lançado em 2014 pelas ruas de todo o País, onde cidadão, empresas, entidades e órgãos públicos de norte a sul do país se uniram em prol de um trânsito mais seguro. O movimento tem o apoio da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT), do Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma (CoBraLT) e de diversas Ligas do Trauma, de diferentes regiões do Brasil, que estão empenhadas em divulgar o movimento²¹.

Inicialmente lançado no Brasil e em outros seis países, o Maio Amarelo vem crescendo

anualmente e em 2019 as ações ocorreram em 28 países, dos cinco continentes²⁹. No ano de 2019 teve mais de 5.000 apoiadores, 443 mil acessos no website, mais de 100 mil “curtidas” no Facebook® e atingiu nas mídias sociais um público estimado de mais de 100 milhões de pessoas²⁸.

Conclusões

A série histórica dos dados a partir de 2011 a 2015 aponta uma tendência de diminuição de mortes no trânsito no Brasil, no Estado de São Paulo e em Campinas (Figura 2). Esse período coincide com a implantação e implementação das Ações da Década de Segurança Viária no Brasil, bem como a implantação dos programas de prevenção. Por outro lado, o inquérito nacional do VIVA 2014 revelou uma porcentagem de alcoolemia elevada entre os pacientes que procuraram serviços de saúde de urgência e emergência. Nas vias municipais de Campinas, de 2011 a 2016, foram detectados ao longo dos anos, até metade do total das vítimas fatais dos eventos de trânsito com alcoolemia positiva, padrão considerado extremamente alto. O dado mais recente, do VIGITEL em 2017, revelou que as pessoas que ingerem álcool e pegam a direção aumentou em 16% com relação ao ano de 2011. Diante de dados alarmantes, será necessário implementar políticas públicas mais efetivas para impactar na diminuição deste fator de risco prevenível que é o álcool, que tem sido importante causa de lesões e mortes no trânsito.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório Global sobre o Estado de Segurança Viária, 2015. [acesso em 31 jul. 2021]. Disponível em:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Summary_GSR_RS2015_POR.pdf
2. Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde. Seattle, WA: IHME, 2013.[acesso em 31 jul. 2021] Disponível em:
http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence_IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport_PORTUGUESE.pdf
3. Organização Mundial de Saúde. Banco Mundial. Relatório Mundial sobre prevenção das lesões causadas pelo trânsito. 2004. [acesso em 31 jul 2021] Disponível em:
<https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Relatorio%20Mundial%20Lesoes.pdf>
4. Organização das Nações Unidas (ONU). Agenda 2030. [acesso em 31 jul 2021] Disponível em: <http://www.agenda2030.com.br/>
5. Organização das Nações Unidas (ONU). Beber e Dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde. Genebra, Global Road Safety Partnership, 2007. [acesso em 31 jul 2021] Disponível em: https://www.grsroadsafety.org/wp-content/uploads/Beber-e-Dirigir_Portuguese.pdf
6. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbi-mortalidade por acidentes e violências, 2005. [acesso em 31 jul 2021] Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf
7. Rede VIVA PAZ – Rede Nacional de Núcleo de Violências e Acidentes. [acesso em 31 jul 2021] Disponível em: <http://189.28.128.99/redevivapaz/>
8. Organização Mundial de Saúde. Road Safety in 10 countries. [acesso em 31 jul 2021] Disponível em: <https://www.grsroadsafety.org/wp-content/uploads/RS-10-factsheet-V4-web.pdf>
9. Ministério da Saúde. Projeto Vida no Trânsito. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em:
<https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/combate-ao-aedes/922-saude-de-a-a-z/acidentes-e-violencias/41896-projeto-vida-no-transito>
10. Governo do Estado de São Paulo. Movimento Paulista de Segurança Viária. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www.respeitoavida.sp.gov.br/>
11. Campinas-SP: informações turísticas. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em:
<https://www.campinas.sp.gov.br/sobre-campinas/informacoes->

[turisticas.php#:~:text=Para%20obter%20informa%C3%A7%C3%B5es%20tur%C3%ADcicas%20da,.sp.gov.br.](#)

12. Secretaria Municipal de Saúde. Campinas: Boletins de Mortalidade n°s 37, 39, 43, 44 e 49. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/>
13. IPEA. Atlas da Violência. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>
14. Alves SMM, Carvalho MD, Moraes Neto LO, Silveira EMR, Pinheiro GV, Matos S, et al. Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007;16(1):57-4. [acesso em 31 jul 2021]. . Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000100006>.
15. Secretaria Municipal de Saúde. Campinas. Iluminar Campinas. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/iluminar/iluminar.htm>
16. Ministério da Saúde. Notificação Compulsória de Agravos e Doenças. 2011. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
17. Ministério da Saúde. Notificação Compulsória de Agravos e Doenças. 2014 [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
18. D.O.M. Decreto Municipal de implantação do Observatório Municipal do Trânsito em Campinas. 2013. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/c/campinas/decreto/2013/1797/17974/decreto-n-17974-2013-institui-o-observatorio-municipal-de-transito-do-municipio-de-campinas>
19. Projeto de Estruturação do Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde de Campinas, SP. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/vigilancia/violencia/NPVA_campinas_institucional_14jul10.pdf
20. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 3060 de 09/12/2009. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3060_09_12_2009.html
21. Nasr A, Fraga GP, Souza HP. As ligações acadêmicas de trauma no contexto^{UFSC}do ensino, capacitação sobre trauma e prevenção. Em: Ligas do Trauma: do Brasil para o

Mundo. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017; 396.

22. Programa Cidades Sustentáveis. Prêmio Cidades Sustentáveis. 2 ed. SP, 2016.

[acesso em 31 jul 2021]. Disponível em:

<https://www.cidadessustentaveis.org.br/inicial/home>

23. Secretaria Municipal de Saúde. Campinas. Vigilância em Saúde. Epidemiológica.

Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes. Relatório Anual do Projeto Vida no Trânsito em Campinas. 2017. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em:

<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/>

24. Prefeitura Municipal de Campinas. EMDEC/Transportes. Cadernos de Acidentalidade. Campinas, 2009 a 2016. [acesso em 31 de jul 2021]. Disponível em: <http://www.emdec.com.br/eficiente/sites/portalemdec/pt-br/home.php>

25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Inquérito VIVA 2013-2014. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf

26. Ministério da Saúde. VIGITEL. Aumenta o número de brasileiros que admitem beber álcool e dirigir. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em:

<https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43235-transito-consumo-de-alcool-aumenta-entre-brasileiros-que-dirigem>

27. Observatório Nacional de Segurança Viária (ONSV). [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.onsv.org.br/>

28. Movimento Maio Amarelo. [acesso em 23 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.maioamarelo.com/>

29. Dorigatti AE, Gutierrez DM, Calderan TRA, et al. Yellow May: Worldwide Road Safety Injury Prevention Program. Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg 2020;9(1):45-48.

CAPÍTULO 16

PSICOPATOLOGIA FORENSE

José Alfredo Fontenele Feijó

2021

Sumário

Psicopatologia forense

Considerações gerais

Os fundamentos

Teorias da mente, psicologia e psicopatologia

Psicopatologia forense e seus tipos

Imputabilidade

Inimputabilidade

Transtornos de Personalidade

Referências bibliográficas

Psicopatologia forense

Considerações gerais

Interessado em divulgar sua disciplina recém-criada, a psicanálise, Sigmund Freud teve uma ideia para atrair a atenção do público ao mesmo tempo em que demonstrava aos seus pares que a nova ciência espraiava-se pela cultura, além de pleitear seu lugar na área da saúde, mais especificamente a da saúde mental. Foi assim que em 1901 lançou o texto “A psicopatologia da vida cotidiana”, no qual se dedica a assinalar a presença de elementos psíquicos nas mais diversas situações do dia a dia, em verdade, de elementos psíquicos derivados de um tipo específico de funcionamento mental, aquele que, segundo a psicanálise, é o motor do nosso comportamento e de nossas formas de estarmos no mundo, o funcionamento baseado no inconsciente. (1)

Decorre disso que atos aparentemente inócuos e supostamente desprovidos de sentidos são, Freud enfatiza ao longo de todo o texto, na verdade, manifestações desse dito funcionamento inconsciente. Nesse momento cabe revisarmos que a ideia de que seres humanos temos um inconsciente vem desde antes de Freud, com a filosofia reconhecendo a existência de áreas que não estariam ao alcance do pensamento, da racionalidade. A crucial diferença introduzida pela psicanálise foi a noção de dinamismo desse inconsciente, entendendo-se por isso que o referido inconsciente não apenas existe, como já admitiam os filósofos, mas que sua existência é dinâmica, atuante. Mais do que isso até. O inconsciente psicanalítico é decisivo, determinante dos destinos de cada um de nós.

As situações abordadas por Freud no referido texto variavam em uma certa faixa de gravidade, mas de um modo geral fazem referência a atos do dia a dia em que deixamos escapar desejos reprimidos e mesmo conflitos inconscientes, sem representarem (nesse texto, enfatize-se) propriamente condições patológicas mais demarcadas. Como já assinalado, a ideia básica era mostrar a existência de um funcionamento mental regido pelo inconsciente, seara que passará a ser percorrida pela nova disciplina, a psicanálise. Apreende-se do exposto, e mesmo sabido pelo senso comum, que nem só de pequenos enganos de fala, chistes geralmente inofensivos, vivemos todos nós. Atos brutais e divisores de águas na vida de uma pessoa também fazem parte do convívio social. Em verdade divisores de águas na

vida de várias pessoas visto que quase sempre impactam a outros além do perpetrador. É nesse ponto que derivamos para uma outra forma de psicopatologia, aquela que nos mostra a face mais obscura e violenta do ser humano, responsável muitas vezes por sofrimentos inomináveis, inclusive a pessoas que nada tinham a ver com aquele que comete o ato criminoso, a partir (ou não) de um funcionamento psíquico alterado. Naturalmente que a psicanálise também se apresenta nesses casos como pleiteando uma formulação teórica que procure, se não dar conta do todo complexo desse tema, mas certamente contribuir para o aclaramento de tão perturbadores comportamentos. Procuraremos assinalar contribuições dessa disciplina, cotejando-as com as ideias da psiquiatria, geralmente mais difundidas nos meios clínicos e jurídicos.

Os fundamentos

Se existe uma psicopatologia forense é sinal de que existe uma outra que não tenha esse qualificativo. Dentro dessa segunda possibilidade, qual seja a de uma psicopatologia geral, temos dois agrupamentos. No primeiro poderíamos incluir as situações descritas por Freud em seu texto mencionado acima, onde os acontecimentos não chegam a caracterizar um agravio à saúde; no segundo o funcionamento psíquico alterado é a base que leva a uma condição nosológica propriamente dita, sendo inclusive também parte de seus sintomas, coadunando-se em um diagnóstico reconhecido pelas pesquisas clínicas e experiências de profissionais da área de saúde mental.

A psicopatologia passa a ser convocada a chamar-se de forense quando uma determinada condição mental disfuncional, disruptiva é associada a um evento na área da Justiça, imputando-se a essa condição um nexo se não necessariamente causal, mas no mínimo contribuidor para a ocorrência do incidente. Este, dado suas características de estar em desacordo com as normas de convivência social e com as leis, passa a ser abordado sob o viés do campo apropriado, o da mencionada Justiça.

Temos então instaurada uma situação em que um questionamento fundamental deverá ser respondido, mesmo que de modo parcial, mesmo que dando margem a dúvidas, mas que ainda assim servirá de precioso subsídio para a decisão

judicial acerca da natureza do acontecimento em questão. A interrogação será até que ponto o indivíduo envolvido em um crime ou delito estava de posse ou não de suas faculdades para discernir se seu ato estava de acordo ou não com o preconizado pelo convívio social no qual está inserido e pelas leis que regem esse convívio. Veremos que nuances e gradações fazem parte das várias possibilidades de respostas a esse questionamento divisor de águas.

Teorias da mente, psicologia e psicopatologia

Antes de propriamente entrarmos no tópico acima, um breve histórico a respeito do surgimento da psiquiatra se faz necessário para nos situarmos e vislumbrarmos o quanto foi preciso caminhar até chegarmos ao ponto de se reconhecer a importância dos estudos em saúde mental para ajudar a aclarar situações relacionadas a conflitos entre o indivíduo e a sociedade, resultando disso, muitas vezes, a necessidade de medidas judiciais para resolvê-los.

Sabemos que até pouco tempo, em termos históricos, as alterações de comportamento podiam ser imputadas a tudo, menos a de onde elas costumam vir. É assim que até começos do século XIX esses distúrbios não são tidos como provenientes de um acometimento médico, menos ainda de um psíquico (se quisermos aqui, até para efeitos didáticos, separar esses dois aspectos que, em verdade, fazem parte de um todo), mas do campo do sobrenatural, incorrendo principalmente na seara religiosa. Mudanças começam a ocorrer quando síncopes e abalos musculares não precisam mais ser atribuídos a demônios, mas a alterações no funcionamento cerebral; a audição de vozes sem que haja um emissor a ser por elas responsabilizado, bem como o engendramento de tramas mirabolantes onde um sujeito sente-se perseguido sem haver de fato um perseguidor externo não precisam ser explicadas pela suposta presença de espíritos, mas como formas de projeções que externalizam conflitos que se dão intrapsiquicamente .

Que não se pense, no entanto, que um novo tempo dourado se instalou em definitivo de maneira a afastar de vez as trevas da ignorância. Embora seja difícil imaginarmos um cenário onde, tal como na Idade Média, mulheres sejam queimadas vivas por conta de sintomas histeriformes e homens tenham seus cérebros lobotomizados por conta de delírios persistentes, o fato é que retrocessos muitas

vezes fazem-se presentes quando menos esperamos, nas mais diversas áreas, dando notícias da complexidade do viver humano e de nossa evolução no Planeta. Ficarmos atentos e evitarmos a omissão pode contribuir, portanto, para manter e ampliar o lugar da saúde mental na sociedade.

Tais considerações são importantes para demarcar o terreno onde assentaremos as teorias que procuram explicar o funcionamento mental e seus descarrilhamentos. De fato, podemos assinalar, de modo resumido, a existência de três agrupamentos que se dispõem a dar conta dos motivos pelos quais alguém incorre, a partir de um acometimento de saúde, em um ato (ou um conjunto deles) que o leve a responder judicialmente. Problemas médicos (orgânicos) e distúrbios de comportamento derivados de disfunções psíquicas são esses os agrupamentos, sendo que no caso do campo mental temos uma subdivisão, com duas escolas, digamos assim, apresentando suas teorias: a psicologia comportamental e a psicanálise. Não entraremos no mérito das assim denominadas várias linhas dentro da psicanálise, bastando para nosso objetivo nesse texto assinalar que para todas elas o comportamento humano, em seus aspectos sadios e adoecidos, deriva, excetuados os casos de lesões comprovadamente orgânicas, de conflitos intrapsíquicos. Já para a psicologia comportamental o cerne etiológico das disfunções é uma espécie de mal-entendido, onde o indivíduo que passou por uma determinada experiência dolorosa ou malsucedida, e que na época não pôde lidar bem com ela, passa a reproduzir o mesmo tipo de reação inadequada em experiências atuais, necessitando desse modo de um tipo de intervenção que possa ensinar-lhe maneiras apropriadas de respostas.

Apreende-se, do exposto, que os acometimentos relacionados a problemas orgânicos são os que menos dificuldades impõem aos profissionais no sentido de estabelecer se os mesmos podem estar relacionados com algum desvio de conduta ou mesmo um crime. É natural e compreensível que assim seja. Um quadro psicopatológico, enfatizando, uma forma alterada de pensamento, sentimento e comportamento, só pode advir de um acometimento orgânico (médico) se, de alguma forma, essa disfunção atingir o cérebro, sede incontestável das funções psíquicas e da orquestração do comportamento. Disso decorre, por exemplo, que sob nenhuma hipótese poderá ser alegado que um indivíduo acometido por um resfriado ou uma pneumonia cometeu um ilícito ou um crime por conta, parcial ou totalmente, do agravo em questão.

A correlação passa a ser possível, como dissemos, nos casos em que o órgão sede das funções que controlam todo o organismo tem o seu próprio funcionamento afetado, decorrendo disso que atitudes inapropriadas podem ser cometidas, inclusive, e aqui são as que nos interessam, com implicações legais. Assim temos que o clássico quadro de epilepsia pode ser chamado a explicar uma alteração de comportamento, especialmente se essa alteração vem no chamado período pós -ictal , qual seja aquele que vem em seguida à crise propriamente dita . Os períodos entre as crises tendem a não produzir sintomas e distúrbios de comportamento, ainda mais se o tratamento estiver sendo seguido com o rigor apropriado; os minutos que duram as crises até podem trazer disfunções de comportamento, mais frequentemente naquelas em que o quadro não cursa com os abalos tonicoclônicos, que em ocorrendo, praticamente excluem a possibilidade de atuações e interações com terceiros.

Muitas outras condições podem ser implicadas nas alterações cerebrais tais como infecções, traumatismos cranianos e distúrbios metabólicos. Acrescentem-se à lista os quadros de rebaixamento cognitivo-intelectual, que além de já serem o próprio acometimento podem ser agravados pela irrupção de descontroles de impulsos. Evidente que incluir essa condição à lista não significa que todos os que sejam portadores da mesma estejam propensos a incorrer em incidentes relacionados à Justiça, nem que se desconheçam suas capacidades e possibilidades de contribuir com o convívio social.

O estabelecimento de uma correlação entre um agravo à saúde e uma alteração de comportamento com implicações legais torna-se mais complexo à medida em que passamos do campo orgânico e derivamos para o psíquico. A falta de uma materialidade física, de exames e comprovações mensuráveis e quantificáveis faz com que a Justiça se sinta menos confortável em acolher explicações da área mental do que se sente quando as recebe da médica. Em verdade a Justiça reproduz o teor do pensamento corrente onde, de modo bastante interessante, não temos dificuldade em reconhecer a existência do corpo físico e nem, para muitas pessoas, a de uma área que transcenderia o humano, sendo denominada de espiritualidade ou religiosidade. Curiosamente esta área muitas vezes ocupa o lugar que seria devido ao funcionamento psíquico, com esse aspecto de nossas personalidades sendo apagado de nossos discursos e práticas, mas nem por isso, é claro, deixando de existir e trazer repercuções.

Dessa maneira, para que evoluamos para o reconhecimento da existência de fatos imateriais (Robert Caper) e que eles não só são reais como decisivos em nossas vidas, ainda há um trabalho em curso. (2). A psicopatologia forense traz mais sutileza e complexidade às decisões tomadas pelos juízes, demandando um olhar atento sobre as circunstâncias que delimitaram um determinado incidente, bem como sobre os sujeitos envolvidos no mesmo. Discernir até onde um acometimento de saúde pode interferir na capacidade de julgamento de uma pessoa e/ou em sua possibilidade de agir de acordo com esse julgamento é tarefa que se impõe a todos os envolvidos nessas questões legais. Juízes, promotores, advogados e peritos precisam dialogar em busca do melhor encaminhamento para cada caso que lhes caiba avaliar e se posicionar.

Psicopatologia forense e seus tipos

No início do nosso texto mencionamos como Freud em seu trabalho Psicopatologia da Vida Cotidiana nos apresenta situações em que as pessoas dão mostras de seus funcionamentos mentais através de equívocos de fala, esquecimentos e confusões. Nesse texto o autor tinha como objetivo divulgar a psicanálise e assim chamou a atenção para o fato de que todos apresentamos as nossas psicopatologias. Tais condições passam longe, no entanto, de outras onde a condição psicopatológica é de tal monta que pode fazer com que um indivíduo se coloque em rota de colisão com a sociedade e as leis. Essas condições variam em qualidade e em intensidade, e a partir dessas variações teremos as imputações correspondentes a cada caso. A partir delas também a Justiça determinará o tipo de sanção a ser encaminhada.

Imputabilidade

Perante a Justiça um réu é considerado imputável quando possui capacidade suficiente para entender que determinado ato que tenha cometido está em desacordo com as normas da sociedade e as leis que regulam o convívio nessa mesma sociedade. A capacidade para entender é, portanto, a base para a capacidade para ser julgado. A princípio colocar este último item em termos de uma capacidade pode

parecer estranho, mas se atentarmos melhor faz todo sentido. De fato, o que não faria sentido seria julgar um réu que sequer dá-se conta dos motivos da existência de uma corte que promove seu julgamento. Há que haver a capacidade para ser julgado para que a Justiça se faça, e não o exercício do sadismo.

A capacidade para o entendimento, entretanto, não garante que o sujeito vá se comportar de acordo com esse entendimento, podendo ocorrer que determinados impulsos se sobreponham e esse indivíduo incorra em ato possivelmente danoso a terceiro, pelo qual deverá ser responsabilizado.

Detalhe fundamental é que estamos a falar sobre uma determinada situação que envolve um acontecimento que ocorreu em um momento específico no tempo. As capacidades às quais nos referirmos, portanto, precisam ser avaliadas em conformidade a esse momento. Fica claro que esse é um significativo dificultador do trabalho do perito judicial, que além da avaliação do estado mental do possível réu, precisa, também, muitas vezes, acercar-se de informações sobre a vida pregressa do avaliado.

Transtornos neuróticos são quadros que se adequam ao campo da imputabilidade de um modo inquestionável, haja visto que a característica fundamental dos mesmos é que os acometidos não perdem o senso de realidade, geralmente, inclusive, padecendo com as manifestações sintomáticas de seus quadros. Esse senso de realidade está diretamente relacionado à capacidade de se dar conta das normas que permeiam o convívio social, trazendo em seu bojo um outro elemento fundamental, qual seja a responsabilidade de agir de acordo com essas ditas normas. Aqui temos uma questão de uma certa sutileza e com importantíssimo desdobramento judicial. O entendimento das normas é algo inalienável do sujeito se suas condições mentais assim o permitirem, quer dizer, em um indivíduo que tenha um funcionamento psíquico que o permita dar-se conta da realidade externa a capacidade para o entendimento das normas é algo que está sempre dado, que independe, portanto, de qualquer variável. Isso significa que um réu portador de um transtorno neurótico não poderá alegar, por si mesmo ou por seu representante legal, desconhecimento das regras do convívio social por conta de sua patologia. Mas num incidente na área judicial há, além do entendimento, um outro elemento intrinsecamente relacionado a imputabilidade: a capacidade de agir em conformidade com esse entendimento.

Agir em conformidade ao entendimento pressupõe uma capacidade de fazer sobrepor os valores da sociedade, que estariam introjetados e fazendo parte do psiquismo do sujeito, aos impulsos egoísticos e narcísicos. A velha máxima de que o direito de um termina onde começa o direito do outro serve bem para ressaltar de como a vida em comunidade cobra um preço de seus integrantes (Freud, O Mal Estar na Civilização). (3) Mas, como sabemos, não são raros os casos onde mesmo tendo o entendimento o indivíduo não age de acordo com o mesmo. Nessas situações, e lembremos que elas ainda fazem parte do agrupamento de condições neuróticas, o possível réu prosseguirá no campo da imputabilidade, obtendo o benefício, se assim podemos dizer, de que esta será considerada como parcial, ou seja, uma semi-imputabilidade. Naturalmente que aqui teremos uma situação em que argumentos relacionados à condição mental do réu serão apresentados por seu advogado representante, geralmente auxiliado tecnicamente por um psiquiatra, e estes serão questionados e rebatidos pela acusação, cabendo ao juiz a ponderação final. Tais movimentos se darão também nos outros incidentes que juntarem a área judicial e a psíquica, sendo que a seguir examinaremos os casos onde o possível réu não pode, por força de seu acometimento psíquico, ser considerado responsável, legalmente, por um ilícito ou crime.

Inimputabilidade

Se a imputabilidade advém da capacidade para entender e ser julgado, a inimputabilidade é justamente o oposto disso. Trata-se daquelas pessoas que incorrem em atos que estão em desacordo com as normas de convívio estabelecidas pela sociedade e pelas leis, mas o fazem sem terem o sentido amplo e completo disso. A inimputabilidade pressupõe um indivíduo que apresenta determinadas características e condições mentais que fazem com que, na maioria das vezes, tenha uma vida bastante limitada em termos de autonomia e inserção social. O quadro psicopatológico - psiquiátrico que acomete essas pessoas é, classicamente, o das psicoses. A autocrítica e o juízo de realidade estão comprometidos em graus geralmente severos, fazendo com que sua capacidade de avaliação fique prejudicada. Além disso, mesmo quando obtém certo discernimento a respeito de

uma cena, sua capacidade para agir de acordo com as normas sociais é soterrada por um descontrole de impulsos que pode levá-lo à seara judicial.

Um detalhe que precisa ser considerado, especialmente com o grau de avanço científico e a correspondente maior eficácia dos medicamentos atuais, é se o possível réu acometido por transtorno psicótico estava, à época do incidente, em tratamento. Medicamentos antipsicóticos podem ser bastante efetivos se administrados corretamente e com o paciente sob cuidados específicos. Quando isso não é feito a possibilidade de reagudização de um quadro psicótico torna-se elevada, o que costuma trazer sofrimentos para os do entorno do paciente e por vezes até para outros de fora de seus convívios, é sempre bom enfatizar. Quando então ocorre o caso de um réu ser considerado inimputável e tendo praticado um ilícito ou um crime, deverá ser encaminhado a uma instituição de custódia judiciária, onde receberá tratamento de modo compulsório. A duração da custódia há que ser por um tempo suficiente para que não só os sintomas disruptivos sejam controlados, como também que a periculosidade do paciente possa ser tida como não oferecendo risco à sociedade. Sabemos que existem vários casos em que, após passar algum tempo em instituição de custódia, o sentenciado – paciente – é liberado para o convívio em comunidade e volta a praticar crime, por vezes trágico. Trata-se mesmo de situação complexa e delicada.

Se por um lado não devemos incorrer no sadismo de impor uma reclusão a alguém que estaria apto a conviver com os demais concidadãos e prosseguir seu tratamento fora dos muros da instituição custodial, por outro não podemos esquecer que nossas estruturas de atendimento à saúde mental ainda estão longe do adequado, quanto mais do ideal. Sendo assim, e ainda considerando que em determinados casos a periculosidade pode estar subclínica, mas não exatamente eliminada (até onde isso seja possível) a decisão de liberar um paciente nesse tipo de situação deve ser tomada com muita cautela para que não incorramos não só em iatrogenia mas também em expormos a sociedade a quem não esteja em condições de viver responsávelmente nela.

Transtornos de Personalidade

No tópico acima, falando da inimputabilidade, correlacionamos, como modelo padrão, as psicoses com a situação judicial onde o indivíduo será encaminhado a um tratamento compulsório e não a um presídio caso incorra em ato lesivo à sociedade. Embora haja dificuldades no estabelecimento dessa relação, em se tratando da entidade nosológica transtorno de personalidade as dificuldades ascendem, em nosso entendimento, a graus bem mais elevados, ganhando elementos filosóficos inquietantes dado a natureza e formas de manifestação dessa condição arrolada como integrante da nosografia psiquiátrica. Tal desafio se impõe especialmente no subtipo dos transtornos de personalidade chamado de antissocial, o qual tomaremos como modelo.

Tal como os outros subtipos de transtornos de personalidade, o antissocial é marcado por um padrão de comportamento que acompanha a vida daquele indivíduo, sendo portanto estável e previsível. (4) Nesse caso salta aos olhos a frequência e a intensidade com que atos lesivos aos do seu entorno são praticados e, detalhe fundamental, sem que os danos causados aos outros produzam qualquer resquício de aflição e desejo de reparação por parte desse indivíduo. Atos criminosos podem ser praticados, e de modos contínuos, mas não seriam criminalidade e sim uma incapacidade de adequar-se às normas sociais. Aqui entra o que estamos chamando de uma questão filosófica, evidentemente com implicações no tema da psicopatologia forense. Uma coisa é acharmos que alguém age prejudicando outro por conta de uma limitação pessoal, uma doença; outra se estaria fazendo isso por livre arbítrio. A complexidade desse diagnóstico reside no fato de que, nesse caso, o ato antissocial ou criminoso é praticamente a única manifestação disfuncional desse indivíduo, diferente de como ocorre em quadros ditos neuróticos ou psicóticos.

Nesse ponto temos uma das mais desafiadoras questões que nos dão notícia da beleza e da complexidade da psicopatologia forense.

Referências bibliográficas

1. Freud S. Psicopatología de la vida cotidiana. El malestar en la cultura El chiste y su relación con lo inconsciente. Obras completas. Cuarta. 1981.
2. Caper R. Fatos Imateriais. Imago, editor. Rio de Janeiro;1990.
3. Freud S. O mal-estar na civilização. Letras. C das, editor. São Paulo; 2011.
4. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock JAG. Compêndio de Psiquiatria - Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Sétima. Médicas A, editor. Porto Alegre; 1995.

CAPÍTULO 17

PERÍCIAS PSIQUIÁTRICAS: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE CIVIL

Luciano Vianelli Ribeiro

2021

Sumário

Perícias Psiquiátricas: Avaliação da capacidade civil

I- Introdução

II-Capacidade civil e legislação

III- Estatuto da pessoa com deficiência (Lei 13.146/2015)

IV- Capacidades civis específicas

V- Conclusão

VI- Referências Bibliográficas

Perícias Psiquiátricas: Avaliação da capacidade civil

I- Introdução

O nosso Código Civil legisla sobre a capacidade de direito e a capacidade de exercício dos indivíduos. A primeira é universal e inerente a toda pessoa desde o nascimento, e a segunda é restrita a alguns casos. Entretanto, em seu Artigo 2º, o Código Civil de 2002 (Lei 10.406) dispõe que: “a personalidade civil da pessoa começa do nascimento com a vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.¹

Quando falamos em capacidade civil do indivíduo, estamos nos referindo à capacidade de exercício. A restrição da capacidade de exercício poderá ser absoluta ou relativa. No primeiro caso, o indivíduo não poderá exercer, sob risco de nulidade, qualquer ato da vida civil. Incluem-se aqui os menores de idade e as pessoas portadoras de graves enfermidades mentais, ou aquelas que por motivos alheios não possam expressar a sua vontade. Nesse caso, estas pessoas deverão ser inteiramente representadas por um representante legal ou curador. Quanto à incapacidade relativa do indivíduo, este sofrerá restrições para alguns atos da vida civil e deverá também ser assistido por um representante legal na prática desses atos. Nesse contexto, surgiu o termo “interdição” (do latim, proibição) com os propósitos de proteger as pessoas vulneráveis.

Como veremos adiante, após o advento da Lei 13.146/15 com entrada em vigor em janeiro de 2016, e que trata do Estatuto da Pessoa com Deficiência, novas mudanças foram incluídas na legislação referentes à capacidade mental dos indivíduos (Código Civil de 2002), e foi proposta nas ações judiciais uma substituição do termo “interdição” por “curatela” (do latim, curare: cuidar, zelar).²

Com o crescente avanço da medicalização da “loucura” e as transformações inovadoras ocorridas nos tratamentos dos doentes mentais no final do século XVIII, a perícia psiquiátrica ganhou cada vez mais importância sobre as demais especialidades médicas no que diz respeito ao reconhecimento da responsabilidade civil e penal pelos magistrados. Mas sabe-se da história que, desde os anos 460 A.C., a Lei das Doze Tábuas, criada pelo senado romano, já fazia referência à incapacidade dos indivíduos com doença mental e providenciava tutores para os insanos.³

Embora não tenhamos uma vasta literatura publicada dentro da psiquiatria forense, os avanços nesta área são decorrentes da evolução e modernização da psiquiatria e da psicologia,

além das modificações e das normatizações ocorridas na legislação. Termos ultrapassados como loucura moral, imbecilidade, idiotia, loucos de todo gênero, personalidade epileptoide, entre outros, foram progressivamente ajustados e corrigidos desde o Código Civil de 1916.⁴ Com os avanços no tratamento farmacológico e as inovações que surgiram nos manuais diagnósticos e no código de ética médica, cada vez mais tem-se ressaltado a importância da autonomia do paciente diante dos diversos impasses éticos e decisões judiciais.

Segundo Chalub (2012), “toda medida de proteção a uma pessoa ou um grupo humano vulnerável exige que, primeiro, se discrimine quem é vulnerável. Assim, uma questão atual consiste em estabelecer se medidas de proteção a enfermos mentais são avanços da civilização ou, contrariamente, um abuso a mais cometido contra eles”.⁵

II- Capacidade civil e legislação

Segundo a Lei nº 10.406 da nossa última edição do novo Código Civil, promulgado no ano de 2002, a capacidade civil do indivíduo havia sido assim normatizada:¹

Art. 3º- São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I- os menores de dezesseis anos; (revogado pela redação da Lei 13.146 de 2015).

II- os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiveram o necessário discernimento para a prática desses atos; (revogado pela redação da Lei 13.146 de 2015).

III- os que, mesmo por causa transitória, não puderam exprimir sua vontade; (revogado pela redação da Lei 13.146 de 2015).

Art. 4º- São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer.

I- os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II- os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; (revogado pela redação da Lei 13.146 de 2015).

III- os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; (revogado pela redação da Lei 13.146 de 2015).

IV- os pródigos.

Parágrafo único: A capacidade dos índios será regulada por legislação especial. (revogado pela redação da Lei 13.146 de 2015).

Observamos acima que o Artigo 3º trata da incapacidade absoluta dos indivíduos, e o Artigo 4º visa proteger ao máximo a autonomia dos indivíduos através da incapacidade relativa. Ambos os artigos utilizam do critério cronológico da idade e do critério biopsicológico. Ou seja, não basta apenas que o indivíduo seja portador de doença mental (componente biológico) para que seja declarado como incapaz, mas é necessário que o seu discernimento esteja afetado pelas manifestações da doença (elemento psicológico). Essa mudança traduz uma inovação em relação ao Código Civil de 1916⁴ que fazia uso da expressão “loucos de todos os gêneros” e não levava em consideração o necessário discernimento. Nesse caso, bastava apenas o indivíduo ser diagnosticado como portador de doença mental para ser classificado como incapaz.

A avaliação do discernimento estaria relacionada com a preservação da capacidade cognitiva e a integridade do teste de realidade do indivíduo. Usualmente, em perícias na esfera civil, avaliamos o necessário discernimento através do domínio que o indivíduo apresenta sobre seu patrimônio no que tange aos valores de mercado, seus prováveis herdeiros e a administração de seu orçamento financeiro, bem como através da coerência do ato civil em pauta.

O termo “enfermidade mental” descrito no Artigo 3º engloba todas as doenças mentais de natureza grave e que afetam totalmente o discernimento do indivíduo. Já o termo deficiência mental seria relativo ao conceito legal de retardo mental ou oligofrenia, mas também poderia aparecer nos processos judiciais com as expressões de idiotia, imbecilidade e debilidade mental, conforme o grau de comprometimento intelectivo. As causas transitórias descritas no inciso III do mesmo artigo estariam relacionadas às doenças clínicas que evoluem com rebaixamento do nível de consciência ou mesmo aos quadros de traumatismos crânioencefálicos.

No Artigo 4º, inciso II, as expressões “ébrios habituais” e “viciados em tóxicos” seriam relativas, respectivamente, aos indivíduos portadores de dependência ao álcool e outras substâncias psicoativas. Já no inciso III do mesmo artigo, a expressão legal “excepcionais” seria relacionada àqueles indivíduos com rupturas no desenvolvimento mental, os casos de autismo, os surdos-mudos e outras doenças neurológicas que afetam o necessário discernimento. No que tange aos prodígios, seriam aqueles indivíduos que praticam gastos de forma abusiva e dilapidam o próprio patrimônio sem um fim útil com prejuízos para si e toda a família. A prodigalidade é um conceito jurídico e não pode ser considerada uma doença mental, embora ela possa ser uma manifestação de alguns quadros psiquiátricos como as fases

maníacas do transtorno de humor bipolar, transtornos dos hábitos e dos impulsos com manifestações de jogo patológico (jogadores compulsivos), transtornos de personalidade ou mesmo em alguns casos de retardo mental leve.

Os processos judiciais de ações de curatela estão previstos nos **artigos 1.177** e seguintes do Código do Processo Civil.⁶ Segundo o Artigo 1.177, a interdição pode ser promovida:

- I- *pelo pai, mãe ou tutor;*
- II- *pelo cônjuge ou algum parente próximo;*
- III- *pelo órgão do Ministério Público.*

Art. 1.178- *O órgão do Ministério Público só requererá a interdição:*

- I- no caso de anomalia psíquica;*
- II- se não existir ou não promover a interdição, alguma das pessoas designadas no artigo antecedente, números I e II;*
- III- se, existindo, forem menores ou incapazes.*

Mas, mesmo depois de estabelecida a curatela definitiva pelo magistrado, o “levantamento da interdição” poderá ser solicitado a qualquer momento pela pessoa interditada ou mesmo pelo seu curador, quando então o juiz determinará uma nova perícia obedecendo o que preconiza o Artigo 1.186 do Código do Processo Civil:⁶

Art. 1.186: *Levantar-se-á a interdição, cessando a causa que a determinou:*

Parágrafo 1º: O pedido de levantamento poderá ser feito pelo interditado e será apensado aos autos da interdição. O juiz nomeará perito para proceder ao exame de sanidade no interditado e após a apresentação do laudo designará audiência de instrução e julgamento.

Parágrafo 2º: Acolhido o pedido, o juiz decretará o levantamento da interdição e mandará publicar a sentença, após o trânsito em julgado, pela imprensa local e órgão oficial por três vezes, com intervalo de 10 (dez) dias, seguindo-se a averbação no Registro de Pessoas Naturais.

III- Estatuto da pessoa com deficiência (Lei 13.146/2015)

Criado em 06 de julho de 2015 e com vigência a partir de 02 de janeiro de 2016, o

Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD), ou também chamado de Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, teve forte influência da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência realizada em Nova York no ano de 2007. O EPD trata dos direitos e garantias para os portadores de deficiência de todos os tipos, com reflexos nas mais diversas áreas do Direito. Neste capítulo, o que se abordará é a importante mudança que a Lei provoca no regime das incapacidades do Código Civil Brasileiro, especialmente no que toca ao portador de transtorno mental. Conforme explicitado na Lei 13.146/2015, a pessoa com deficiência não deve ser mais tecnicamente considerada civilmente incapaz, na medida em que os Artigos 6º e 84º, do mesmo diploma e descritos abaixo, deixam claro que **a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa.**⁷

O EPD inaugura em seu Artigo 2º um novo conceito sobre as pessoas com deficiências: “são aquelas com impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais em interação com uma ou mais **barreiras**, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.” Observem que a palavra “barreiras” se encontra propositalmente grifada pelo autor, já que a definição procura enfatizar que são elas as principais responsáveis pela incapacitação ou inaptidão da pessoa com deficiência, o que nos faz pensar sobre a relevância de um componente social e psicológico que minimiza a importância da concepção puramente médica da deficiência, a fim de lhe conferir uma dimensão mais personalizada, social e inclusiva.

Dessa forma, o EPD traz uma inovação sobre a capacidade civil nos artigos abaixo, principalmente no que toca aos direitos personalíssimos, ou seja, aqueles que não podem ser exercidos pelo curador ou representante legal em nome do indivíduo, e que irão provocar alterações substanciais nos Artigos 3º e 4º do Código Civil Brasileiro:

Art. 6º: A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

- I - casar-se e constituir união estável;*
- II- exercer direitos sexuais e reprodutivos;*
- III- exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;*
- IV- conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;*
- V- exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e*
- VI- exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.*

Art. 84º: A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.^{[L][SEP]}

§ 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.

§ 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.^{[L][SEP]}

§ 3º A definição de curatela de pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.

§ 4º Os curadores são obrigados a prestar, anualmente, contas de sua administração ao juiz, apresentando o balanço do respectivo ano.

Neste sentido, segundo a **Lei 13.146/2015**, que alterou os artigos 3º e 4º da Lei 10.406 de 2002, não há mais que se falar em incapacidade absoluta da pessoa com deficiência, conforme constava no artigo 3º do Código Civil, sendo revogados todos os seus incisos. Dessa forma, esse artigo passa a conter a seguinte normatização:

Art. 3º- São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 anos.

E no que tange à incapacidade relativa, o artigo 4º do Código Civil Brasileiro também sofreu profundas alterações:

Art. 4º- São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;^L

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;

IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial.

Observem que no inciso II foram suprimidos os termos “deficiência mental” e “discernimento reduzido” conforme constavam na normatização anterior, e preservados apenas os termos “ébrios habituais” e “viciados em tóxicos”. E no inciso III, não aparece mais o termo “excepcionais” e sim o termo genérico “aqueles”, o qual englobaria todos os estados mentais de causa transitória ou permanente que não puderem exprimir sua vontade. Entretanto,

poderíamos interrogar se aqueles estados orgânicos transitórios que evoluem com rebaixamento do nível de consciência ou mesmo o coma, seriam classificados como relativamente, e não absolutamente incapazes? A nova legislação procura evitar a terminologia médica de doença ou deficiência mental, embora destaque no inciso II aqueles pacientes portadores de dependência ao álcool e outras drogas. Conclui-se então, que todos os indivíduos portadores de transtornos mentais, e de causas permanentes, serão classificados no inciso III como relativamente incapazes.

Portanto, verificamos que o EPD inaugura uma nova concepção da capacidade civil, tratando-a como mera categoria jurídica e se amparando nos princípios constitucionais de isonomia. E ainda deixa claro que não basta apenas a reabilitação da pessoa com deficiência, mas também a eliminação das barreiras sociais. Mas podemos conjecturar se nossa sociedade se encontra amadurecida e organizada para lidar com essas mudanças, e se não aumentaria a responsabilidade do Estado para preservar o bem-estar social e administrar a hipertrofia da tutela desses indivíduos. Imaginemos, por exemplo, se uma mulher portadora de retardo mental decide ter um filho com um homem também portador de um transtorno mental, e resolve deixar a criança sob os cuidados dos pais idosos?

Na linha de manter ao máximo a autonomia e a dignidade da pessoa com deficiência, o EPD normatiza no seu artigo 84º, conforme descrito acima no seu parágrafo 3º, que a curatela passa agora a ser medida extraordinária ou de exceção, e proporcionalmente individualizada para cada caso no menor tempo possível. Nesse sentido, ela estaria reservada principalmente para os atos civis de natureza negocial e patrimonial como assinar contratos, dar quitação, receber, transigir, etc. Isso implicará em um maior cuidado dos peritos na realização das perícias médicas, no sentido de discriminá-la de forma individualizada para quais atos civis, personalíssimos ou não, a pessoa periciada estaria incapacitada, e apontar ao magistrado um prognóstico sobre a deficiência e o intervalo de tempo para a reavaliação da curatela.

E se a curatela passa a ser uma medida extraordinária, é porque existe uma outra via assistencial de que pode se valer a pessoa com deficiência, livre do estigma da incapacidade, e para que possa atuar na vida social: a "tomada de decisão apoiada", conforme prevista no **artigo 116º** e no parágrafo 2º do **artigo 84º** do EPD. Trata-se de um “processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.”⁸ O processo judicial da tomada de decisão apoiada segue os mesmos trâmites da curatela, mas nesse caso o individuo não é considerado legalmente incapaz. Ele está reservado

para indivíduos com certa vulnerabilidade social por conta de uma deficiência, mas que não afeta grandemente sua capacidade cognitiva, como aqueles indivíduos portadores de nível intelectual limítrofe, afasias de expressão, sequelas de acidente vascular cerebral, cegueira, e outras deficiências de menor gravidade.

Portanto, apesar das mudanças na legislação da incapacidade, considero que o perito e sua equipe multidisciplinar permanecem como protagonistas na decisão sobre a capacidade civil desses indivíduos, e podem até mesmo apontar ao magistrado a impossibilidade absoluta do indivíduo de praticar quaisquer atos da vida civil. Conforme apontou Chalub (2012), para evitar uma medida abusiva, primeiramente devemos discriminar quem é vulnerável, e essa avaliação somente poderá ser realizada de forma individualizada por profissionais tecnicamente capacitados. Ou seja, uma medida de proteção abusiva poderia ocorrer nas duas situações extremas: tanto numa legislação excessivamente restritiva da capacidade quanto numa legislação estritamente baseada em propósitos inclusivos. E ainda, segundo Grinberg e Chehaibar (2012), “o princípio da autonomia vincula-se ao comportamento ditado pelo próprio indivíduo e o direito de liberdade, com dois significados durante a investigação clínica: tratar o voluntário como ser autônomo se ele for capaz de deliberar e de atuar coerentemente; protegê-lo caso seja incapaz.”⁹

IV- Capacidades civis específicas

Em razão de a grande maioria das perícias psiquiátricas na esfera civil estarem relacionadas às ações de curatela, veremos, aqui, de forma mais sucinta, alguns casos de avaliação da capacidade civil como elaboração de testamentos, doações, oficialização de casamentos, capacidade laborativa, capacidade para dirigir, receber citação judicial, testemunhar, assumir curatela e capacidade eleitoral. Teremos comentários sobre os principais, pois alguns poderão ser estudados em capítulo próprio e já apresentam normatização específica. Enquanto nas ações de curatela ou interdição, a perícia psiquiátrica é sempre temporalmente transversal, nas avaliações das capacidades específicas, as perícias podem ser transversais ou retrospectivas. Nesse último caso, a avaliação pericial investigará atos civis praticados no passado. E se o periciado for considerado pessoa já falecida, a perícia psiquiátrica passa a ser considerada indireta e embasada nas provas documentais, exames complementares e entrevistas com profissionais e/ou testemunhas arroladas.

Nas avaliações da capacidade testamentária, assim normatiza o Código Civil Brasileiro:¹⁰

Art. 1.860: “[...] além dos incapazes, não podem testar os que, no ato de fazê-lo, não tiverem pleno discernimento [...]”

Art. 1.861: “[...] a incapacidade superveniente do testador não invalida o testamento, nem o testamento do incapaz se valida com a superveniência da capacidade.”

Os artigos acima consideram que a condição de capacidade pode mudar ao longo da vida nos dois sentidos, o que tornam essas perícias bastante desafiantes para os peritos. Portanto, será considerada a avaliação do estado mental do periciado no momento de lavratura do documento. E o perito pode ser contratado para a avaliação da capacidade mental em vida do indivíduo, quando se busca prevenir futuras contestações diante da feitura de um testamento presente. Ou ainda pode ser chamado como assistente técnico ou perito do juízo nas avaliações *pos mortem* ou em vida, quando os herdeiros questionam na justiça a anulação do ato jurídico praticado no passado pelo ente familiar.

Recentemente, fui contratado pela irmã de um paciente portador de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em fase avançada, a fim de elaborar um parecer atestando a sua capacidade para revogar um testamento realizado no passado, no qual ele beneficiava seu cuidador com um imóvel. Na época, o paciente ainda preservava um bom estado de sua capacidade psíquica e mantinha uma relação bastante afetiva com o seu cuidador. Na avaliação atual, o paciente se encontrava internado em uma UTI, respirava com ajuda de aparelhos e traqueostomia, apresentava quadro de insuficiência renal importante e mantinha controle clínico com a administração de drogas vasoativas. Mas apesar disso, estabelecia um tipo de comunicação rudimentar com sua cuidadora através dos movimentos dos globos oculares, quando lhe era apresentado uma prancha que continha colunas de números e letras do alfabeto. Apesar das funções corticais superiores não estarem comprometidas nos pacientes com ELA, concluí que, nesse caso, a capacidade psíquica de manifestar livremente a sua vontade estava afetada, em razão das complicações clínicas advindas da doença e o estado de fragilidade mental provocado pelo estágio terminal da moléstia. Portanto, um desejo manifestado no passado diante de um estado de total integridade da capacidade mental não poderia ser contestado no presente perante o quadro clínico atual do paciente, e que estava sendo proposto pelos familiares. Por isso, sugerimos ser muito importante nos casos de avaliação da capacidade de testar, que avaliemos o passado autobiográfico do indivíduo e tenhamos conhecimento técnico sobre os mecanismos de evolução da doença manifesta pelo periciado.

No que se refere a relação de transtorno mental e casamento, se o Código Civil de 2002

em seu Artigo 1.548 declarava nulo o casamento quando um dos cônjuges era considerado absolutamente incapaz e sem o necessário discernimento, o EPD com vigência a partir de 2016, reconhece que o casamento é um ato existencial facultado a qualquer pessoa, inclusive às pessoas com deficiência, independentemente da autorização de seu curador. E se no Artigo 1.556 do Código Civil também se previa a anulação do casamento por erro caracterizado em face da ignorância de doença mental grave por parte de um dos cônjuges, tal situação já não será mais permitida pelo EPD. Entretanto, a perícia técnica terá prioridade sobre estas novas normatizações no sentido de melhor orientar os magistrados para cada caso específico e de acordo com a gravidade da incapacidade dos indivíduos.

A capacidade laborativa dos indivíduos portadores de transtornos mentais será estudada em capítulo próprio. Mas é importante ressaltar que uma possível decisão judicial de incapacidade civil não significa que o mesmo individuo tenha uma incapacidade laborativa, e vice-versa. Embora ambos os tipos de capacidade apresentem fundamentos diversos, ainda presenciamos no momento presente, e de forma distorcida, solicitações judiciais para avaliar a capacidade civil de determinado enfermo como condição prévia para se pleitear benefícios previdenciários como aposentadoria por invalidez ou benefícios assistenciais de amparo à pessoa com deficiência (LOAS). Segundo Barros & Teixeira (2015), a Lei 8.742/93, denominada Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), não determina que, para receber este benefício, o indivíduo esteja interditado.¹¹

V- Conclusão

Consideramos que o modelo de assistência psiquiátrica proposto ao longo das últimas três décadas passou a ser o principal desafio para as perícias psiquiátricas com impactos na complexidade e na quantidade de perícias. Nesse sentido, sugerimos um trabalho integrativo entre o sistema judiciário e os sistemas de saúde mental com o propósito de capacitar os magistrados sobre as peculiaridades da enfermidade mental. Para isso, seria necessária a implantação de equipes técnicas em saúde mental com um alto nível de capacitação dentro das instituições judiciais, mas que tenham autonomia para criarem um espaço de discussão e reciclagem continuada dos diversos atores do sistema. E considerando que a psiquiatria moderna tem contribuído cada vez mais para valorizar a autonomia dos enfermos mentais, com repercussões positivas nas suas capacidades para assumir responsabilidades penais e compromissos civis, brevemente enfrentaremos novos dilemas éticos e legais dentro da instância judiciária. Torna-se necessário estarmos preparados para essas mudanças, pois as

revoluções no tratamento farmacológico dos enfermos mentais, atreladas a um novo conceito da visão desses enfermos pela sociedade e pela nova legislação vigente, vão proporcionar muitos debates éticos e jurídicos. Entretanto, se cada vez mais contribuímos para proporcionar a inclusão do enfermo mental dentro do contexto social vigente, livre de preconceitos e com a igualdade de direitos, temos também de enfrentar as nossas responsabilidades de criar ferramentas para proporcionar uma convivência harmônica e civilizada com o adoecimento mental e a “loucura”.¹²

Em suma, a “loucura” e o sofrimento psíquico vêm conquistando seu espaço. Em nossas clínicas, percebemos que os próprios pacientes já almejam e reivindicam um reconhecimento social de sua autonomia e capacitação. Os avanços tecnológicos e da psiquiatria moderna vêm contribuindo para esse novo paradigma. Já não existirão mais “naus”, muros asilares, presídios, justiça autoritária, e num outro extremo, o assistencialismo desenfreado com fins políticos, para cercearem o desenvolvimento da cidadania e a identidade dos enfermos mentais. O debate está aberto para a ciência médica, a sociedade e o sistema judiciário.

VI- Referências Bibliográficas

1. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União. 11 jan. 2002; Seção 1:89.
2. Farias, Cristiano Chaves de. Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo: Farias CC, Cunha RS, Pinto RB. Salvador: JusPodivm; 2016; 239.
3. Rigonatti SP. Notas sobre a história da psiquiatria forense: da antiguidade ao começo do século XX. In: Rigonatti SP, organizador. Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II. São Paulo: Vetur; 2003; 17-1.
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Brasília: Casa Civil; 1916. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071impressao.htm
5. Chalub M. Medicina Forense, Psiquiatria Forense e Lei. In: Chalub M, Abdala-Filho E, Telles LEB. Psiquiatria Forense de Taborda. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2016;3.
6. Código 4 em 1 Saraiva: Civil; Comercial; Processo Civil e Constituição Federal. Curia LR, Céspedes L, Nicoletti J. 11. ed. São Paulo: Saraiva; 2015; 662-3.
7. Farias, Cristiano Chaves de. Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo: Farias CC, Cunha RS, Pinto RB. Salvador: JusPodivm. 2016; 43;238.
8. Farias, Cristiano Chaves de. Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo: Farias CC, Cunha RS, Pinto RB. Salvador: JusPodivm; 2016; 333.
9. Grinberg M, Chehaibar GZ. Termo de Consentimento com Sentimento. In: Azevedo AV, Ligiera WR. Direitos do Paciente. São Paulo: Saraiva; 2012; 205-24.
10. Código 4 em 1 Saraiva: Civil; Comercial; Processo Civil e Constituição Federal. Curia LR, Céspedes L, Nicoletti J. 11. ed. São Paulo: Saraiva; 2015.393.
11. Barros DM, Teixeira EH, organizadores. Manual de Perícias Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2015; 40.
12. Vianelli L. Psiquiatria e Lei: interfaces com a “loucura”. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Pesquisa e Desenvolvimento em Gestão de Saúde do curso de MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde-Turma 16, Fundação Getúlio Vargas (FGV). Campinas: IBE; 2016; 28.

CAPÍTULO 18

PERÍCIAS PSIQUIÁTRICAS: AVALIAÇÃO DA IMPUTABILIDADE PENAL, PERICULOSIDADE E MEDIDA DE SEGURANÇA

Luciano Vianelli Ribeiro

Júlio César Fontana-Rosa

2021

SUMÁRIO

I- Introdução

II- Imputabilidade

III- Imputabilidade penal e legislação

IV- Nexo de causalidade

V- Imputabilidade e a lei de drogas

VI - Incidente de insanidade mental

VII - Medida de segurança

VIII- Um caso emblemático

IX – Resumo conclusivo

X- Referências bibliográficas

I- Introdução

As perícias psiquiátrico-forenses na esfera criminal voltam-se, em síntese, para a avaliação da responsabilidade penal. O núcleo da questão está na discussão da responsabilidade. Importante lembrar o significado da palavra responsabilidade. Ela é formada por *red*, que é um prefixo significando anterioridade, ou seja, algo feito anteriormente, e *spondere*, ou seja, algo que eu assumi, contraí um compromisso, por exemplo.

Após completar os dezoito anos, frente a justiça o sujeito passa a ser capaz de conhecer as leis, bem como respeitá-las. Não o fazendo, estará sujeito às penalidades. Portanto, a idade é um fator modificador da responsabilidade penal.

Entretanto, mesmo após concluída a maioridade, outro fator pode concorrer para modificá-la: os transtornos mentais e do comportamento, na medida em que eles afetarem em menor ou maior grau a capacidade de entender e/ou de respeitar a legislação.

Portanto, a avaliação da responsabilidade penal nos conduz a discussão sobre a possibilidade de se poder ou não imputar, criminalmente, o crime ao agente.

II- Imputabilidade

Ao contrário das perícias cíveis nas ações de curatela, e que envolvem a interdição do periciado, a avaliação da imputabilidade penal é sempre retrospectiva e tem o objetivo de avaliar o estado mental do réu à época da prática de um ato ilícito. A imputabilidade de um indivíduo seria uma pré-condição para que este fosse considerado culpado diante de ter cometido um ato infrator.

Em nosso país, a imputabilidade penal baseia-se na capacidade de entendimento e/ou na capacidade de autodeterminação, ou seja, valoriza, respectivamente, os aspectos cognitivos e volitivos do enfermo. Na avaliação da capacidade de entender o caráter ilícito do fato, devemos verificar se o indivíduo é capaz de entender e distinguir, dentre suas ações, aquelas que são consideradas lícitas e ilícitas.

Quanto à capacidade de se determinar segundo o seu entendimento, devemos investigar se os atos são premeditados ou impulsivos, embora alguns autores considerem que a impulsividade caracteriza a conduta criminal do ser humano em geral. Mas vale a pena

ressaltar que vários países consideram os aspectos psicopáticos da personalidade não como atenuantes da responsabilidade penal e sim como agravantes. E mesmo naqueles países que a sua constatação favorece a diminuição da responsabilidade penal, este achado implica em maior tempo de confinamento.¹

Portanto, torna-se importante esclarecer que a lei brasileira adota o critério biopsicológico para determinar a imputabilidade do enfermo mental. Ou seja, a presença do transtorno mental representa o elemento biológico que vai alterar a cognição e a volição que representam o elemento psicológico no momento do ato criminoso. Assim, não basta somente a presença de um transtorno mental para que o enfermo seja considerado inimputável, e nem mesmo somente a alteração dos aspectos cognitivos e volitivos durante a ação criminosa. Além disso, a lei brasileira também prevê o critério cronológico, conforme consta no Artigo 27 do Código Penal:² “os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial”.

III- Imputabilidade penal e legislação

A imputabilidade penal do enfermo mental é descrita no artigo 26 do nosso Código Penal de 1984.²

“É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Parágrafo único: A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

É importante explicar que os termos acima são jurídicos e que o legislador entendeu da seguinte maneira: 1 - por doença mental, as psicoses (esquizofrenias, transtorno bipolar, psicoses orgânicas, etc.); 2 - por “desenvolvimento mental incompleto” o indivíduo que não desenvolveu sua completa maturidade ou que sofreu alguma privação durante o desenvolvimento dos órgãos sensoriais, estando ai o silvícola (com discordância de alguns juristas por entender que isso seria um preconceito), pelo fato de não ser aculturado, ou o

surdo-mudo incapaz de se comunicar devidamente; 3 – por “retardado” equivaleria ao diagnóstico de retardo mental (doenças genéticas, traumas cerebrais, etc.); 4 - por “perturbação de saúde mental”, que não entendeu como doença mental, temos as depressões, dependência de drogas, os transtornos de personalidade, as parafiliais, as chamadas neuroses e outras condições que afetem a capacidade de entendimento do indivíduo.

Portanto, na dependência da avaliação das condições de entendimento e/ou de agir de acordo com este entendimento, podemos ter as seguintes situações:

Inimputável, conforme artigo 26, do Código, semi-imputável, conforme parágrafo único, e imputável, quando, diferentemente, se conclui que era capaz de responder plenamente pelos seus atos.

Aos inimputáveis caberia então a medida de segurança conforme veremos mais adiante, enquanto para os semi-imputáveis teríamos as possibilidades, de redução de um a dois terços da pena, ou tratamento (conforme algumas decisões).

Embora o termo “doença mental” apareça aqui de forma mais restrita com o objetivo de delimitar aqueles casos graves de alterações mentais que evoluem com grande prejuízo do juízo da realidade, a Organização Mundial de Saúde se reserva a usar o termo genérico “transtorno mental”, conforme descrito na CID10, e que é uma tradução do termo “disorder” utilizado pela American Psychiatric Association na sua quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).³

IV- Nexo de causalidade

Nesse contexto, o perito deverá afirmar ao magistrado se existe **nexo de causalidade** entre a doença ou transtorno mental diagnosticado e o ato ilícito praticado pelo indivíduo. Portanto, se o transtorno mental for diagnosticado com sua data de início posterior ao ato ilícito, não há mais que se falar em nexo de causalidade, e sim **superveniência de doença mental**. Ou, mesmo na presença de doença mental, mas sem prejuízos da capacidade de entendimento ou de determinação, não se poderá falar de inimputabilidade.

O indivíduo, mesmo sendo portador de um transtorno psicótico, poderá ter preservada a sua capacidade de entender o caráter ilícito do ato e até mesmo de decidir pela escolha de praticar ou não determinado ato. Essa dúvida não ocorre nos transtornos psicóticos graves com acentuado comprometimento do juízo da realidade, mas pode tornar a perícia médica mais complexa naqueles transtornos psicóticos mais brandos ou reativos a situações externas.

V- Imputabilidade e lei de drogas

As perícias psiquiátricas em agentes criminosos e relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, representam o maior número de avaliações periciais na esfera criminal. Tal fato se deve à maior prevalência de pessoas portadoras de transtornos por uso de substâncias na população carcerária, devido à vertiginosa exposição desses indivíduos ao tráfico dessas substâncias. Esse panorama também foi corroborado pelo advento da Lei de Tóxicos de 1976⁶, que além de manter o critério biopsicológico do Código Penal para determinação da imputabilidade, passou a abranger qualquer delito praticado por agentes dependentes químicos ou que agissem sob os efeitos da substância entorpecente que afetassem a capacidade de entendimento ou autodeterminação no momento da prática do ato ilícito. Essa normatização também se manteve com a criação da Lei nº 11.343 de 2006⁷, também denominada como **Lei de Drogas**, conforme se expressa nos artigos abaixo:

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (grifo do autor).

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado.

Art. 46. As penas podem ser reduzidas de um terço a dois terços se, por força das circunstâncias previstas no art. 45 desta Lei, o agente não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Portanto, observa-se no artigo 45, que a avaliação da imputabilidade abrange a prática de qualquer delito, e não somente aqueles relacionados ao tráfico de drogas. Outra observação não menos importante se trata do estado de dependência ou de se estar sob efeito do uso da substância proveniente de caso fortuito ou força maior. Na grande maioria das

perícias realizadas nestes casos, o estado de dependência química não afeta a capacidade de entendimento dos indivíduos periciados. Mas em situações de maior gravidade do estado de dependência, a capacidade de determinação de acordo com esse entendimento poderá estar afetada em razão do alto nível de impulsividade presente durante os estados de consumo acentuado da substância ou mesmo nos períodos de intensos sintomas de abstinência. Muitas vezes, essa avaliação estará condicionada ao tipo de substância consumida; ao seu potencial de provocar sintomas de abstinência e dependência; ao padrão de consumo; às alterações mentais e cognitivas provocadas pela quantidade e o longo período de consumo da substância, e à acessibilidade às redes especializadas de assistência.

Naquelas situações que não caracterizam o uso da substância proveniente de caso fortuito ou força maior, a legislação prevê o *actio libera in causa*, ou seja, ação livre na causa, quando então se presume que o individuo já preservava o entendimento antecipado de que o consumo da substância poderia causar os efeitos relacionados ao ato ilícito. Nessa situação, o individuo responderá pela ação praticada e a pena poderá até mesmo ser agravada.

Segundo Barros & Teixeira (2015)⁸, a nova normatização da Lei de Drogas apresentou mudanças significativas em relação à legislação anterior, principalmente no que se refere à condição de usuário com tendências à desriminalização do uso, conforme descrito no seu artigo 28:⁷

Art. 28. *Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:*

I -advertência sobre os efeitos das drogas;

II -prestação de serviços à comunidade;

III -medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º *Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.*

§ 2º *Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se*

desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

VI - Incidente de insanidade mental

Na esfera penal, o incidente de insanidade mental será instaurado pelo juiz quando houver dúvida sobre a sanidade mental do réu, e poderá ser solicitado pelo próprio magistrado, pelo Ministério Público, pelo próprio defensor do acusado ou seus representantes, conforme consta do Artigo 149 do Código Penal:⁴

Artigo 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.

Parágrafo 1º- O exame poderá ser ordenado ainda em fase de inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

Parágrafo 2º- O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

Artigo 150: Para efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.

Parágrafo 1º- O exame não durará mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.

Parágrafo 2º- Se não houver prejuízo para a marcha do processo, o juiz poderá autorizar sejam os autos entregues aos peritos, para facilitar o exame.

Artigo 151: Se os peritos concluírem que o acusado era, ao tempo da infração, irresponsável nos termos do artigo 26 do CP, o processo prosseguirá, com a presença do curador.

Artigo 153: *O incidente de insanidade mental processar-se-á em auto apartado, que só depois da apresentação do laudo, será apenso ao processo principal.*

Nas situações em que a instalação da doença mental surge em momento posterior à prática do crime, e que estaria afastado o nexo de causalidade, o magistrado poderá solicitar ao perito para proceder ao exame de insanidade mental diante da possibilidade de superveniência de doença mental, quando então indicará ao juiz o tratamento mais apropriado. Esta situação encontra-se prevista nos seguintes artigos do Código Penal:⁴

Artigo 152: *Se verificar-se que a doença mental sobreveio à infração, o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça, observado o parágrafo 2º do artigo 149.*

Parágrafo 1º: *O juiz poderá, nesse caso, ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado.*

Parágrafo 2º: *O processo retomará o seu curso, desde que se restabeleça o acusado, ficando-lhe assegurada a faculdade de reinquirir as testemunhas que houverem prestado depoimento sem a sua presença.*

Artigo 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.*

Parágrafo 1º: *Em caso de urgência, o diretor do estabelecimento penal poderá determinar a remoção do sentenciado, comunicando imediatamente a providência ao juiz, que, em face da perícia médica, ratificará ou revogará a medida.*

Parágrafo 2º: *Se a internação se prolongar até o término do prazo restante da pena, e não houver sido imposta medida de segurança detentiva, o indivíduo terá o destino aconselhado pela sua enfermidade, feita a devida comunicação ao juiz de incapazes.*

VII - Medida de segurança

Se o indivíduo for considerado portador de enfermidade mental e avaliado como inimputável pela perícia médica, o juiz normalmente decidirá pela medida de segurança, ou

seja, esse paciente será encaminhado para o tratamento através de mandados judiciais. Nesses casos, as modalidades de tratamento poderão ser do tipo **ambulatorial (medida restritiva)** ou **internação em Casa de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (medida detentiva)** até que seja cessada a periculosidade do paciente avaliada através de nova perícia psiquiátrica.

Mas se a conclusão da perícia médica indicar a semi-imputabilidade do agente, o magistrado poderá decidir se aplica uma pena reduzida ou a substitui pela medida de segurança, conforme instruem os artigos 26, parágrafo único, e 98, ambos do Código Penal.²

O período mínimo da medida de segurança após o qual ocorrer solicitação judicial ao perito para proceder ao exame de cessação de periculosidade varia de 01 a 03 anos, podendo ser prorrogada de forma indeterminada e de acordo com os resultados favoráveis do tratamento.

Os resultados do tratamento estarão diretamente condicionados à acessibilidade do paciente às redes de assistência em saúde mental; ao apoio psicossocial oferecido na sociedade; à continência familiar e à capacitação técnica das equipes de saúde mental. E estes são os principais desafios na realização dos exames de cessação de periculosidade. Diferentemente da aplicação da pena, a medida de segurança tem uma finalidade essencialmente preventiva, e nesse sentido volta-se para o futuro e não para o passado.

Recomenda-se aos peritos que evitem descrever ou afirmar nas conclusões dos laudos periciais sobre a imputabilidade do periciando, e que se limitem apenas à diagnose, indicação do tratamento mais adequado, às respostas aos quesitos e na avaliação da capacidade de entendimento e autodeterminação à época do fato ilícito praticado pelo acusado. A decisão de imputar a prática de um ato ilícito a determinado indivíduo é reservada apenas aos magistrados.

Ainda em relação à medida de segurança, vejamos o que está descrito no Código Penal (Lei 7.209/84):²

Artigo 97: Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Parágrafo 1º: A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos.

Parágrafo 2º: A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Contudo, apesar do que consta do parágrafo 1º do artigo 97, a jurisprudência dos Tribunais Superiores, amparada no artigo 5 da Lei nº 10.216/2001⁵, tem admitido a **desinternação progressiva** dos hospitais de custódia para o tratamento ambulatorial e limitado ao período máximo de medida de segurança em 30 anos.

VIII- Um caso emblemático

O caso “champinha”: internação ou privação de liberdade?

O Caso “Champinha” é mais um caso emblemático e de intensa repercussão midiática para a justiça brasileira.⁹ O crime ocorreu na mata de Embu-Guaçu-SP no ano de 2003, quando ele contava apenas com 16 anos de idade. Junto com mais quatro comparsas maiores de idade, assassinaram de forma cruel um casal de namorados. A moça, na época com 16 anos de idade, permaneceu durante 04 dias em cativeiro, sendo torturada, estuprada e depois morta a facadas por “Champinha”. E como ainda era menor de idade, ele permaneceu internado na Fundação Casa durante 03 anos, cumprindo medidas socioeducativas, conforme determina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).¹⁰ Segundo a legislação do ECA, após atingir o prazo limite de 03 anos de internação ou a idade de 21 anos, extingue-se a medida socioeducativa e o alcance do Estatuto. Questões como risco à sociedade, perfil criminal do reeducando e gravidade do crime não superam o critério cronológico.

A solução adotada pelo Ministério Público Estadual (MPE) e acatada pela justiça paulista, foi decretar a interdição civil de “Champinha” com a justificativa de que ele sofria de doença mental grave e colocava em risco a vida de outras pessoas. Para tanto, o MPE se amparou na Lei 10.216/01⁵, que regula os direitos dos portadores de transtornos mentais, a fim de garantir a sua contenção compulsória, mesmo após a conclusão do prazo máximo de internação na Fundação Casa, ocorrida em novembro de 2006. Com essa decisão, a custódia de “Champinha” passou a ser de responsabilidade do Estado.

E para justificar a decisão acima, “Champinha” foi submetido à perícia psiquiátrica no Instituto Médico Legal (IML), sendo diagnosticado como portador de transtorno antissocial da personalidade e leve retardo mental. Com isso, foi encaminhado para internação em uma Unidade Experimental de Saúde (UES), criada especificamente para atender a esses casos. Passados mais de 10 anos, “Champinha” permanece ainda internado nessa mesma UES, apesar de algumas tentativas do Ministério Público Federal (MPF) e da Defensoria Pública para reintegrá-lo ao tratamento psiquiátrico ambulatorial na sociedade, nos moldes propostos pela Lei 10.216/01.⁵ Mas decisões recentes do Supremo Tribunal Federal (STF) têm sido contrárias a essas iniciativas.

O caso real narrado acima, bastante veiculado na mídia brasileira ao longo dos últimos anos, levanta questões polêmicas de grande repercussão social. Talvez este caso tenha sido o grande fermento para se discutir redução da maioridade penal em nosso país, além da criação de tantos outros projetos de lei que visam alterar a legislação do ECA, no sentido de “endurecer” as medidas socioeducativas para menores infratores. Mas um outro aspecto não menos importante se refere à utilização da avaliação psiquiátrica com os propósitos de se decretar a interdição civil de menores infratores perigosos, a fim de se justificar uma internação compulsória em unidades especializadas como a citada Unidade Experimental de Saúde (UES). Segundo Cordeiro (2016), nesses casos, os laudos psiquiátricos foram utilizados para uma “inovação jurídica”: determinar a internação de menores para “tratamento” como uma maneira de adiar a sua soltura. Segundo o mesmo autor, sob a égide da psiquiatria, criou-se um “limbo jurídico” sobre casos de segurança pública, e não da esfera da saúde mental.¹¹

Portanto, interroga-se se esses menores, com graves problemas de condutas e comportamentos perigosos, poderiam ser julgados como incapazes no que se refere à capacidade civil. Por outro lado, segundo o mesmo autor, essas internações compulsórias por vias tortuosas acabam gerando demandas por modelos de desinternação através de projetos terapêuticos gerenciados pelos serviços ambulatoriais e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). E como as equipes de saúde mental muitas vezes não estão preparadas tecnicamente e estruturalmente para atender e conter essas demandas de comportamentos antissociais, assumem uma grande responsabilidade perante a sociedade de não aumentar ainda mais o estigma e o temor diante dos doentes mentais.

Apesar de ser diagnosticado como portador de leve retardo mental, “Champinha” reunia alguma condição psíquica de entender e de se determinar diante do caráter criminoso dos fatos. Agiu preponderantemente de acordo com seus padrões morais deficitários e sem consideração com a vítima. Neste caso, verifica-se que existe uma demanda pela segurança jurídica e maior responsabilidade do Estado, e a opção adequada é pelo não uso da psiquiatria para traçar atalhos nas leis de maneira tortuosa, a fim de proteger a sociedade.

IX – Resumo conclusivo

A Psiquiatria Forense na esfera criminal, como exposto, atende, portanto, a reclamos da sociedade. Principalmente da justiça, nos casos em que há dúvidas sobre a responsabilidade dos agentes em ações desta natureza, criminal, de diferentes formas (assassinatos, roubos, uso de drogas etc.). Mas, também tem o papel, quando consultada, como de modo geral na Medicina Legal, de auxiliar o legislador na elaboração das leis pertinentes.

Permite uma decisão judicial com justiça, tirando do banco dos réus aquele que transgrediu, não por sua decisão, por sua vontade, mas sim, por conta de transtornos mentais.

Não deixa, entretanto, a sociedade sem uma resposta em suas conclusões em face da transgressão, demonstrando a necessidade, então, da assistência médica no regime de internação (medida de segurança).

É disciplina das mais altas considerações pelo fato de assistir a essa sociedade, especialmente na solução de conflitos de grande divulgação, com intenso clamor popular. Exige, portanto, a esmerada qualificação do profissional em face da grande responsabilidade, e consequente confiança, que é depositada no seu trabalho.

X- Referências bibliográficas

1. Teitelbaum PO, Fichbein BC, Martins CD, Bins HDC, Schwengber HE, Moreira LL, Christoff MU, Cohen M, Albrecht RB, Cardoso RG. Psicopatia e transtorno antissocial de personalidade: implicações sobre a responsabilidade penal. *Multjuris*. 2012;7:57-7.
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940-Código Penal, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Casa Civil; 1984 [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
4. Brasil. Presidência da República. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Brasília: Casa Civil; 1940. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.
5. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 09 abril de 2001; Seção 1(69-E):2. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Casa Civil; 1976. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm.
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas-Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. [Internet]. Brasília: Casa Civil; 2006. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm.
8. Barros DM, Teixeira EH, organizadores. Manual de Perícias Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2015.89.
9. STF decide manter Champinha internado em unidade de saúde de SP. g1.globo.com [Internet]. 16 mar. 2015. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/08/justica-decide-manter-champinha-internado-em-sao-paulo.html>
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília: Casa Civil; 1990. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.
11. Ribeiro RB, Cordeiro Q. Redução da maioridade penal e psiquiatria. *Revista Debates em Psiquiatria*. 2016;6(2): 32-7.

CAPÍTULO 19

PERÍCIAS PSIQUIÁTRICAS NA JUSTIÇA TRABALHISTA E ACIDENTÁRIA

Júlio César Fontana-Rosa

Alexandre Quelho Comandule

2021

Sumário

[Sumário](#)

[Perícias Psiquiátricas na justiça trabalhista e acidentária](#)

[Introdução](#)

[Fatores psicossociais](#)

[Novo mercado de trabalho](#)

[Avaliação pericial](#)

[Estruturação da perícia](#)

[Exemplo:](#)

[Referências bibliográficas](#)

Perícias Psiquiátricas na justiça trabalhista e acidentária

Introdução

O entendimento das perícias em psiquiatria depende do entendimento da evolução do homem no que diz respeito a suas relações com o meio ambiente, de que forma explorou os recursos naturais e tecnológicos, bem como de suas relações interpessoais, ou seja, da forma como se organizou e se organiza a fim de, por meio do trabalho, otimizar essa exploração. Essas relações criaram situações de dependência e de contratos, definindo-se relações de trabalho que foram evoluindo ao longo do tempo. Historicamente, observamos as mais diversas formas de relações que vão desde a escravidão, em que pessoas são totalmente subjugadas por outras por meio da força, aos contratos de trabalho modernos em que os papéis são bem definidos. A fim de entendermos um pouco mais esse processo, faremos um breve histórico dessas relações:

Os primeiros seres humanos viveram na era paleolítica que durou milhões de anos, onde sua sobrevivência era marcada pela dependência completa dos recursos disponíveis no meio ambiente, através da coleta de plantas e de pequenos animais encontrados por acaso. Em um segundo momento, mais evoluído, a vida paleolítica caracterizou-se pela colheita mais selecionada de frutas e pela caça de animais pequenos ou grandes. Já no período neolítico, há cerca de 10 mil anos, a vida era regida por uma civilização agrícola que cultivava a terra, cuidava de animais e fazia uso de instrumentos de ferro. No mundo rural, havia simplicidade dos processos produtivos, escassez de consumo, mas acima de tudo, a natureza é que detinha o poder de limitar a produção.

Somente nos últimos 200 anos é que presenciamos a sociedade industrial, caracterizada pelo uso de diversas formas de energia e com a organização científica dos meios de produção e incorporação de máquinas no processo produtivo.

Durante os últimos séculos, ocorreram profundas alterações na forma de trabalho e na vida em sociedade. Saímos da sociedade rural em direção à industrial e hoje vivemos na era pós-industrial.

A tecnologia na era industrial evoluiu de forma acelerada, com desenvolvimento de novos processos, novas máquinas, além de novos produtos químicos. Junto com isso, ocorreu um rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho. (4)

Com a sociedade industrial, o mesmo trabalhador, muitas vezes desprovido de educação, mantinha a exigência do esforço físico, porém, com os processos produtivos independentes dos ciclos da natureza. Assim a jornada de trabalho pode ser ampliada seja através de horas extras ou com aumento do ritmo da linha de produção. Neste tipo de ambiente, existe um controle maior sobre o volume do que se é produzido, e o ser humano pode virar refém da produtividade.

Da dependência do clima e das estações do ano como fator regulador da cadeia produtiva na área rural, passa-se para a dependência de horas de trabalho na linha de montagem como fator decisivo para o resultado final. No começo desta primeira revolução, os operários eram em número muito superior aos gerentes e outros profissionais liberais. É neste contexto que surgiu grande parte dos teóricos que observaram a formação de uma classe operária e subjugada e de outra poderosa que dominava os processos produtivos.

Embora já se soubesse, desde a antiguidade, sobre os impactos do ambiente de trabalho na saúde física e mental do trabalhador, foi somente no século passado que houve avanço no conhecimento científico deste tema. Dentre os pioneiros nos estudos das doenças profissionais, a médica Alice Hamilton da Universidade Harvard se destacou por enfocar os problemas de saúde do trabalhador sob o ângulo médico epidemiológico. Com enfoque na patologia do trabalho, Anna Baetjer, da Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, também contribuiu. (8). O crescimento da ciência desde a primeira metade do século passado ajudou na conquista de melhorias nos processos laborais e no avanço da medicina do trabalho.

Alguns autores afirmam que um importante fator para a evolução da medicina do trabalho foi o preço pago pelos trabalhadores em permanecer nas indústrias durante o esforço dos anos da II Guerra Mundial. No começo, devido à urgência na produção, os trabalhadores enfrentavam condições extremamente adversas, com intensidade de trabalho extenuante, podendo o esforço ser tão pesado e doloroso quanto o a própria guerra. Associado a este fator precipitante; outro momento de muita exigência da mão de obra foi no esforço pós-guerra, isto é, na demanda de reconstrução dentro de um contexto econômico e político onde o custo provocado pela perda de vidas, abruptamente por acidentes do trabalho, ou mais insidiosamente por doenças do trabalho, começou a ser também sentido pelos empregadores, que estavam ávidos de mão-de-obra produtiva e com escassez deste recurso. (7)

Com o avanço da medicina ocupacional, houve também evolução da consciência dos envolvidos, isto é, dos trabalhadores e dos empregados. Dentro deste espaço houve a implementação de leis específicas que visavam a proteção da saúde ocupacional. (5)

Desde o início já se sabia que os acidentes típicos de trabalho são os mais fáceis de se correlacionar, tendo em vista a obvia correlação entre a atividade exercida pelo trabalhador e o evento que culminou na lesão. No entanto, doenças ocupacionais são mais difíceis de se diagnosticar, principalmente pelo fato de a relação de causa e efeito não estar tão óbvia quando se faz o diagnóstico. Consequentemente, há maior fidedignidade com relação aos índices de acidente de trabalho. Seria esta a razão de subdiagnóstico de doenças ocupacionais.

Decorrente da complexidade da análise apurada dos fatores laborais que podem gerar ou agravar doenças, o Dr. Richard Schilling, Professor da *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, criou uma classificação na qual as doenças relacionadas ao trabalho podem ser descritas em três grupos: onde o trabalho pode ser causa necessária para o aparecimento da doença (I), fator contribuinte ou de risco (II) ou um agravante (III) (6)

O Ministério da Saúde do Brasil faz uso dessa classificação e em documento próprio exemplifica os 3 grandes grupos de Schilling:

Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, stricto sensu, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional.

Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.

Grupo III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

A classificação de Schilling se baseia na multicausalidade, isto é, permite avaliar o trabalho e a doença através de categorias e assim o estudo sobre o impacto do trabalho na saúde foi facilitado. Com o avanço desta forma de compreender a relação entre atividade laboral e a saúde foi possível definir diversos riscos ocupacionais, ou seja, agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos que, presentes no ambiente de trabalho, podem provocar danos à saúde do trabalhador. (5)

Os efeitos do trabalho na saúde mental são complexos tendo em vista que o mesmo pode proporcionar satisfação e realização pessoal, contatos interpessoais e segurança

financeira, fatores que são todos pré-requisitos para uma boa saúde mental, mas o trabalho pode também ter efeitos negativos no nosso bem-estar e na saúde. (21)

Saber avaliar a consequência da sobrecarga de trabalho no corpo de um homem exposto ao esforço físico oriundo de seu trabalho agrícola é relativamente fácil atualmente. O nexo causal entre o esforço demandado pela atividade e as articulações acometidas já vem sendo descrito na literatura há muito tempo.

Detectar as alterações patológicas em um operário, decorrentes da exposição desprotegida e crônica a metais pesados durante o processo produtivo de uma fábrica, ou medir a perda auditiva oriunda da exposição aos ruídos elevados dentro da linha de montagem também é uma tarefa cujo nexo causal já é bem estabelecido. Dentro deste contexto, o risco para a saúde do trabalhador é representado por um agravo à integridade física e o corpo teórico que sustenta a relação de causa e efeito já é conhecido.

No entanto, avaliar os prejuízos decorrentes da pressão e da sobrecarga de trabalho em indivíduos na sociedade pós-industrial é difícil. O esforço laboral consiste em intensa atividade mental, e estabelecer nexo causal nestes casos é muito mais complexo. Embora tenham ocorrido avanços no estudo do ambiente laboral, o reconhecimento de que outros fatores podem gerar doenças ocupacionais ainda é falho, posto que existem diversos agressores muito além dos físicos e químicos.

Fatores psicossociais

Segundo a *World Health Organization*, as circunstâncias sociais e psicológicas podem causar a longo prazo estresse. A ansiedade, insegurança, baixo amor-próprio, isolamento social e falta de controle sobre o trabalho e vida familiar têm poderosos efeitos na saúde. Afirma-se, ainda, que semelhantes riscos psicossociais acumulados durante a vida aumentam as chances de uma pior saúde mental, pior qualidade de vida, culminando inclusive em morte prematura por outras causas que não vinculadas diretamente ao trabalho. (15)

Os fatores psicossociais afetam a saúde física pois em situações de emergência nosso sistema nervoso através dos hormônios nos prepara imediatamente, desencadeando uma resposta de luta ou fuga através do aumento da frequência cardíaca, mobilização de energia reservada, desviando o sangue para os músculos e aumentando o estado de alerta. (Zanelli, 2004) Trata-se de uma reação importante para nossa sobrevivência e neste estado há desvio da energia e recursos de muitos processos físicos importantes para a manutenção da saúde a longo

prazo. O sistema imunológico e o cardiovascular são afetados se a pessoa fica neste estado muito frequentemente ou se a tensão é muito prolongada, podendo tornar-se mais vulnerável às doenças físicas e mental. (15)

De acordo com *The European Health Report* (2002) o estresse psicossocial é reconhecido como um fator chave no aumento de inúmeras condições, incluindo os problemas no coração e hipertensão, alcoolismo, psicoses, neuroses, homicídio, suicídio, acidentes, úlceras e cirrose. (17) As situações laborais percebidas como ameaçadoras ou sentidas como sobrecarga de trabalho conduzem à liberação dos hormônios do estresse, catecolaminas, adrenalina e noradrenalina, que fazem o trabalhador ficar física e mentalmente em estado de alerta. (20) O estresse relacionado ao trabalho é a resposta que algumas pessoas têm quando sentem que não podem competir com as demandas do trabalho, isto é, quando as exigências do ambiente de trabalho ultrapassam as nossas habilidades. A maioria dos casos de estresse laboral diz respeito à maneira como o trabalho é designado e à forma como as organizações são gerenciadas. (19)

As emoções têm como função ajudar na sobrevivência da espécie, auxiliar no aprendizado e no ajustamento social além de permitir a construção da subjetividade. Diariamente vivenciamos diversos estados emocionais que podem ser desencadeados por processos internos como pensamentos e imagens mentais ou decorrer de estímulos ambientais. A compreensão de que as reações emocionais estão presentes no ambiente do trabalho é que permitiram os primeiros estudos sobre o estresse (3)

Durante muito tempo teve-se a crença de que as emoções, dentro do ambiente de trabalho, seriam disfuncionais. Isso se deve à racionalidade das teorias organizacionais, desenvolvidas durante a era industrial. Com o avanço das técnicas de estudo do trabalho é que foi possível reconhecer novos fatores que interferem tanto na produtividade como na saúde dos trabalhadores, dentre eles o estresse e outros fatores psicossociais.

Os fatores psicossociais podem ser definidos como a medida dos potenciais que relacionam fenômenos psicológicos, o meio ambiente social e as mudanças patológicas da nossa fisiologia. (13) Eles surgem das interações do trabalhador com o trabalho, isto é, o empregado, com suas necessidades, capacidades e cultura, se relaciona com a situação laboral do ponto de vista do ambiente, da satisfação e das condições organizacionais que lhe são proporcionados. (14)

Atualmente existem fatos sólidos que comprovam o impacto proveniente de fatores psicossociais na saúde. (15), podendo ser divididos em 2 grupos quando se estuda o meio ambiente do trabalho:

1- Risco Físico (*Physical Hazards*)

2- Risco Psicosocial (*Psychosocial Hazards*)

Os Riscos Psicossociais podem ser definidos como aqueles aspectos do projeto, organização e gerenciamento do trabalho, seu contexto social e do meio ambiente os quais podem causar danos psicológicos, sociais e até físicos, muitos deles podendo ser diretamente atribuídos ao estresse. (16)

Um fator muitas vezes esquecido é o potencial impactante que a exposição aos Riscos Físicos no trabalho pode ter no funcionário, muitas vezes associado à ansiedade que decorre da experiência do estresse relacionado ao trabalho. (16,2) Um trabalhador da indústria petroquímica é treinado sobre os riscos, faz uso de equipamentos de segurança e passa por exames médicos periódicos que buscam ativamente por alterações físicas. No entanto, não se tem o mesmo cuidado com relação às emoções, ou seja, pouco se faz para investigar e tratar a ansiedade ou o medo que podem surgir pelo fato dele estar constantemente em risco de morte.

Embora muito tenha sido feito para melhorar as condições físicas do trabalho, até hoje, pouco se fez para lidar com as questões emocionais atreladas à atividade laboral. (2)

O método denominado “psicodinâmica do trabalho”, que surgiu nos anos 90, é uma técnica que permite caracterizar o ambiente do trabalho além dos fatores físicos, isto é, engloba um ambiente onde existem forças se relacionando de forma visível, invisível, objetiva, subjetiva, política, social e econômica. Portanto, o objeto de estudo da psicodinâmica são as relações entre a dinâmica do trabalho e os processos de subjetivação ou de produção de sentido por parte do funcionário. (1)

Hoje, já se utiliza a psicodinâmica como forma científica de investigar e analisar o processo de subjetivação do trabalho e o impacto negativo que pode surgir. Existem agravos à saúde que se originam da atividade laboral, podendo se manifestar como sofrimento emocional ou desestabilização que culmina por aumentar o risco de doenças variando desde distúrbios osteomusculares, alcoolismo e até suicídio. (4)

Estudar a inter-relação entre as exigências do trabalho e os desejos do trabalhador permite vislumbrar uma zona de conflito e de problemas que não pode ser detectada pelos métodos tradicionais que investigam os riscos de agravo à saúde de cada profissão.

Foi somente com o avanço dos estudos sobre fatores psicossociais no trabalho que foi possível relacionar doenças mentais com atividade laboral. Atualmente, a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde, portaria n.º 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, já inclui transtornos mentais que podem ser desencadeados pelo estresse laboral. (18) De acordo com esse documento, o trabalhador pode vir a desenvolver reações ao estresse grave,

transtorno de adaptação e transtorno de estresse pós-traumático. (5). Porém, a partir de um novo modelo de análise da violência no ambiente de trabalho, proposto pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), foi possível detectar outros fatores de forte impacto na saúde do trabalhador. Atualmente, a violência no trabalho pode ser investigada através de manifestações físicas ou psicológicas e elas devem ser igualmente consideradas. Portanto os atos violentos que antes eram considerados de menor gravidade como o amedrontamento, assédio psicológico e intimidação devem ter o mesmo peso da violência física. (24)

Com esse novo entendimento sobre a violência, há cerca de uma década começaram os estudos sobre uma questão até então negligenciada: o assédio moral, *mobbing*, ou terror psicológico. (23) Trata-se de uma conduta imoral, repetida e frequente que um sujeito perverso aplica à pessoa a quem quer vitimar. (Projeto de lei – Assédio Moral - Brasil, 2004) Embora este problema não seja exclusivo de alguns países, poucos estudos foram feitos no Brasil, a maior parte realizada por juristas e não por profissionais da saúde. (23)

Alguns autores afirmam que a mais grave ameaça à saúde dos trabalhadores a ser enfrentada neste século é o *mobbing* (25,23) ou assédio moral ou psicológico, fenômeno de grande poder de denegrir o relacionamento humano no ambiente de trabalho. (22) Existem três tipos de assédio moral: o do tipo vertical no qual um superior hierárquico atua sobre um subordinado, o horizontal, quando ocorre entre colegas de mesmo nível e o ascendente, no qual os subordinados realizam o *mobbing* com o chefe. (26)

Além do assédio moral, outras patologias oriundas do ambiente laboral também ganharam destaque com o avanço dos estudos sobre saúde mental e trabalho. Um exemplo é a Síndrome de *Burnout*, ou Síndrome do Esgotamento Profissional, que é um constructo com três dimensões: a exaustão emocional (falta de energia para o trabalho), descrença/despersonalização (insensibilidade ou frieza emocional) e diminuição da realização/eficácia profissional (insatisfação como trabalho e ineficiência). (29)

Este quadro é decorrente do estresse crônico do ambiente laboral vivenciado, principalmente, pelos profissionais que no começo de suas carreiras eram extremamente entusiastas e que exercem atividades com intensas relações interpessoais. (28) A síndrome se refere ao esgotamento profissional que surge da não adaptação ao ambiente laboral que vai consumindo o trabalhador, durante meses e anos, destruindo de forma gradual e contínua sua motivação para o trabalho e sua competência profissional. Muitas vezes, sua apresentação sintomatológica se assemelha ao quadro depressivo, porém difere deste por ter sintomas somente para o trabalho, ou seja, a falta de energia e o sofrimento emocional se apresentam somente no ambiente laboral. (27)

É a organização do trabalho com a sua estruturação hierárquica, divisão de tarefas, jornadas de trabalho em turnos, ritmos, intensidade, monotonia, repetitividade e responsabilidade excessiva que produz fatores de risco contribuintes para desencadear uma série de distúrbios ao trabalhador. (22) Por este motivo, é imprescindível a compreensão de que o conceito de **organização do trabalho** se remete à forma como se divide o trabalho, o conteúdo que ele possuiu, as relações de poder, de responsabilidade e a hierarquia dentro da empresa. E isso é diferente do conceito de **condições de trabalho**, que diz respeito ao ambiente físico, riscos químicos e biológicos, riscos antropométricos, higiene e segurança do local. (4)

Se, na era industrial, os principais riscos físicos das condições de trabalho foram estabelecidos, se a engenharia do trabalho consegue estabelecer formas de proteção para minimizar os riscos, na era pós-industrial, somente estudando a **organização do trabalho** é que podemos detectar fatores com potencial de adoecer o trabalhador. Neste sentido, é necessário mudar o enfoque do ambiente para o das relações no trabalho. Se isso não for feito, o impacto da organização do trabalho permanecerá imperceptível aos olhos dos profissionais que atuam no sentido de cuidar da saúde do trabalhador.

Novo mercado de trabalho

O local de trabalho é um dos meios ambientes chaves que afetam nossa saúde física e mental e, atualmente, a vida laboral está submetida a consideráveis e contínuas mudanças, desde o aumento da carga, mas sobretudo, à profundas alterações nos **padrões** de trabalho com a expansão do setor de serviço, do teletrabalho e o aumento no uso da comunicação como ferramenta fundamental. (16).

Nas últimas décadas, vem surgindo um modelo de vida, onde a organização dos processos produtivos se faz ao redor de **informações**, isto é, a matéria prima é dada e a atividade laboral consiste no processamento desta. O avanço tecnológico de máquinas e ferramentas, que antes faziam com que a produtividade do trabalhador fosse elevada, permite que agora possam substituí-lo. Antigos empregos se perdem e novas formas de trabalho ganham espaço. (10) Um exemplo clássico de profissão em ritmo de extinção é a do torneiro mecânico. Profissão muito utilizada na década de 70, com o surgimento do torno com controle numérico computadorizado (CNC), foi substituída gradativamente pela de programador de Torno CNC.

O avanço da tecnologia da comunicação e do processo de informações vem revolucionando o trabalho há bastante tempo. O teletrabalho, por exemplo, surgiu por volta dos anos 70, porém somente mais recentemente suas aplicações foram expandidas e hoje inúmeras são as profissões que podem ser realizadas fora do escritório. (9)

O impacto dessas transformações não foi totalmente compreendido. A título de exemplo, o celular permite que estejamos conectados com amigos e parentes, porém, também nos deixa conectados aos colegas de trabalho em momentos que, até pouco tempo atrás não estaríamos, ao contrário, estaríamos desligados de nosso emprego. Desta forma, existe uma invasão do trabalho em ambientes reservados para nossa vida pessoal. (10)

Portanto, os trabalhadores que lidam com informação podem exercer sua atividade em praticamente qualquer local e a todo momento. É evidente que a independência espacial para a atividade laboral, isto é, a capacidade de trabalhar sem estar no escritório, traz novas oportunidades, porém traz novos desafios e impactos desconhecidos. É por esta razão que já existe, em alguns países, a preocupação de se criar medidas que limitam tais trabalhos além do horário comercial normal. (9)

De acordo com o Fórum Econômico Mundial (WEF), em Davos, que teve como tema “A Quarta Revolução Industrial”, é esperado, com a expansão das tecnologias emergentes no setor produtivo, que ocorra uma perda de milhões de empregos até 2020. (31) As mulheres poderão ser mais afetadas com o declínio dos setores administrativos, escritórios e vendas. Estima-se que a mulher irá perder cinco empregos para ganhar um, enquanto e, entre os homens, um emprego surgirá a cada três perdidos. (30)

O fato é que atualmente a tecnologia é a grande catalizadora das mudanças na economia mundial e vai expandir para um nível sem precedentes nos próximos anos. Ao contrário do que ocorreu nas outras revoluções, onde a grande mudança se concentrava nos meios produtivos, essa revolução terá impacto direto em nós, na forma como vivemos, aprendemos e percebemos o mundo. (31)

No Brasil os dados relacionados a essa revolução e as novas formas de trabalho vem crescendo muito lentamente, estando muito atrás dos outros países. É evidente que, com as alterações do ambiente e dos tipos de trabalho novos estudos são necessários para compreender o impacto dessas mudanças.

Além de extinguir vários trabalhos, a tecnologia também pode alterar a relação entre empregador e empregado. Algumas empresas se utilizam do *Crowdsourcing* ao invés de contratar funcionários. O *Crowdsourcing* é o processo de obtenção de serviços, ideias ou conteúdo mediante a solicitação de contribuições de um grande grupo de pessoas e,

especialmente, de uma comunidade online, em vez de usar fornecedores tradicionais ou uma equipe de empregados (11)

Um exemplo dessa forma de contratação foi o *Netflix Prize*. A empresa de streaming de conteúdo áudio visual Netflix® lançou uma campanha na qual pagaria 1 milhão de dólares para quem conseguisse aperfeiçoar o programa que a empresa usava. (12) Vários programadores de computador ao longo de todo o mundo, inúmeras empresas de programação se propuseram a encarar o desafio, no entanto, somente uma “ganhou”, isto é, só um foi remunerado. Note que, dentro desta forma de trabalho, não existe vínculo trabalhista ou limitação da carga de trabalho.

Como avaliar as condições de trabalho em um profissional que exerce sua atividade dentro de sua própria casa? Como enxergar os riscos psicossociais que este trabalhador está exposto? Como poderão ser quantificados a carga de trabalho e o impacto desta em sua saúde mental? Estamos falando de doença profissional ou doença do trabalho?

As profundas mudanças no mercado de trabalho nos forçam a entender que os métodos de estudo utilizados até recentemente para investigar o impacto do trabalho na saúde podem ser insuficientes e precisam ser modernizados.

Avaliação pericial

Inicialmente é importante esclarecer que as perícias, interessando demandas relacionadas ao trabalho, podem ser realizadas em diferentes esferas:

1 - Perícias do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);

2 – Perícias judiciais onde o INSS está na condição de réu:

2.1- Previdenciárias – Juizado Federal Especial (embora a demanda aqui seja predominantemente para benefício não ligado ao trabalho) e;

2.2 - Acidentárias - Varas de Acidentes do Trabalho (VAT);

3 - Trabalhista - Tribunal do Trabalho (demandas contra as empresas, nos casos de indenização e reintegração - dispensas de empregados com sequelas físicas e/ou mentais relacionadas com o trabalho) e;

4 - Seguradoras Particulares.

Durante a década de oitenta a prevalência de queixas nos processos periciais eram relacionadas à coluna, sintomas de perda auditiva e, por fim, casos de lesões por esforços

repetitivos (LER/DORT). Desde então, uma importante mudança vem sendo notada, que é o aumento das queixas psiquiátricas dentro do contexto pericial. (32)

Atualmente, junto com questões vinculadas a LER/DORT estão os casos de transtornos psíquicos, fundamentalmente, transtornos do humor. Esses dados podem ser observados no site da previdência: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/>. É importante ressaltar que, dentro da categoria dos Transtornos de Humor, está o Transtorno Depressivo, ou popularmente chamado de Depressão.

O aumento dos transtornos depressivos dentro do ambiente de trabalho, assim como o impacto na produtividade vem sendo alvo de pesquisas há bastante tempo. (33; 35;34) Atualmente não há dúvida que a ansiedade e a depressão, mais do que transtornos causadores de sofrimento, são transtornos que impactam a capacidade laborativa, trazendo enorme prejuízo econômico. As estimativas de perdas anuais chegam a 925 bilhões de dólares e decorrem da perda de produtividade além do absenteísmo. (36)

Estruturação da perícia

Como forma de construção da perícia, sugerimos uma estrutura básica, entretanto, sua experiência poderá trazer mudanças. Porém, existem elementos básicos que não podem estar ausentes (pilares descritos mais adiante):

- Preâmbulo

Aqui se apresenta, dizendo que foi nomeado, e suas credenciais que o indicam para o trabalho pericial em tese.

- Identificação

- Quesitos

- Histórico

Histórico dos fatos relativos às queixas trazidas na petição inicial;

Dados gerais outros (explicitar condições de trabalho descritas);

-Interrogatório sobre diferentes aparelhos (em muitas perícias se mostra desnecessário)

- Antecedentes pessoais (que não tenham sido explicitados no histórico e que entenda necessário para esclarecer o contexto);

- Antecedentes familiares (em muitas perícias, se mostram desnecessários);

- Elementos complementares (exames, receitas etc.)

- Exame psíquico (e físico, se entender necessário);
- Diagnóstico (fundamental para que se possa realizar a discussão e concluir);
- Discussão

No caso de termos um diagnóstico, então passamos a discutir os demais passos: se há nexo, se incapacita e qual o prognóstico;

Assim, se temos o diagnóstico, precisamos definir se este quadro tem ou não relação com o trabalho (causal ou concausal), se traz ou não, incapacidade e, se é passível ou não de tratamento ou se é definitivo (prognóstico).

- Conclusão

Breve resumo de sua conclusão atendendo ao que se obteve da discussão sobre os quatro itens (diagnóstico);

- Resposta aos quesitos.

Durante a avaliação pericial nos casos de queixas de transtornos mentais onde o reclamante entende relacionados ao trabalho é fundamental estar atento à **subjetividade**.

Trata-se de um dos principais aspectos neste tipo de avaliação pericial e ela permeia as perícias nos seus quatro pilares, ou seja, no diagnóstico, discussão, avaliação de capacidade e prognóstico.

Diferentes acometimentos mentais podem guardar relação direta ou indireta com eventos ou condições de trabalho. A angústia psíquica ou o sofrimento mental pode surgir devido a solicitações excessivas, por condições de assédio, estresse e até decorrente de trabalho em turno noturno. Neste sentido, a avaliação pericial de transtornos mentais requer tempo, pois faz-se necessário obter dados completos de história, antecedentes, além do exame psíquico e informações complementares (relatórios médicos etc.).

É uma matéria de difícil manejo para aquele que, embora tenha experiência com a clínica, não tem vivência em Medicina do Trabalho e é mais difícil ainda para aquele que não viveu a experiência do contato com o paciente portador de queixas psiquiátricas.

A dificuldade na avaliação se inicia já na anamnese, sendo frequente nos depararmos com longos relatos no histórico, permeados de muita subjetividade e detalhes. O mais importante é ter paciência para ouvir “*toda aquela ladainha*” (maneira como alguns não especialistas se referem ao discurso do portador de transtorno psíquico). É dentro deste discurso que encontramos as razões do reclamante. Assim, para aceitá-las como coerentes ou não, precisamos ouvi-las atentamente para avaliá-las dentro do conjunto de outros dados que serão obtidos na avaliação.

É por essa razão que este tipo de perícia é mais longo, mais difícil e demanda mais do perito.

Além da correta obtenção dos dados do histórico, também é importante considerar as dificuldades para estabelecer o diagnóstico nos transtornos mentais, especialmente transtornos do humor. Mesmo psiquiatras com experiência podem ter dificuldade para fazer diagnóstico devido a várias particularidades. O Transtorno do Humor não necessariamente “salta aos olhos” e muito frequentemente pode ser confundido com mau momento, com algo simples que a pessoa pode mudar se fizer um pouco de esforço.

Mesmo quando os peritos definem que se trata, por exemplo, de um transtorno do humor, depressão por exemplo, ainda existem grandes diferenças no diagnóstico quanto aos subtipos de depressão: leve, moderada, grave e depressão grave com sintomas psicóticos. A definição do subtipo é de suma importância na discussão do nexo com as condições de trabalho. Portanto, na perícia, além de definir o diagnóstico e seus subtipos é necessário avaliar e discutir a participação do trabalho em relação ao quadro psicopatológico.

Embora a perícia psiquiátrica forense ligada ao trabalho seja permeada de subjetivismo, a justiça espera um resultado, uma definição. Em outras palavras, a justiça pede objetividade. Como objetivar?

Alguns elementos podem nos ajudar. Primeiro, é importante conhecer o **histórico de vida da pessoa**. Os elementos extras laborais nem sempre são passíveis de se obter com a fidedignidade que gostaríamos, tendo em vista que não conhecemos a família, os amigos, e outras formas de relações externas ao trabalho que podem ser fonte de sofrimento psíquico e ter importante impacto sobre a saúde mental. Porém, independente das dificuldades durante a avaliação teremos que coletar dados do histórico de vida e atentar para padrões de relacionamento que o periciando estabelece. Como ele se relaciona com o vizinho, colegas de trabalho, chefia, com a própria família. Não é raro nos depararmos com indivíduos que apresentam problemas de interação social em diversas esferas de sua vida.

Após coletar dados do histórico de vida devemos voltar nossa atenção para o **histórico laboral**. Nesse momento, podemos encontrar, por exemplo, uma história laboral com breves contratos de trabalho. Isso pode ter ocorrido a fim de buscar melhores condições e, caso não seja esse o motivo, sugere então que algum distúrbio possa ter ocorrido. Embora isso não afaste a participação de algum fator aventureiro no último contrato, deve ser considerado no estudo do nexo pois, podemos estar apenas frente à evolução natural de um transtorno psiquiátrico, podendo ter sido este a causa dos breves contratos profissionais prévios e que, portanto, **não guarda relação com as condições de trabalho**.

Por outro lado, podemos ter um histórico profissiográfico com evoluções mostrando uma carreira em crescimento, com promoções, novos cursos de aprimoramento, etc. e, a partir de um determinado ponto, esta história vai sofrendo um rompimento, um desvio deste eixo construtivo. É exatamente neste corte cronológico que se faz necessário verificar a existência de mudanças na organização, ou outros fatores possíveis de determinar estresse, que poderiam coincidir com o surgimento das manifestações psiquiátricas.

Este raciocínio da **relação cronológica** é fundamental para o estudo do nexo, mas não o esgota pelo direito ao contraditório. Então outros elementos podem ser solicitados, tais como provas testemunhais, e-mails, mensagens de celular, carga horária abusiva (documentos de horas extras).

Em nossa prática não temos por costume solicitar o retorno com comprovações. Podemos concluir que o histórico que se apresenta é linear mostrando uma evolução coerente com o diagnóstico, e passível de ter ocorrido em virtude dos fatos experimentados. Nestas situações apresentamos ao juiz os pontos que carecem de confirmação e fica então a critério do mesmo a determinação para que sejam apresentados elementos outros comprobatórios. Um deles é a oitiva de testemunhas, que não é da alçada do perito.

Uma vez trazidos aos autos estes elementos, provas testemunhais, por exemplo, não raramente o juiz determina que o perito se manifeste. Havendo um alinhamento do histórico, que tem uma carga de subjetividade, com as provas, com elementos objetivos, então teremos condições para uma conclusão. Sempre realçando que estamos concluindo à luz dos elementos obtidos.

Nas situações em que não temos fatores extra laborais aventados, e por outro lado uma carreira laboral produtiva, temos que ter muita atenção aos relatos e elementos comprobatórios dos mesmos. Nestas condições, a simples rejeição deste possível nexo, sem a devida justificativa, pode levar à impugnação do trabalho, sugerindo um viés, até mesmo ideológico.

Mesmo quando as situações estressantes laborais ficam comprovadas, fatores extra-laborais podem ser aventados e mesmo comprovados pela parte requerida (empresa, INSS, etc.), desta forma somando-se outros elementos que podem concorrer para a gênese do quadro em tese.

Nestas situações, não há que se negar a condição de pluricausalidade possível. Mas sim, devemos, dentre os elementos possíveis, definir qual o papel desta dimensão chamada trabalho. Assim, existem pessoas portadoras de transtornos do humor, por exemplo, mas que atendiam devidamente às demandas. Com eventuais mudanças no ambiente de trabalho, estressógenas,

poderia se romper um equilíbrio, levando a um agravamento, e então, agora, trazer ao sujeito uma condição de incapacidade.

Por outro lado, também existem pessoas que absolutamente não trazem qualquer histórico pregresso de transtorno, e somente temos esta dimensão estressógena nos dados das condições de trabalho. Portanto, consegue-se definir a relação cronológica dos fatores estressantes com o curso do quadro avaliado. O surgimento do quadro, ao lado de uma íntima exposição a condições estressantes, exige melhor elucidação sobre esta relação, pois há necessidade de responder às indagações que virão, seja para negar, seja para aceitar a relação de causa efeito como trabalho.

Outro aspecto de suma relevância é a etiologia, e, portanto, o diagnóstico. Geralmente os transtornos mentais não possuem uma etiologia definida, e como estamos falando de “relação”, “nexo”, “liame”, é importante que o diagnóstico se acompanhe de uma justificativa quanto à(s) sua(s) origem(s).

Os transtornos mentais são considerados como pluricausais. Assim, do mesmo modo que se pode dizer que esta ou aquela doença tem relação com o trabalho, do mesmo modo, pela possibilidade da pluricausalidade, também se pode negá-la.

O transtorno depressivo, assim como a maioria dos transtornos mentais, não tem um fator etiológico definido em muitos casos. Assim, existe um problema na discussão do nexo, seja causal, seja concausal. É importante ressaltar que raros são os diagnósticos em psiquiatria em que o fator etiológico se encontra definido de forma única. Mesmo nos processos orgânicos, como os traumas cranianos, a evolução e o diagnóstico, além de depender da intensidade e da localização, depende também de condições pessoais (personalidade pré-mórbida por exemplo). Nós médicos observamos diferentes evoluções para acometimentos orgânicos muito semelhantes e o mesmo ocorre para os transtornos mentais, ou psiquiátricos, onde nem sempre se localiza uma lesão cerebral/orgânica e não se tem exames que confirmam ou excluam as enfermidades.

Se por um lado, no acidente do trabalho propriamente dito, onde o trauma é concentrado, agudo, localizável e detectado por exames, por outro, na doença do trabalho, e mesmo na doença profissional, o trauma é diluído, crônico e imperceptível ao exame físico e aos exames de imagem, como por exemplo, nas situações de estresse na organização do trabalho, ou nos casos de assédio moral, onde se tem o estressor crônico atuando de maneira praticamente imperceptível.

Entende-se, portanto, porque a maioria absoluta dos casos que encontramos nas perícias são enquadradas na condição de **doença do trabalho**. Praticamente não temos nas perícias,

doenças profissionais, visto que estas, de modo geral, são identificadas já na perícia do INSS. E os acidentes propriamente ditos, com trauma concentrado, como no caso dos acometimentos orgânicos agudos, de modo geral, mas nem sempre, são resolvidos pela Comunicação de Acidentes do Trabalho como comprovação.

Nos casos de Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT), onde existe um trauma emocional concentrado (sem acometimento orgânico), este é a fonte geradora dos sintomas emocionais. Muitas vezes, inclusive com CAT oferecida pelo empregador, o entendimento de alguns avaliadores é de que o quadro sintomático (pensamentos de revivescência, hiperalerta e comportamento evitativo) não teria relação com o evento e/ou que a duração do trauma não é compatível com os sintomas que foram desencadeados; desautorizando a relação e desta forma desconsiderando o papel do trauma emocional. Neste sentido, é importante ressaltar a importância da discussão de **nexo**, seja no tocante a transtornos mentais pluricausais ou àqueles em que se localiza no tempo um fator desencadeante causador do quadro.

Outro tópico de suma importância é a avaliação da capacidade para o trabalho. Quando falamos em capacidade, nos referimos a atender demandas pré-determinadas em jornadas de pelo menos oito horas por dia e, igualmente, no mínimo cinco dias por semana. Não se trata de um ou outro atendimento esporádico que uma pessoa, mesmo com um certo grau de comprometimento como vir a uma perícia, ir ao banco, cuidar de uma casa, etc. O atendimento às solicitações está intimamente relacionado ao instrumental psíquico, que deverá ser investigado durante a perícia. Neste instrumental, temos a área **intelectiva, afetiva e volitiva**. Na área intelectiva encontramos, entre outras funções, a atenção, orientação, memória, cognição, pensamentos e juízo crítico. Na afetiva, encontramos o humor, os afetos e emoções. Finalmente, a conjunção das funções psíquicas intelectivas e afetivas, convergem para o pragmatismo, ou seja, a **volição** (vontade).

Os transtornos psíquicos interferindo neste instrumental podem resultar em comprometimento da volição, e, portanto, da capacidade para atender a diferentes demandas. Na dependência da natureza de sua solicitação, atender ao público, por exemplo, solicita instrumental diferente de um trabalhador braçal.

Não é uma tarefa simples a definição das consequências frente a um transtorno mental. Pode ser complexo discutir o transtorno depressivo no quesito do pragmatismo (capacidade para o trabalho). Muitos questionamentos são apresentados. Frases comuns de peritos: “a pessoa está bem para trabalhar, pois “veio à perícia sozinha”, “está bem trajada”, e “detalhou cuidadosamente sobre os fatos inerentes as queixas.”

Portanto, na maioria dos casos, como já exposto, nas perícias trabalha-se com a possibilidade de questionamentos sobre a etiologia da doença, mas não só. Quando se depara com uma doença do trabalho, é necessário investigar se ela interfere no potencial laboral e, se isso ocorre, em que grau.

Exemplo:

Em uma perícia, o vistor alegava que o quadro ainda era passível de tratamento. Entretanto tratava-se de caso já em andamento na Justiça do Trabalho havia 20 anos, com múltiplas internações, eletroconvulsoterapia, uso das mais diferentes medicações e dosagens, sem melhora funcional e sem qualquer retorno ao trabalho neste tempo. Quando solicitado ao perito para informar qual o tratamento, ele alegou que não era de sua alçada. Neste exemplo fica evidente que é necessário saber quais tratamentos o periciando já realizou e quais não fez, pois, sem esses dados, não há como avaliar o prognóstico. Qual será o novo tempo que o perito prevê, além destes 20 anos, necessário para uma consolidação do quadro? Que tratamento falta ser realizado para que o paciente, incapacitado há 20 anos, volte à rotina laboral?

Muitos peritos não entendem que este papel de definição de tratamento é da sua alçada. Entretanto, quando a justiça necessita saber se o quadro é permanente ou não, não há como se negar a discutir este aspecto. Não se pode alegar ignorância sobre o tipo de tratamento, ou dizer que não é compromisso do perito. O oferecimento ou não dos tratamentos preconizados não é da responsabilidade do perito, certamente. Se será oferecido ou não, trata-se de uma resposta que cabe a outras instâncias. Mas, quando o perito estipula um tempo, poderá ser solicitado a avaliar novamente o caso e, não raro, encontrará a mesma situação ou mesmo pior, agravada ou com a doença mental cronificada. Nessa situação cabe a pergunta: como concluir? Entendemos, nesta situação, que, quando concluímos que o quadro não teve o tratamento preconizado. Este pode ser considerado então definitivo. É nosso dever dar uma resposta à justiça.

Pode o autor(a) alegar que não encontrou tratamento na rede pública, que não pode arcar com os gastos, ou mesmo que não foi em busca de ajuda.

No nosso entendimento, o juiz de direito deve ser informado sobre a explicação do autor, e caberá a ele decidir. Mas pode-se finalizar, que nesta situação não vislumbramos melhor prognóstico, se assim entendermos.

As questões são muito subjetivas? Sim, mas como já alertamos, a perícia psiquiátrica está eivada de subjetivismo. E aí está um dos seus compromissos quando se envolve com esta modalidade de perícia: usar toda sua experiência na objetivação possível.

Assim, quando falamos que há incapacidade, e concluímos também que não é permanente, temos que oferecer à justiça uma resposta de que há tratamento.

Portanto, para completar os quatro pilares de uma perícia que envolva ação trabalhista ou acidentária, temos que discutir e definir se o quadro é provisório ou permanente.

A evolução do tratamento de um quadro psiquiátrico, principalmente nos transtornos do humor, está na dependência de inúmeros fatores. Dentre eles, se houve tratamento e se este tratamento foi realizado de forma adequada.

O que se entende por tratamento adequado? Inicialmente, aquele realizado por um diagnóstico correto. Se há equívoco no diagnóstico, pode ocorrer também no tratamento. Posteriormente, a indicação dos procedimentos: psicoterapia, medicamentos, psicoterapia associada a medicamentos. No caso da psicoterapia: técnica adequada? Frequência correta (quantas vezes na semana, no mês)? Tempo satisfatório?

No caso dos medicamentos: A medicação estava correta para o caso? Estava prescrito na dose certa? Foi observado o tempo correto de tratamento (durante quanto tempo fez uso dos remédios)?

Consideramos também a análise de possíveis (geralmente presentes) fatores concomitantes e supervenientes que podem interferir no tratamento.

Como fatores concomitantes temos situações laborais ou extra laborais que podem estar ocorrendo na vigência do tratamento. Situações não favoráveis para o bom resultado.

Como fatores supervenientes, as situações que em geral são suscitadas pelo próprio quadro: separações conjugais, conflitos com filhos, amigos, no emprego, redução ou perda da capacidade laboral etc.

Em muitas situações, concluímos que o quadro não pode ser considerado definitivo, ou seja, que ele é temporário e passível de tratamento.

Para construirmos quatro pilares da avaliação pericial; 1- diagnóstico, 2- nexo, 3- capacidade e 4- prognóstico, lançamos mão de outros fatores, além do nosso contato com anamnese, história pregressa, histórico profissional, relação cronológica, diagnóstico e exame psíquico (exame do estado mental). Dentre estes fatores, temos as receitas, relatórios, documentos médicos que são enviados para o perito. É possível considerar esses documentos como suspeitos e, assim, podem não ser aceitos.

É importante ser hábil para diferenciar informes consistentes de outros que não nos dão segurança para aceitá-los. Muitas vezes o perito entende que se tratam de informes graciosos. Mas, como pensar assim de todos os relatórios, receitas, etc.?

No nosso entendimento, a análise destes informes, no seu conteúdo (diagnósticos, medicações propostas, tempo de uso, dosagem, etc.), e na sua cronologia (tempo de tratamento, por exemplo), podem nos oferecer informações importantes para o estudo do caso. Embora a possibilidade de atestado gracioso é aventada, por outro lado, também podemos ter informações de profissionais que conhecem profundamente o caso, pois estiveram e eventualmente ainda estão em contato constante com o reclamante.

Finalizando, quando o reclamante ingressa com uma ação, ele está “dizendo” (embora não desta forma explícita):

A:

- 1- Ele possui transtorno psíquico (um diagnóstico);
- 2- Este transtorno traz alteração da capacidade para o trabalho, ou seja, que ele não tem mais o mesmo potencial laboral;
- 3- Tem relação com as condições de trabalho; *
- 4- Seu quadro é permanente.

B:

Que ele quer ser indenizado de alguma forma pela perda, parcial ou total, de seu potencial laboral. Para entendermos esse ponto, temos que lembrar que a capacidade para atender demanda é um dos patrimônios da pessoa.

Temos patrimônios, físico, psíquico e moral. Da nossa alçada são os dois últimos, embora, por vezes temos que conhecer, mesmo que, por perícias de outros especialistas, comprometimentos físicos, pois a relação com os transtornos psíquicos é muito estreita.

Se o reclamante entende que tinha funções psíquicas capazes de atender a uma demanda, e após o surgimento deste quadro não pode mais fazê-lo, então igualmente entende que perdeu um patrimônio. Portanto, a busca da indenização (ou também reintegração na Justiça do Trabalho).

Entendemos que nosso capítulo não tem a pretensão de encerrar o assunto sobre diferentes pontos da perícia. Presta-se apenas para trazer nossos questionamentos para a

apreciação dos colegas. A prática pericial sempre nos ensina algo novo como já dissemos, mas para isso, definitivamente, precisamos estar abertos a novos olhares.

Portanto, temos que estar atentos para não permitir que estas particularidades concorram para uma avaliação não satisfatória e portanto, com riscos de injustiças para este ou aquele interessado.

Referências bibliográficas

1. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet, C, Betiol, M. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
2. Dejours, C. A loucura do trabalho: estudo de psicologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez; 1992.
3. Selye, H. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1956.
4. Mendes, A. Psicodinâmica Do Trabalho: teoria, método. São Paulo: Casa do psicólogo; 2007.
5. Guimarães L, Grubt S. Saúde mental e trabalho. Vol. II. São Paulo: Casa do psicólogo; 2004.
6. Schilling, R. More effective prevention in occupational health practice?. *Occupational Medicine* 1984;34(3):71-79.
7. Mendes R, Dias E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de saúde pública*. 1991;25:341-9.
8. Baetjer A. The early days of industrial hygiene their contribution to current problems. *American Industrial Hygiene Association Journal*. 1980; 41(11):773-7.
9. Messenger, J. Working anytime, anywhere: The effects on the world of work. Publications Office of the European Union; 2017.
10. Ford, M. The rise of the robots: Technology and the threat of mass unemployment. *International Journal of HRD Practice Policy and Research*. 2015;111.
11. Staff MW, others. Merriam-Webster's collegiate dictionary. Massachusetts: Merriam-Webster; 2004.
12. Hassan A, Syed A. An Assessment of Collaborative Filtering-Based Recommender Systems: And their Ability to take the Individual Preferences of Users into Account. Stockholm, Sverige; 2017.
13. Hemingway H, Marmot M. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*. 1999;318(7196):1460-7.
14. Comité Mixto, OIT-OMS. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención: informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión, Ginebra. 1984.
15. World Health Organization. Wilkinson, R, Marmot, M. Social determinants of health: the solid facts; 2003.
16. Cox T, Rial-González E. Work-related stress: the European picture. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at work*. 2002;5:4-6.
17. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization; 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Listas de doenças relacionadas ao trabalho: portaria n.^o 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
19. Leka S, Griffith, A, Cox T, World Health Organization, others. Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. World Health Organization; 2003.
20. Sampaio A. Modelo Teórico Esforço Distress de Marianne Frankenhauser e o conceito de Carga de Trabalho In: Guimarães. Lam e Grubits, S.(org.) Saúde Mental e Trabalho. 2004;2:85-99.
21. Harnois G, Gabriel P. Mental health and work: Impact, issues and good practices. 2000.

22. Molon R. Assédio moral no ambiente do trabalho e a responsabilidade civil: empregado e empregador. Jus Navigandi. Teresina; 2004;9.
23. Guimarães L, Rimoli A. Mobbing (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. Psicologia: teoria e pesquisa. 2006; 22:183-1.
24. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. International Labour Organization; 2006.
25. Piñuel I, Cantero A, otros. La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España: Resultados del barómetro Cisneros II sobre violencia en el entorno laboral. Lan harremanak: Revista de relaciones laborales. 2002(7):35-62.
26. Portella, Melo Viana E. Monografia - assédio moral nas relações de trabalho. Revista Eletrônica da Amatra XX, Aracaju. 2007;08.
27. Areias M, Comandule A. Qualidade de vida, estresse no trabalho e síndrome de burnout. Qualidade de vida e fadiga institucional. Campinas: IPES Editorial 2006.
28. Areias M, Comandule A. Desafios e sofrimentos no trabalho do professor da escola pública. Sínteses: Revista Eletrônica do SimTec. 2008(2):258.
29. Maslach C, Jackson, S. The measurement of experienced burnout. Journal of organizational behavior. 1981; 2(2):99–3.
30. Lagarde, CA new global economy for a new generation. In World economic forum annual meeting; 2013.
31. World Economic Forum. The future of jobs: Employment, skills and workforce strategy for the fourth industrial revolution; 2016.
32. Facchini L, Nobre, L, Faria N, Fassa A, Thumé E, Tomasi E, Santana, V. Occupational Health Information System: Challenges and perspectives in the Brazilian Unified Health System (SUS). Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(4): 857.
33. Broadhead, W, Blazer, D, George, L, Tse, C. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. Jama 1990; 264(19):2524–8.
34. Stewart W, Ricci J, Chee E, Hahn, S, Morganstein, D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. Jama. 2003;289(23):3135–4.
35. Lépine, JP, Gastpar, M, Mendlewicz, J, Tylee, A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). International clinical psychopharmacology. 1997;12(1):19-29.
36. Chisholm, D, Sweeny, K, Sheehan, P, Rasmussen, B, Smit, F, Cuijpers, P, Saxena, S. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry. 2016;3(5):415-4.

CAPÍTULO 20

MONITORAMENTO DE ÓBITOS

Ana Cláudia P. P. Z. de Mendonça
Anderson Yoshio Nobusada
Antonio Carlos Bellini Júnior
Daniele Pompei Sacardo
Enídio Ilário
Erivelto Luís Chacon
Flávio César de Sá
Maria Amelia Flandres Cabrelon
Marília Cintra
Paulo Newton Danzi Sálvia
Sérgio Roberto de Lucca
Thamiris Gomes Smania
Vera Lucia Salerno

2021

Sumário

Monitoramento de óbitos. Para que?

Papel das autopsias verbais no contexto da COVID-19.

Desafios dos funcionários do óbito.

Monitoramento de óbitos: ferramenta de apoio à saúde

Por que monitorar as causas de morte?

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

Violências e acidentes

Homicídios no Brasil sob a perspectiva do racismo

Pandemia pelo Sars-CoV-2

Autópsia verbal - o que é e qual a sua importância

Abordagem e afetação: os desafios da autópsia verbal em contexto pandêmico.

O que nos ensinam os agentes funerários?

Trabalhadores essenciais

Referências bibliográficas

Monitoramento de óbitos. Para que?

Papel das autopsias verbais no contexto da COVID-19.

Desafios dos funcionários do óbito.

Monitoramento de óbitos: ferramenta de apoio à saúde

Por que monitorar as causas de morte?

A morte de uma pessoa leva ao sofrimento humano dos familiares, amigos e colegas de trabalho, seja pela perda e a própria sensação de finitude daqueles que o conheceram, seja pelo processo de dor física e psíquica que a acompanha frequentemente. Conhecer o mecanismo que leva aos óbitos permite que a investigação científica entenda melhor os determinantes na produção das doenças e outras afecções que causam dor e morte à nossa espécie. Verificar as causas é importante para as ações de prevenção e vigilância, que tem como fim último, prolongar a vida com menos dor.

Existem exemplos importantes que mostram como as afecções são mais bem conhecidas após a observação dos mecanismos que levaram ao óbito:

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

No final do século passado, em 4 de junho de 1981, foram relatados cinco (5) casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (afecção observada em pessoas que possuem alguma deficiência imunológica) em homens saudáveis na cidade de Los Angeles, Califórnia, Estados Unidos. Dois deles faleceram. Observou-se um traço comum entre elas: eram homens que faziam sexo com outros homens. Um deles também relatou uso de drogas por via parenteral. Todos tiveram infecção por citomegalovírus e infecção da mucosa por um fungo, cândida. As observações iniciais sugeriram uma deficiência imunológica relacionada a uma exposição comum que predisponha os indivíduos a infecções oportunistas. Em junho de 1982, a síndrome foi inicialmente chamada de deficiência imunológica relacionada aos homossexuais. No final daquele mês, a doença foi relatada em hemofílicos e haitianos, suspeitando-se de que esta doença tenha se originado no Haiti. Em setembro, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos usou o termo 'AIDS' (síndrome da imunodeficiência adquirida). Em abril de 1984, o Instituto Nacional do Câncer e Instituto Pasteur anunciaram que os vírus LAV e HTLV-III eram idênticos e provável causa da AIDS. (1)

Violências e acidentes

Violências e acidentes são eventos chamados de causas externas que impactam abruptamente as taxas de mortalidade dos países. No ano de 2011, os acidentes no trânsito mataram cerca de 1,25 milhões de pessoas e feriram entre 20 a 50 milhões por ano no mundo. Em 2020, morreram 1,35 milhões, principalmente nas estradas em países de baixa e média renda (93% das mortes), cuja frota representa 60% dos veículos do mundo. Cerca de três quartos (73%) foram jovens do sexo masculino com menos de 25 anos de idade. (2) Em maio de 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou o programa a Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020. Esse movimento mobilizou pesquisadores a identificarem fatores de risco dos acidentes e governos de todo mundo sobre as medidas de prevenção, com mudanças severas na legislação de trânsito e fiscalização. (3)

Homicídios no Brasil sob a perspectiva do racismo

O aumento das taxas de homicídio no país, entre 2012 a 2017, entre pessoas de pele preta ou parda foi de 37,2 para 43,4 mortes para cada 100 mil habitantes e ficou estável entre os brancos, entre 15,3 e 16. Pretos ou pardos tinham 2,7 vezes mais chances de serem vítimas de homicídio em 2017. (4) Entre jovens de 15 a 29 anos, a taxa de homicídios chega a 98,5 entre pessoas de pele preta ou parda contra 34 entre pessoas de pele branca. Esse é o padrão observado em quase todas as Unidades da Federação (UF) do Brasil, com exceção dos estados do Paraná e Santa Catarina. (5)

O que explica as diferenças de mortalidade quanto à raça? Fatores históricos decorrentes da colonialidade, entre eles a escravidão está entre os determinantes sociais que amplificam as desigualdades, iniquidades e pobreza endêmica entre as pessoas de pele preta ou parda e explicam as dificuldades de acesso às políticas de proteção social, trabalho, saúde, educação, em uma “engrenagem social de dor e morte”. (6) O coeficiente de mortalidade é um dos parâmetros que evidencia estas discrepâncias sociais.

Pandemia pelo Sars-CoV-2

O novo coronavírus Sars-CoV-2 foi descrito pela primeira vez, 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, a mais populosa da China central, com mais de 10 milhões de habitantes. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou emergência em saúde pública e em 11 de março, situação de pandemia. (7) No Brasil, o Ministério da Saúde, em 03 de fevereiro de 2020, reconheceu a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (8) e em 6 de

fevereiro, foi editada lei federal estabelecendo medidas para o enfrentamento dessa emergência (9). Em 01 de julho de 2020, contabilizaram-se, em todo mundo, 11.425.029 casos e 534.062 mortes. (10).

O diagnóstico dos casos deve seguir critérios definidos pela OMS. Entretanto, cada país definiu critérios e estratégias próprias para o seu enfrentamento dependendo da fase em que se encontrava a evolução da pandemia, incluindo ou não os resultados dos testes. No Brasil, apesar de Estados e Municípios (11) também poderem adotar providências normativas e administrativas no combate à pandemia⁹, o Ministério da Saúde incluiu critérios **clínicos**, ou achados que indicam doença respiratória aguda leve ou grave, como febre, tosse e falta de ar; **epidemiológicos**, contato com um caso confirmado ou provável de COVID-19 e **laboratoriais**. O caso é considerado suspeito quando o doente apresenta sintomas de infecção respiratória aguda e, na ausência de um diagnóstico alternativo que explique integralmente a apresentação clínica. Considera-se caso provável, o caso suspeito para o qual o teste do vírus COVID-19 tenha sido inconclusivo não tenha sido possível fazer o teste. O caso é confirmado, somente pela confirmação do exame laboratorial de infecção por COVID-19, independentemente dos sinais e sintomas clínicos. (12). No Brasil, Síndrome Gripal é a primeira ocorrência e Síndrome Respiratória Aguda Grave, a segunda. (13)

As mortes são causadas principalmente pela Síndrome Respiratória Aguda Grave, que acomete preferencialmente pessoas de idade avançada e/ou que possuam comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica Crônica e “Diabetes Mellitus”.

Diagnosticar casos novos em um determinado período de tempo é importante para estimar a velocidade de crescimento ou expansão da Pandemia, porém, não é tarefa fácil, uma vez que os critérios estabelecidos não permitem concluir com segurança, mesmo com avaliação clínica criteriosa; seja porque quadro gripal pode ocorrer associado a outros fatores etiológicos virais ou bacterianos que não o Sars-CoV-2, seja porque dependem da informação sobre possíveis contatos positivos que nem sempre são confiáveis; seja porque os exames

⁹ A Medida Provisória n. 926, de 20/03/2020, dentre outras determinações, deixava a cargo do Presidente da República “mediante decreto” dispor “sobre os serviços públicos e atividades essenciais”. A referida Medida Provisória foi questionada junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 6341, onde um partido político alegava interferência “no regime de cooperação entre os entes federativos, pois confiou à União as prerrogativas de isolamento, quarentena, interdição de locomoção, de serviços públicos e atividades essenciais e de circulação”. A maioria dos ministros do STF entenderam que “as medidas adotadas pelo Governo Federal na Medida Provisória (MP) 926/2020 para o enfrentamento do novo coronavírus não afastam a competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios“.

laboratoriais confirmatórios nem sempre estão disponíveis; ou ainda porque os resultados dependem da presença do vírus nas amostras coletadas, variando de acordo com o local do corpo, período da doença e sensibilidade dos testes, podendo resultar em falsos negativos. Há indicadores de contágio como o período de tempo em que o número de casos novos dobra (7) e o R₀, frequentemente utilizado para monitoramento da expansão da pandemia. (14) Entretanto, estudos mostram que existem dificuldades técnicas para avaliar R₀. Ambos dependem da qualidade dos diagnósticos clínicos, informação epidemiológica coletada e dos testes laboratoriais, que nem sempre é segura. Entretanto, em que pese haver fatores limitantes, devem ser estimados, dada a importância de conhecer o número de casos que serão atendidos nas unidades de saúde e necessitarão de atendimento hospitalar e de unidades de terapia intensiva. A capacidade do sistema de saúde deve estar atrelada ao número de atendimentos, que depende do número de pessoas infectadas. É responsabilidade do gestor público conhecer a **velocidade de expansão** dos casos, **capacidade hospitalar** regionalizada instalada e possíveis formas de ampliação durante o curso dela. Desse conhecimento dependem decisões como determinação do **isolamento social**, principal estratégia para conter a pandemia e posterior flexibilização, devido ao impacto sobre a economia dos países e, consequentemente, sobre a vida das pessoas em situação vulnerável. Hoje, 21 de julho de 2020, muitos países atingiram o ápice ou platô da pandemia em termos do comportamento da curva do número de casos e os critérios de flexibilização do isolamento foram propostos, entre os quais a estabilização ou a duplicação em mais de duas semanas do número de casos no município e a capacidade ociosa do sistema hospitalar (acima de 20%, especialmente unidades de terapia intensiva) e índice de positividade de testes (abaixo de 5%). (7)

Existem dificuldades para estimar **indicadores de velocidade de expansão dos casos** em países como o Brasil que não utilizaram os testes como estratégia de diagnóstico e controle. Entretanto, o mesmo não se aplica ao conhecimento da **capacidade hospitalar** instalada, utilizada para planejamento das ações de enfrentamento. No Brasil, o Censo Hospitalar começou a ser realizado em 04 de abril de 2020, um mês após a confirmação do primeiro caso que se deu em 26/02/2020 e cerca de 2 meses após a declaração de emergência em saúde pública pela OMS. (15) (16)

A **velocidade de expansão da pandemia**, entretanto pode ser verificada por meio dos **coeficientes de mortalidade específicos**, verificando-se a diferença entre os coeficientes históricos esperados para síndromes gripais em um determinado mês do ano e o encontrado no mesmo mês do ano corrente, no decorrer da pandemia. No Brasil, é possível recuperar esses

coeficientes na principal base de dados de Mortalidade, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Sua principal limitação, entretanto, é que a disponibilização dos dados ocorre com atraso de um ano. (17) No quadro 1 abaixo, é possível verificar o número de óbitos por afecções respiratórias no Estado de São Paulo, período de 2008 a 2018, recuperado do SIM.

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

NOTAS TÉCNICAS

MORTALIDADE - SÃO PAULO

Óbitos p/Residênc por Mês do Óbito segundo Ano do Óbito

Categoria CID-10: J00 Nasofaringite aguda, J01 Sinusite aguda, J02 Faringite aguda, J03 Amigdalite aguda, J04 Laringite e traqueite agudas, J05 Laringite obstrutiva aguda e epiglote, J06 Infec agudas vias aereas super loc mult NE, J09 Influenza A (H1N1), J10 Influenza e outras infecas respiratorias agudas, J11 Pneumonia e infec das vias aereas inferiores, J13 Streptococose aguda, J14 Streptococose crônica, J15 Infec agudas das vias aereas inferiores, J16 Infec agudas das adenoideas, J17 Infec agudas das amigdalias e das adenoides, J18 Infec agudas das vias aereas super, J20 Bronquite aguda, J22 Infec agudas das amigdalias e das adenoides, J23 Rinite alérgica e vasomotora, J31 Rinite nasal, J32 Nasofaringite e faringeite crônicas, J33 Sinusite crônica, J35 Polipa nasal, J34 Outr transit do nariz e dos setos paranasais, J35 Doenc cronicas das amigdalias e das adenoides, J36 Abscesso periamigdaliano, J37 Laringite e laringotraqueite crônicas, J38 Doenc das cordas vocais e da laringe NCOP, J39 Outr doenc das vias aereas super, J40 Bronquite NE como aguda ou crônica, J41 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta, J42 Bronquite crônica NE, J43 Enfisema, J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas crônicas, J45 Asma, J46 Estado de mal asmatico, J47 Bronquectasia, J60 Pneumonose dos mineiros de carvao, J61 Pneumonose dev amianto outr fibr minerais, J62 Pneumonose dev poeira que cont silica, J63 Pneumonose dev outr poeiras inorganicas, J64 Pneumonose NE, J65 Pneumonose assoc c/ tuberc, J66 Doenc das vias aereas dev poeiras org espec, J67 Pneumonite hipersensibilidade dev poeiras org, J68 Afec resp dev inal prod quim gas fumar vap, J69 Pneumonite dev solidos e liquidos, J70 Afecções respir dev outr agentes externos, J80 Sindr do sistema respiratório do adulto, J81 Edema pulmonar dev outr form, J82 Eosinofilia pulmonar NCOP, J84 Outr doenc pulmonares intersticiais, J85 Abscesso do pulmão e do mediastino, J86 Potorax, J90 Derrame pleural NCOP, J91 Derrame pleural em atelectas COP, J92 Placas pleurais, J93 Pneumotorax, J94 Outr afecções pleurais, J95 Afecções respirat pos proced NCOP, J96 Insuf respirat NCOP, J98 Outr transit respirat, J99 Transt respirat em doenc COP

Período: 2008-2018

Ano do Óbito	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
TOTAL	29.385	27.447	30.045	31.287	36.371	39.536	41.367	37.049	33.394	32.942	29.672	30.778	399.273
2008	2.229	1.848	2.190	2.238	2.719	2.707	2.917	2.614	2.336	2.697	2.192	2.298	28.985
2009	2.206	2.065	2.369	2.313	2.569	2.874	3.402	3.398	2.607	2.603	2.444	2.342	31.192
2010	2.437	2.455	2.402	2.454	2.736	3.080	3.170	3.037	2.962	2.690	2.635	2.800	32.858
2011	3.029	2.685	2.701	2.633	2.894	3.364	3.579	3.098	2.869	2.837	2.471	2.519	34.679
2012	2.259	2.414	2.449	2.375	3.086	3.506	3.940	3.200	2.963	2.911	2.519	2.788	34.410
2013	2.467	2.470	2.648	2.963	3.704	3.603	3.890	3.716	3.238	3.000	2.695	2.783	37.177
2014	2.823	3.189	2.720	2.730	3.506	3.758	3.400	3.529	3.134	3.478	2.756	2.875	37.898
2015	3.425	2.416	2.915	3.313	3.918	4.094	4.024	3.390	3.235	2.932	2.759	2.909	39.330
2016	2.820	2.723	3.566	4.137	3.730	4.273	4.414	3.657	3.228	3.097	2.954	2.930	41.529
2017	2.761	2.707	2.968	3.091	3.780	3.802	4.313	3.689	3.548	3.630	3.177	3.210	40.676
2018	2.929	2.475	3.117	3.040	3.729	4.475	4.318	3.721	3.274	3.067	3.070	3.324	40.539

Fonte: MS/SVS/CIGAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Nota:

- Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Consolidação da base de dados de 2011".
- No dia 13/06/2019, os arquivos do SIM referentes ao ano de notificação 2017 foram atualizados, com alteração das causas básicas de 2 registros e exclusão de 1 registro.

Quadro 1: número óbitos por afecções respiratórias no Estado de São Paulo, período de 2008 a 2018, recuperado do Sistema de Informação de Mortalidade

A comparação da evolução de coeficientes mortalidade específicos entre diferentes países pode ser utilizada para comparar velocidades de expansão, permitindo selecionar casos onde a evolução ocorreu de forma mais favorável, e verificar a efetividade de possíveis fatores ambientais que impactaram e impediram uma rápida expansão como clima (possibilidade de influenciar na competência do vírus) e estratégias de enfrentamento como utilização de máscaras, níveis de isolamento social, fechamento das fronteiras, etc. (18)

No entanto, a origem das informações que alimentam as bases de dados depende do **diagnóstico da causa básica do óbito** que impacta diretamente o coeficiente de mortalidade.

Diagnóstico e suspeita de óbito por COVID-19

No Brasil, quem constata e certifica o óbito é o profissional médico (exceto nos locais onde não esteja presente) e o médico legista, que é médico e perito oficial concursado do Estado, atua na Polícia Técnico Científica ou Civil, dependendo da Unidade da Federação. O médico legista certifica os seguintes casos que passamos a chamar de **Judiciais**: decorrentes

de causas externas como violência ou acidente (homicídio, suicídio, acidente de trânsito), cadáver desconhecido que necessita de um processo de identificação judiciária ou médico legal, cadáver sob a custódia do Estado (apenados), putrefeitos e os que apresentem suspeita de serem provenientes de uma dessas situações. Os demais casos são certificados pelo médico assistente ou substituto. Se o médico assistente, ao examinar a pessoa falecida e os dados de história clínica, não encontrar uma causa bem definida para o óbito, poderá encaminhar o cadáver ao Serviço de Verificação de Óbito para que seja realizada a necropsia e verificada a **causa básica clínica**. Encaminhará obrigatoriamente, por força de lei, ao Instituto Médico Legal, se encontrar qualquer sinal que leve à suspeição de causa externa.

Na vigência da pandemia, com o objetivo de proteger os profissionais da saúde envolvidos no manejo do cadáver após o óbito, os governos estaduais e federal publicaram legislações específicas alterando o fluxo de encaminhamento do cadáver e orientando quanto ao preenchimento das declarações de óbito. Em São Paulo foi publicada a Resolução SS-32, praticamente substituindo as autopsias reais pelas autopsias verbais. O objetivo foi redimensionar o fluxo, encurtando-se o caminho até o sepultamento e evitando-se a autopsia real física. Com isso previne-se risco de contaminação de profissionais da saúde envolvidos no manejo do cadáver desde o transporte até o procedimento, uma vez que o país não dispõe de salas adequadas para realização de autopsias que envolvam agente biológico risco nível 3, como é o caso do novo coronavírus (Sars-CoV-2), que pertence à Família Coronaviridae, com alta capacidade de transmissão, particularmente pela via respiratória, podendo causar a síndrome respiratória aguda grave. (19)

Entretanto, a autópsia física permanece como padrão ouro para o diagnóstico definitivo da “causa mortis”, pois o exame do cadáver é objetivo e as informações coletadas dependem apenas da observação macroscópica. Uma vez que o médico que executa a autopsia identifique algum sinal ou área suspeita, poderá coletar amostras para exames complementares como histopatológico, microbiológico ou testes moleculares para o diagnóstico de certeza. Por outro lado, deve-se considerar a especificidade do cenário atual, em que o governo e os órgãos responsáveis pelas condutas implementadas, precisam extrair o máximo de informação possível, com o mínimo de risco para os profissionais envolvidos na linha de frente ao combate da atual pandemia. Tais informações tem relevante valor, tanto estatístico como para orientação de decisões futuras, como a manutenção ou não de medidas de isolamento social, dentre outras.

Desta forma estruturou-se fluxo de manejo de cadáver após a constatação de óbito, adaptado para a vigência de pandemia por COVID-19, (Fig. 1) mostrando as principais vias de certificação, desde a constatação do óbito e (alterado após a pandemia pelo Sars-CoV-2 pela

Resolução SS32). Uma vez feita a constatação do óbito, em cidades como São Paulo, a certificação está sendo realizada pelos mesmos médicos que constatam, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o que implica em sobrecarga de trabalho e aumento de risco de contaminação. Nessas situações, a Tele Entrevista poderia ser implementada e realizada por outro entrevistador, surgindo como instrumento auxiliar a fim de diminuir o tempo de exposição ao cadáver desses profissionais.

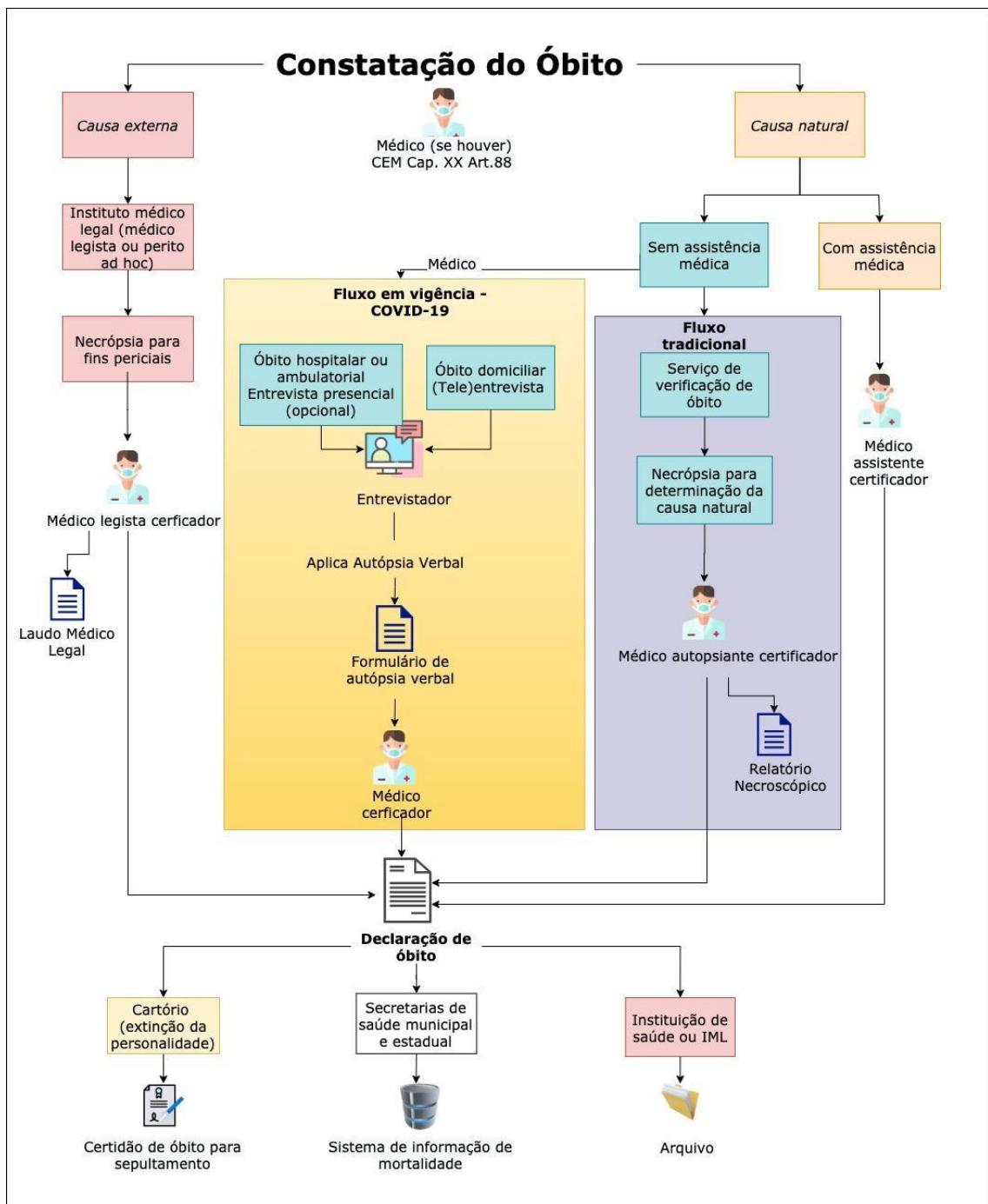


Figura 1. Fluxo de manejo de cadáver apóss Resolução SS32.

Autópsia verbal - o que é e qual a sua importância

O conhecimento sobre a distribuição de causas de morte é de fundamental importância para traçar o perfil epidemiológico da população, pois fornece subsídios para avaliação da situação de saúde, para o planejamento de políticas públicas, intervenção e monitoramento (20). O percentual de óbitos com causas mal definidas reflete, principalmente, a falta de acesso ao serviço de saúde e a eficiência da assistência médica. Servindo como um importante indicador para a avaliação da qualidade de um sistema de informação sobre óbitos (20,21).

A coleta de dados sobre as causas de óbito baseia-se na Declaração de Óbito (DO), documento internacional padrão, no Brasil, seu preenchimento é sempre realizado por um médico. É emitida no formato de três vias autocopiativas, sendo a via primeira (branca) destinada aos serviços de saúde municipais, estaduais e federal, responsáveis pelo monitoramento das causas de óbito por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sistema universal, desenvolvido e gerenciado pelo Ministério da Saúde (22).

De 1974 a 2000 o país apresentou uma elevada proporção de óbitos por causas mal definidas. Nos últimos anos, o Brasil tem conseguido reduzir esse percentual, porém quando comparados com determinados países desenvolvidos, os nossos números ainda são elevados, além da cobertura e da qualidade sobre a causas do óbito serem desiguais entre as regiões brasileiras (23–25).

Algumas medidas foram criadas com o intuito de melhorar a qualidade do SIM, como o Programa “Redução do Percentual de Óbitos com Causa mal definida” do Ministério da Saúde, implementado em 2004, que instituiu metodologia para a investigação de óbitos por causas mal definidas, com focos nas regiões Norte e Nordeste do país, regiões que apresentavam os maiores percentuais (25,26).

Uma das inconsistências encontradas durante a ação do programa, foi a falta de padronização dos formulários utilizados pelos técnicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, fato que impedia a comparação das informações geradas e comprometiam a qualidade das informações inseridas no SIM.(24) Como solução, o Ministério da Saúde, criou e divulgou, formulários padronizados para investigação de óbitos por causas mal definidas, reunindo os dados de forma sistemática e para a complementaridade dos dados, em 2008, foi

proposta a utilização do formulário de Autópsia Verbal da Organização Mundial da Saúde, para óbitos domiciliares e adaptado para as causas mais prevalentes no Brasil (22,23).

Autópsia verbal é um instrumento epidemiológico amplamente utilizado em países em desenvolvimento com sistemas de informação de mortalidade limitado e/ou impreciso onde o principal escopo é ajudar a determinar a causa do óbito por meio de entrevistas com parentes ou pessoas próximas do falecido que não estava sob supervisão médica na ocasião do óbito, que serão posteriormente avaliadas por médicos certificadores (26,27).

A primeira evidência em documentos a respeito de autópsia verbal é dos anos 50 onde foi elaborado um instrumento simplificado para investigação de óbitos, com o principal objetivo de realizar entrevistas com parentes e cuidadores da pessoa falecida onde era feito a descrição de sintomas da doença, sexo e idade do falecido para chegar a um diagnóstico médico da comunidade (22,24).

Somente após 20 anos, a Organização Mundial de Saúde, aprimorou esse instrumento com a finalidade de entrevistar uma pessoa próxima ou parente do falecido para resultar em uma possível causa do óbito (25). A autópsia verbal foi amplamente utilizada na China para investigar a causa de óbito da população mais idosa e notou-se que a representatividade da amostra garantiu a generalização do país como um todo e pode-se observar que as maiores causas de óbito são: neoplasias, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral (28). Já no Irã, pesquisadores notaram que o questionário de autópsia verbal é uma boa ferramenta para utilizar em locais onde existe um sistema impreciso de registro de óbitos ou ainda em locais onde o óbito acontece fora dos hospitais (29).

Com relação a mortes maternas, neonatais e nascimentos na comunidade, a autópsia verbal tornou-se um instrumento valioso para identificar as causas de óbito e a interação dos profissionais da saúde e a comunidade intensificaram a importância de determinar os fatores relacionados à causa da morte, incluindo atrasos relacionados a tomada de decisão em transferir o paciente para uma unidade de saúde, atraso para procurar um atendimento de saúde imediato e atraso no transporte às instalações de saúde a tempo e esses resultados puderam contribuir com a redução da mortalidade materna e neonatal em Bangladesh (30).

Em Tamil Nadu, na Índia, a autópsia verbal mostrou-se uma ferramenta confiável para chegar a uma provável causa de óbitos de adultos de meia idade (25 a 69 anos) e menos confiável em idosos com idades acima de 70 anos (31).

Percebeu-se na área rural de KwaZulu-Natal, na África, que com a utilização de autópsia verbal baseada em métodos embasados permitiram uma medição oportuna de tendências de mudanças em causas específicas de mortalidade para fornecer aos formuladores de políticas informações necessárias para alocar recursos à saúde e intervenções adequadas (32).

Observou-se em Niakhar, no Senegal, que apesar de suas limitações, a autópsia verbal fornece informações úteis sobre a importância das causas de morte como malária ou doenças epidêmicas que causam algum impacto à saúde pública permitindo a intervenção e possível imunização prevenindo, portanto, a mortalidade (33).

Foi estimado através de autópsia verbal a mortalidade por AIDS nas áreas rurais da África Subsaariana e notou-se que assim como o previsto, 75% das mortes que aconteceram no local foi por AIDS, conforme observado nas autópsias verbais 76% dos óbitos mostraram sinais consistentes de AIDS (34).

No Brasil, após a implementação do programa, bons resultados foram descritos nas regiões prioritárias, Norte e Nordeste, onde apresentaram redução das causas mal definidas (27). O uso do formulário padronizado para óbitos com causas mal definidas e do formulário de autópsia verbal, tem se mostrado de grande eficácia, não só para determinar a causa dos óbitos, mas também para melhorar a qualidade do SIM e contribuir para um melhor entendimento das mudanças dos padrões de mortalidade da população em estudo (22).

Abordagem e afetação: os desafios da autópsia verbal em contexto pandêmico. O que nos ensinam os agentes funerários?

Os profissionais agentes funerários constituem-se como um grupo de profissionais da saúde em situação frequente de vulnerabilidade física e psíquica. Farina e colaboradores (35) apontam as sobrecargas dessa profissão: física (trabalho pesado, com odor fétido e risco de contaminação; psíquica (dor, sofrimento, sentimentos intensos, os próprios e dos enlutados); social (baixa remuneração, profissão não reconhecida, com baixo prestígio e estigma social). Há risco para o próprio profissional e para a família. Os trabalhadores da morte, como apontado por Câmara (2011), trazem às pessoas a materialização da dor e o fato da morte.

Conforme já tratado em seção anterior neste mesmo capítulo, a autópsia verbal é uma técnica mundialmente reconhecida no que tange à investigação e mapeamento de óbitos por causa mal definida. Tal instrumento já havia sido utilizado, em uma versão adaptada por uma

parte dos integrantes do Grupo de Apoio Pós-Óbito (GAPO), em estudo realizado pelo Laboratório de Análise Espacial de Dados Epidemiológicos - epiGeo do Departamento de Saúde Coletiva FCM/ Unicamp, contando com financiamento da FAPESP no ano de 2019. Tal estudo tinha como objetivo acompanhar os casos de óbito por causas externas, aplicando-se o instrumento junto aos familiares dos falecidos. Compreendemos que tal experiência prévia com o instrumento, ainda que em uma versão adaptada, foi de grande valia para o grupo, tendo em vista a observação de campo que sua aplicação demanda do entrevistador uma escuta ativa. Deve-se ressaltar que, no caso aqui relatado, a capacitação para aplicação do instrumento foi realizada junto a um grupo de Agentes Funerários do município de Campinas - SP, e sendo assim, estes, em razão de suas funções, já possuíam repertório próprio no tocante ao trato de sujeitos enlutados.

O entrevistador pode ser um profissional contratado especificamente para o fim de aplicar a autópsia verbal ou, como já abordado, pode ter sido contratado para outros fins e ter essa nova tarefa adicionada àquelas que já fazia antes. É o tempo embutido dentro de outros tempos, com provável sobrecarga de trabalho. (36)

Os encontros foram planejados semanalmente, pelo conjunto dos integrantes do GAPO. Durante as reuniões de planejamento, desenhavam-se estratégias para a transmissão do conteúdo, balanço das aulas já dadas, mapeava-se os desafios apresentados pelos agentes no exercício da função. No decorrer dos encontros com os agentes, além da apresentação do instrumento e leitura coletiva das A.V. já realizadas, havia um espaço no qual se era possível problematizar os desafios e limites do instrumento. Questões como a resistência dos familiares a responderem algumas questões eram sempre presentes, ainda mais considerando que a aplicação da A.V. neste contexto tinha como um de seus objetivos identificar os óbitos de pessoas que poderiam ter sido contaminadas com a Sars-CoV-2, implicando, portanto, em uma série de medidas no que tange ao manejo dos corpos. Tomamos esta questão como um bom exemplo na tentativa de ilustrar a especificidade da aplicação do instrumento em um cenário pandêmico.

De certo que a aplicação de um instrumento como este, em razão de sua natureza, faz comum, por vezes, a identificação do entrevistador com o relato dado pelo entrevistado. Questões como o distanciamento e objetividade tão reivindicados no meio acadêmico e científico são postas em xeque. Esta aproximação entre entrevistador e entrevistado se faz necessária em nossa perspectiva, uma vez que a empatia e a escuta ativa se faz basal, propiciando uma maior abertura do entrevistado, permitindo ao entrevistador o acesso à informações com relativa assertividade sobre o falecido e seu contexto. De certa forma, cabe

ao entrevistador o desafio de estabelecer, em um período extremamente restrito de tempo, um vínculo de confiança com o entrevistado. Tal ação se faz desafiadora na medida em que o entrevistado se apresenta em uma posição de fragilidade, sendo que este está nos momentos iniciais de assimilação do óbito do ente querido. Esta condição já era conhecida pelos agentes, no entanto, tanto para estes, quanto para os membros do GAPO as condições atípicas de aplicação do instrumento em um cenário pandêmico faz eclodir novas questões. Neste aspecto, devemos ressaltar que, os agentes funerários, assim como demais profissionais da saúde que atuam na linha de frente de combate à pandemia da COVID-19 também tem que se haver com o receio de contaminação no exercício de suas atividades laborais. Tal prudente receio também se reflete por meio da adoção de uma série de medidas por parte dos agentes, estas que não se restringem às questões relativas à assepsia no local de trabalho, mas também demanda destes o desenvolvimento de estratégias de distanciamento relativo da própria família. Sendo assim, devemos incluir entre os desafios apresentados no exercício desta atividade em tal conjuntura, o desenvolvimento de capacidade de manejo das possíveis angústias que possam surgir também em razão de que estes profissionais, por conta da natureza de suas funções, conseguem ter uma dimensão mais complexa do cenário atual da pandemia em razão dos óbitos ocorridos no município que possuem como causa da morte SARS-Cov-2.

Por vezes, o entrevistado não era a pessoa mais próxima do falecido, fato que se desdobra em algumas lacunas e incertezas com relação a algumas informações solicitadas no instrumento, estas que demandam uma maior intimidade com o informante.

Uma característica relevante do trabalho dos agentes é de proporcionarem a realização dos rituais, os quais são fundamentais para o processo de elaboração do luto. Luto é um processo natural de resposta a um rompimento de vínculo, ou seja, quando perdemos alguém ou algo significativo. Os significados, as explicações, os rituais de passagem entre a vida e a morte e o processo de enlutamento variam conforme cada sociedade e suas diferenças culturais, cosmológicas e religiosas, bem como as circunstâncias em que ocorre a morte. Assim, a preparação do corpo no caixão, as velas, as coroas, o velório, a cerimônia sagrada constituem um espaço de reunião de familiares e amigos para homenagear e se despedir do ente querido. Tais rituais são necessários para a produção de sentidos e significados diante da situação nova de crise e mudanças decorrentes da ausência da pessoa falecida.

Se em tempos de “normalidade”, uma das situações mais penosas é o início do processo de sepultamento quando a terra da pá cai sobre o caixão, como se encerrasse o processo de velamento, na pandemia, o momento crucial é quando a família enlutada é informada da

necessidade de lacrar o caixão devido ao risco de contaminação, da redução do tempo e do número de pessoas presentes no velório, além do sepultamento acontecer à distância. Nesse contexto, as possibilidades são aumentadas para o desenvolvimento de um luto complicado, ou seja: quando o processo de luto se dá de forma mais intensa e duradoura do que o esperado, por não ter sido possível e nem ter tempo suficiente para processar a situação de perda, nem se despedir do ente querido de forma que lhe permita ter um senso de realidade e concretude. Algumas famílias manifestam seus sentimentos de dor, tristeza e raiva diretamente aos profissionais funerários, que por sua vez precisam compreender esta torrente de sentimentos e lidar de maneira acolhedora, empática e sensível, evitando ampliar ainda mais o sofrimento dos envolvidos.

Pode acontecer também de o profissional não estar preparado para a reação que possivelmente virá dos familiares. Os sentimentos de dor, tristeza, medo, ressentimento dos familiares enlutados (e a manifestação disso como agressividade) são também do entrevistador. As experiências dos outros nos trazem nossas próprias experiências: é o “ser afetado”. Ter consciência disso é fundamental num trabalho como o descrito. Deixar os sentimentos de lado durante o trabalho é regra incabível, e não conseguir seguir a regra, sentir-se tomado por lembranças e sentimentos de sua própria vida enquanto aplica um questionário sobre a pessoa querida que se foi a alguém enlutado, pode originar profundo mal-estar e dor psíquica. Essas dores podem ser somadas a sentimento de desqualificação, de humilhação mesmo, relacionado a um trabalho que, embora fundamental na nossa sociedade, é frequentemente visto com discriminação. Vergonha, medo de não ser capaz, medo de adoecer, medo de transmitir doença aos familiares, insegurança. (37)

Cabe então interferir nesse processo de autodesvalorização, cujas consequências podem ser adoecimento: os transtornos mentais relacionados ao trabalho. A escuta dos trabalhadores, se possível em grupo, permite que sentimentos ocultos sejam colocados às claras, geralmente aos pedaços: alguém do grupo diz alguma palavra reveladora, que é tomada e completada por outro, e outro, de modo que fica possível aos trabalhadores e ao profissional condutor do grupo demonstrar ou retomar o significado do conteúdo das tarefas. Agentes funerários são profissionais de saúde, importantes como todos os outros. Desempenham atividades sofridas, penosas mas muito necessárias desde sempre na nossa sociedade, principalmente neste momento de pandemia que vivemos.

Trabalhadores essenciais

A pandemia de COVID-19, até 25 de julho de 2020, já havia contaminado mais de 15 milhões de pessoas e provocado mais de 600 mil mortes no mundo, sendo 2,3 milhões de brasileiros (as) contaminados (as) e 84 mil óbitos. Dados do IBGE de junho de 2020 evidenciaram diferenças sociais, de gênero e raça entre as pessoas mais vulneráveis e com maior risco de contaminação e morte: mulheres (57,8 %), pessoas negras ou pardas (68,3%) e pobres. Segundo dados do projeto “UTIs do Brasil”, Pacientes internados em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) por covid-19 tiveram o dobro da taxa de mortalidade em hospitais públicos em comparação com os privados. (38)

A pandemia também revelou a importância do trabalho na sociedade, seja para a própria subsistência, seja para a sobrevivência das demais pessoas que dependem daqueles que trabalham. Neste contexto, se destacam os trabalhadores informais, que fazem parte de uma nova classe denominada de “precariado” pelo professor e economista britânico Guy Standing, em obra publicada na Inglaterra com esse mesmo título em 2011 e traduzida no Brasil em 2013. (39) Esses trabalhadores precisam sobreviver e aqueles que atuam em serviços essenciais, não podem parar de trabalhar para que a população sobreviva em isolamento social. Esses trabalhadores estão mais expostos ao risco de contaminação, quando comparado com a população geral, entretanto, se tornaram imprescindíveis e mais visíveis para a população e não somente os profissionais de saúde, mais obviamente reconhecidos como heróis. Contudo, há outros heróis e entre eles destacam-se os agentes funerários, anteriormente invisíveis e indesejáveis tal como os coletores de lixo, emergiram na pandemia como pessoas, como trabalhadores que não podem mais ser ignorados.

Como bem destacado neste capítulo, ao trabalho dos agentes funerários acrescentou-se uma atividade de vital importância para a saúde pública e a epidemiologia, denominada “autopsia verbal”. Esta atividade realizada por estes trabalhadores consiste em entrevistar as pessoas próximas daqueles (as) que morreram com suspeita ou com covid-19. Neste cenário, a autopsia verbal é um valioso recurso para auxiliar o médico certificador do atestado de óbito, sobretudo na avaliação dos casos suspeitos de causa mortis por COVID-19.

O trabalho dos agentes funerários é sempre sofrido e durante a pandemia tal sofrimento tem se revelado ainda maior. Lidar com a morte e com a carga emocional de familiares e pessoas próximas que acabaram de perder seus entes queridos, habitualmente já não é tarefa fácil. Com a pandemia, devido ao risco de contaminação, a determinação técnica é que o corpo seja lacrado em saco plástico não se tornando mais possível abri-lo. Isto traz

aumento do desespero e inconformismo dos familiares e classicamente sabemos o quanto é importante a visualização dos despojos mortais do ente querido no processo de elaboração do luto. Nesse contexto, a autopsia verbal se torna crucial e ao mesmo tempo mais desafiadora em um contexto de muita tensão e desconfiança por parte dos familiares e testemunhas.

Neste contexto, os agentes funerários convivem ainda com o medo de se contaminar e com situações de desrespeito e muitas vezes agressões verbais das testemunhas. O ambiente físico não possui um espaço reservado e frequentemente acumulam-se testemunhas de óbitos que chegam ao mesmo tempo. Em tempos de pandemia foram desenvolvidas iniciativas para dar suporte psicológico à distância (virtual) para os profissionais de saúde, entretanto, os agentes funerários que também necessitam deste suporte psicológico, encontram-se desassistidos e mais uma vez vitimados pela invisibilidade habitual.

Preocupados com as dificuldades enfrentadas pelos agentes funerários, um grupo de docentes e pesquisadores do departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp criou um coletivo denominado “Grupo de Apoio Pós- Óbito” (GAPO), que tem entre os seus objetivos, responder às demandas descritas, auxiliando e dando suporte psicológico a estes profissionais no enfrentamento deste desafiador e sofrido panorama pandêmica. (40)

Referências bibliográficas

1. Report M and MW. Pneumocystis Pneumonia. Los Angeles. 1996;45(34): 729–33. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/htm>
2. World Health Organization. Road traffic injuries [Internet]. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/-injuries>
3. World Health Organization. Decade of Action for Road Safety 2011-2020 [Internet]. WHO. World Health Organization. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/en/
4. Loschi M. Taxa de homicídio de pretos ou pardos é quase três vezes maior que a de brancos | Agência de Notícias | IBGE [Internet]. 2019 [cited 2020 jul 20]. [acesso em 31 Jul 2021]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25999-taxa-de-homicidio-de-pretos-ou-pardos-e-quase-tres-vezes-maior-que-a-de-brancos>
5. Daniel R. C. Cerqueira RL de M. Nota Técnica - Vidas Perdidas e Racismo no Brasil [Internet]. [cited 2020 Jul 20]. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/131119_notatecnicadiest10.pdf
6. Silvio Almeida. Racismo estrutural. Pólen, editor. São Paulo; 2019.
7. Rawaf S, Yamamoto HQ, Rawaf D. Unlocking towns and cities: COVID-19 exit strategy. East Mediterr Heal J [Internet]. 2020 May 1;26(5):499–502. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://applications.emro.who.int/emhj/v26/05/10203397202605499502-eng.pdf>
8. Brasil. PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020 - PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020 - DOU - Imprensa Nacional. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
9. República P da, Secretaria-Geral, Jurídicos S para A. LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020 [Internet]. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm
10. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
11. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19 [Internet]. 2020. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>
12. Surveillance for human infection with novel coronavirus: revised guidance-2 [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/surveillance-and-case-definitions>
13. Definição de Caso e Notificação. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>
14. Delamater PL, Street EJ, Leslie TF, Yang YT, Jacobsen KH. Complexity of the basic reproduction number (R_0). Emerg Infect Dis. 2019;25(1):1-4. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.3201/eid2501.171901>
15. Censo Hospitalar começa a ser realizado para internações de coronavírus. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46730-censo-hospitalar-comeca-a-ser-realizado-para-internacoes-de-coronavirus>
16. Brasil confirma primeiro caso da doença. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de->

novo-coronavirus

17. Saúde M da. Portal da Saúde - DATASUS. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>
18. Coronavirus (COVID-19) Deaths - Statistics and Research - Our World in Data [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths?country=BEL~BRA>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.48.
20. Campos D, França E, Loschi RH, de Fátima Marinho de Souza M. Uso da autópsia verbal na investigação de óbitos com causa mal definida em Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2010;26(6):1221–33.
21. França E, De Abreu DX, Rao C, Lopez AD. Evaluation of cause-of-death statistics for Brazil, 2002-2004. Int J Epidemiol. 2008;37(4):891–901.
22. Decreto Lei n.º 82/2009 de 2 de Abril. Ministério da Saúde. Diário da República 2009 p. 2062–5. [acesso em 31 jul 2021]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
23. Campos D, França E, Loschi RH SM. Uso da autópsia verbal na investigação de óbitos com causa mal definida em Minas Gerais, Brasil Verbal autopsy for investigating deaths from ill-defined causes in Minas Gerais State , Brazil. 2010;26(6):1221–33.
24. Medeiros AO, Da Silva MN, De Souza MA, Neto CDM, et al. Óbitos por causas mal definidas no Brasil e regiões. Fisioterapia Brasil 2018;19 5 Supl s232-s235. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2627/html>
25. de Oliveira CM, Ciríaco DL, da Silva CF, Barros HCS, da Cunha CC, França EB. The impact of the investigation on deaths classified as garbage codes on the quality of the cause-of-death information in the northeast region, Brazil. Rev Bras Epidemiol. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000400405&lng=en&nrm=iso&tlang=en
26. Barrêto ICHC, Pontes LK, Corrêa L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. Rev Panam Salud Pública. 2000 May;7(5):303–12.
27. Cunha CC da, Teixeira R, França E. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras. 2017;26(1):19–30.
28. Zhang YS, Hu P, Strauss JA, Zhao Y, Wang Y, Crimmins EM. Ascertaining cause of mortality among middle-aged and older persons using computer-coded and expert review verbal autopsies in the China Health and Retirement Longitudinal Study. Glob Health Action. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1768502>
29. Dehghan A, Nasirian M, Haghdoost AA, Bahramali E, Sharifi H. Validation of the verbal autopsy questionnaire for adult deaths in Iran. Arctic Anthropol. 2017;54(2):24–39.
30. Biswas A, Rahman F, Halim A, Eriksson C, Dalal K. Experiences of community verbal autopsy in maternal and newborn health in Bangladesh. HealthMed. 2015;9(8):329–38.
31. Gajalakshmi V, Peto R. Verbal autopsy of 80,000 adult deaths deaths in Tamilnadu, South India. BMC Public Health. 2004;4:1–7. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-4-47>
32. Herbst AJ, Mafojane T, Newell ML. Verbal autopsy-based cause-specific mortality trends in rural KwaZulu-Natal, South Africa, 2000-2009. Popul Health Metr. 2011;9:1-13.

33. Etard JF, Le Hesran JY, Diallo A, Diallo JP, Ndiaye JL, Delaunay V. Childhood mortality and probable causes of death using verbal autopsy in Niakhar, Senegal, 1989-2000. *Int J Epidemiol*. 2004;33(6):1286–92.
34. Doctor H V, Weinreb AA. Estimation of AIDS adult mortality by verbal autopsy in rural Malawi. *Aids*. 2003;(1):2509–13.
35. Farina AS, Antunes ADA, Yokomizo JE, Ariente LA. Temas contemporâneos em Psicologia do Cotidiano. Guarulhos, SP. Expressão e Arte; 2009.
36. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf
37. Maeno M. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2011;36(124):297-9. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000200014>
38. Noticias.uol.com.br. Mortalidade em UTIs públicas para covid-19 é o dobro de hospitais privados. [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/21/mortalidade-em-utis-publicas-para-covid-19-e-o-dobro-de-hospitais-privados.htm?cmpid=copiaecola>)
39. Standing G. O Precariado: a nova classe perigosa. [SI]. Autêntica. 2013.
40. Grupo de Apoio Pós Óbito. Pesquisadores da FCM criam Grupo de Apoio para agentes funerários. 2020; [acesso em 29 Jul 2021]. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2020/07/18/pesquisadores-da-fcm-criam-grupo-de-apoio-para-agentes-funerarios>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ÉTICA E SAÚDE
DISCIPLINA DE MEDICINA LEGAL
GRUPO DE APOIO PÓS ÓBITO

Nota Técnica nº 01/2020/GAPO-versão1.0

Nota técnica sobre luto na COVID 19, acesso e identificação de corpos de pessoas falecidas em situação de óbitos hospitalares e em instituições de longa permanência.

O Departamento de Saúde Coletiva, a Área de Saúde do Trabalhador, o Centro Interdisciplinar de Bioética e a Disciplina de Medicina Legal, todos da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), bem como os signatários abaixo, membros do Grupo de Apoio ao Pós Óbito (GAPO CORONA), têm que:

CONSIDERANDO que a Organização Mundial de Saúde - OMS reconheceu estado de pandemia em razão da doença COVID 19; <https://covid19.who.int/>

CONSIDERANDO que no BRASIL, por meio da Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020 (DOU de 4.2.2020), o Ministro da Saúde, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV); <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>

CONSIDERANDO que, no BRASIL, por meio da Portaria nº 454, de 20 de março de 2020 (DOU de 20.3.2020), o Ministro da Saúde, declarou, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19); http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm

CONSIDERANDO, no BRASIL, a Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 (DOU de 7.2.2020), que dispôs sobre medidas para o enfrentamento da citada emergência de saúde pública de importância internacional; em especial com as alterações trazidas pela lei federal 14.023, de 8 de julho de 2020 (DOU de 9.7..2020), que determina a adoção de medidas

immediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais lá mencionados considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm

CONSIDERANDO que, no BRASIL, a Câmara dos Deputados, em 18 de março de 2020, e o Senado Federal, em 18 de março de 2020, reconheceu a existência de calamidade pública para os fins do artigo 65 da Lei Complementar Federal nº 101, de 4 de maio de 2000;

CONSIDERANDO que, no ESTADO DE SÃO PAULO, por meio do Decreto nº 64.879, de 20 de março de 2020 (DOE de 21.3.2020, pág. 1), o Governador do Estado, reconheceu o estado de calamidade pública, decorrente da pandemia do COVID-19, que atinge o Estado de São Paulo, bem como estabelece medidas de enfrentamento da pandemia; http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/nav_v5/index.asp?c=4&e=20200321&p=1

CONSIDERANDO que, no ESTADO DE SÃO PAULO, por meio do Decreto nº 64.880, DE 20 DE MARÇO DE 2020, o Governador do Estado determinou em seu Artigo 1º: A Secretaria da Saúde e a Secretaria da Segurança Pública deverão, em seus respectivos âmbitos, em especial no Instituto Médico-Legal e nos Serviços de Verificação de Óbitos, adotar as providências necessárias para que as atividades de manejo de corpos e necropsias, no contexto da pandemia do COVID 19 (Novo Coronavírus), não constituam ameaça à incolumidade física de médicos, enfermeiros e demais servidores das equipes de saúde, nem aumentem riscos de contágio à sociedade paulista, sendo-lhes lícito adotar, para a preservação dessas vidas, procedimentos recomendados pela comunidade científica, por meio do Centro de Contingência do Coronavírus e do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública Estadual – COE-SP, ambos da Secretaria da Saúde;

CONSIDERANDO que, no ESTADO DE SÃO PAULO, foi publicada Resolução SS 32, de 20 de março de 2020 pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (DOE de 21.3.2020, pág. 24/25) estabelecendo diretrizes para manejo e seguimento dos casos de óbito no contexto da pandemia COVID-19 no Estado de São Paulo; que diante da situação de pandemia quaisquer corpos podem ser considerados de risco para contaminação e difusão do vírus, os quais devem ser transportados pelas funerárias (serviço funerário municipal ou funerárias privadas ou conveniadas conforme a região) sem abertura da urna, nem do saco que envolve o corpo; que em caso de óbito no hospital, deverá este procedimento ser realizado no próprio leito de internação, evitando-se o deslocamento do corpo não protegido até o necrotério (“morgue”). O mesmo deve ser feito no domicílio, casa de repouso ou similar, não devendo em hipótese alguma o corpo ser transportado sem a realização destes

procedimentos.”;

http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/nav_v5/index.asp?c=4&e=20200321&p=1

CONSIDERANDO, que a Constituição Federal da República Federativa do Brasil tem como um de seus Pilares a Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III), sendo que ninguém deverá ser “submetido (...) a tratamento desumano ou degradante” (art. 5º, III); e reconhece como Direitos Sociais, dentre outros, a Saúde, o Trabalho e a Segurança;

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

CONSIDERANDO, que a Constituição Federal da República Federativa do Brasil estabelece são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (art. 7º, XXII);

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

CONSIDERANDO a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei nº 8.142, de 12 de setembro de 1990, que definem a saúde como um direito fundamental de todo ser humano e dever do Estado, a ser provida por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), uma política de Estado que visa à promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os brasileiros e brasileiras;

CONSIDERANDO, que a Constituição Federal da República Federativa do Brasil estabelece no capítulo VII (Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso), do Título VIII (Da ordem Social), especial proteção à família (art. 226, caput), e que “o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (art. 226, §8º);

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

CONSIDERANDO a Recomendação nº 020, de 07 de abril de 2020 do Conselho Nacional de Saúde, Parecer Técnico nº 128/2020 que reconhece que “os profissionais de saúde estão na linha de frente da resposta a COVID-19, expostos a riscos de contato com patógenos, longas horas de trabalho, sofrimento psicológico, fadiga, desgaste profissional, estigma e violência física e psicológica; que o risco de colapso dos sistemas de saúde aumenta muito com os agravos à saúde dos trabalhadores provocados pelo próprio trabalho, portanto, são fundamentais medidas de preservação física e psicológica dos trabalhadores...”As recomendações de preservação dos trabalhadores da saúde devem envolver também cuidados com a saúde mental, que devem ser uma prioridade principalmente para os trabalhadores que lidam com os doentes no cotidiano”...;

CONSIDERANDO as recomendações sobre Manejo de Corpos (Versão 1) publicadas pelo Ministério da Saúde do BRASIL em 25/03/2020 que incluem: “A transmissão de doenças infecciosas também pode ocorrer por meio do manejo de corpos...os profissionais envolvidos com os cuidados com o corpo ficam expostos ao risco de infecção...os velórios e funerais de pacientes confirmados/suspeitos da COVID-19 não são recomendados devido à aglomeração de pessoas em ambientes fechados... para óbitos hospitalares, deve-se limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar/responsável...durante a embalagem, que deve ocorrer no local de ocorrência do óbito, manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos...quando possível, a embalagem do corpo deve seguir três camadas: 1^a: enrolar o corpo com lençóis; 2^a: colocar o corpo em saco impermeável próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos); 3^a: colocar o corpo em um segundo saco (externo) e desinfetar com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela Anvisa, compatível com o material do saco...sugere-se, ainda, que, a depender da estrutura existente, o reconhecimento do corpo possa ser por meio de fotografias, evitando contato ou exposição”...”O corpo deve ser acomodado em urna a ser lacrada antes da entrega aos familiares/ responsáveis...após lacrada, a urna não deverá ser aberta;

RECOMENDAMOS:

1. Em casos de óbitos hospitalares ou em instituições de longa permanência, ou em quaisquer circunstâncias em que familiares não estejam presentes no momento do óbito, com diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID-19 - situação que exige a aplicação de manejo de cadáver apropriado, com lacração, a fim de proteger familiares e profissionais da saúde - que os sacos plásticos previstos para esse procedimento sejam constituídos por **material transparente**, dando visibilidade, ao menos, à face e permitindo que o procedimento de reconhecimento do cadáver seja efetuado posteriormente ao momento do óbito;
2. Em situações que exijam **autopsias verbais**, que os entrevistadores:
 - a. se apresentem no início da entrevista, orientem os familiares e pessoas relacionadas à pessoa falecida sobre os possíveis riscos de contaminação dos profissionais da saúde e deles próprios, caso essa pessoa falecida seja portadora do agente infeccioso viral Sars-CoV-2;
 - b. informem sobre a importância dos dados coletados para a realização do diagnóstico de COVID-19, o qual poderá ser confirmado por meio da coleta de exames;

- c. informem de forma clara e respeitosa sobre os procedimentos de manejo do corpo e as razões que levaram o Estado e a sociedade a optar pelo lacre e pela suspensão dos procedimentos de velório;
- d. informem de forma clara e respeitosa sobre a importância e responsabilidade solidária que todos temos ao responder aos quesitos do questionário de autopsia verbal que deve estar acima das justas demandas pela despedida e luto;
- e. façam constar no formulário de AV as informações acima mencionadas.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA (FCM - UNICAMP)

ÁREA DE SAÚDE DO TRABALHADOR (FCM - UNICAMP)

CENTRO INTERDISCIPLINAR DE BIOÉTICA (FCM - UNICAMP)

DISCIPLINA DE MEDICINA LEGAL (FCM - UNICAMP)

GRUPO DE APOIO AO PÓS ÓBITO – GAPO CORONA

Ana Cláudia P. Pastori Z. de Mendonça. Enfermeira. Mestranda do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Anderson Nobusada. Médico. Professor da Disciplina de Medicina Legal/Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Antonio Carlos Bellini Júnior. Advogado. Doutorando do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Cintia Nogueira Aleixo. Médica Patologista. Mestra em Ciências Médicas (área de concentração em genética Médica).

Daniele Pompei Sacardo. Psicóloga. Professora doutora. Centro Interdisciplinar de Bioética/Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Enidio Ilario. Médico. Professor do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Erivelto Luís Chacon. Analista Técnico da Divisão Funerária da SETEC/Autarquia da Prefeitura Municipal de Campinas. Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Jundiaí (área de Saúde Humana).

Flávio César de Sá. Médico. Professor doutor. Centro Interdisciplinar de Bioética/Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Maria Amelia Flandres Cabrelon. Médica Veterinária na Vigilância em Saúde do Município de Aguaí/SP. Mestra em Ciências pela ESALQ/USP.

Marília Cintra. Socióloga. Mestranda no Departamento de Saúde Coletiva /FCM/UNICAMP.

Paulo Newton Danzi Salvia. Médico. Professor doutor da Disciplina de Medicina Legal/Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Sergio Roberto de Lucca. Médico. Professor doutor da Área de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Sylvia Lucia Gonçalves Garcia. Biomédica. Especialista em Hemoterapia e Acupuntura.

Thamiris Gomes Smania. Bióloga. Doutoranda do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Vera Lúcia Salerno. Médica. Professora do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ÉTICA E SAÚDE
DISCIPLINA DE MEDICINA LEGAL
GRUPO DE APOIO PÓS ÓBITO

Nota Técnica nº 02/2020/GAPO-versão1.0

Nota técnica sobre orientações a familiares, parentes e pessoas relacionadas aos pacientes que foram internados com diagnóstico de COVID-19, cumpriram o período de quarentena intra-hospitalar e faleceram no ambiente hospitalar na mesma internação

Publicada em 12/08/2020

Em 12 de agosto de 2020, a Diretora Clínica do Hospital das Clínicas da Unicamp nos solicitou a elaboração de parecer visando fundamentar orientações a familiares, parentes e pessoas relacionadas aos pacientes que foram internados com diagnóstico de COVID-19, cumpriram o período de quarentena intra-hospitalar e faleceram no ambiente hospitalar na mesma internação.

Passamos a oferecer as seguintes considerações e sugestões:

Considerações gerais:

Os rituais são fundamentais para o processo de elaboração do luto de familiares e pessoas próximas relacionadas ao falecido e a possibilidade de uma maior proximidade física com o corpo durante a cerimônia de despedida é uma importante demanda da sociedade, particularmente no Brasil onde os velórios envolvem frequentemente toques, beijos e abraços. (1)

No contexto da COVID-19, sabe-se que o vírus SARS-CoV-2 se espalha através do contato com gotículas respiratórias contaminadas, liberadas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, ou pelo contato com mãos, superfícies ou objetos contaminados. (2) Os corpos de pessoas falecidas são possíveis transmissores da doença, podendo carrear vírus em sangue, secreções ou através da superfície da pele. A fim de proteger a população e profissionais da saúde envolvidos no processo pós óbito, evitando-se o contágio e disseminação da doença, os poderes públicos federal, estadual e municipal publicaram normas em relação ao manejo de corpos, fundamentando-se principalmente em recomendações da Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde, Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos e Europa e artigos científicos. (3)(4)(5). A principal recomendação em relação à pessoa falecida com diagnóstico confirmado ou suspeito para COVID-19 é de que os familiares e pessoas próximas evitem tocar, lavar e beijar o corpo, durante e após sua preparação, se possível. (6)(7). Se não for possível, deve-se higienizar as mãos após o contato. Ao preparar o corpo, deve-se utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI), roupa externa de proteção, como avental descartável impermeável ou resistente a líquidos, luvas descartáveis, máscara cirúrgica descartável, proteção ocular apropriada, como óculos de segurança ou protetor facial. (2)

O Ministério da Saúde publicou em 25 de março de 2020, orientações sobre o manejo de corpos com instruções a familiares e amigos sobre os procedimentos recomendados durante os funerais. (4) (ANEXO I)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária em Nota Técnica publicada em 08/05/2020 e revisada em 05/08/2020 (Rev.1), apresenta uma matriz de risco para identificação de vias de transmissão, possíveis causas e medidas de prevenção mínimas para a prevenção de surtos da COVID-19 dentro dos serviços de saúde. (QUADRO I). Consideram-se transmissões de profissionais da saúde, visitantes e de pacientes para pacientes entre as situações de risco. (8)



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2020

**QUADRO I, EXTRAÍDO DE “NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA
Nº 07/2020 ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES POR SARS-CoV-2 (COVID-19)”**

A Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou em 27 de maio de 2020, atualização dos critérios para alta do isolamento como parte das diretrizes de cuidados clínicos do paciente com COVID-19, independentemente do local do isolamento ou da gravidade da doença. Para pacientes sintomáticos: 10 dias após o início dos sintomas, mais, no mínimo, 3 dias adicionais sem sintomas (inclusive sem febre e sem sintomas respiratórios). Para casos assintomáticos: 10 dias após teste positivo para SARS-CoV-2. (9)

O Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) publicou nota técnica recomendando aos enlutados precauções quando desejarem tocar o corpo, com a utilização de EPIs, em que pese o baixo o risco de contágio por contato direto com restos mortais humanos, fluidos corporais onde o vírus pode estar presente ou com pertences ou fômites contaminados. Entretanto, a OMS alertou para a necessidade de uso racional dos EPIs, considerando-se que o estoque global que pode ser insuficiente para o abastecimento dos serviços e profissionais da saúde. (10)

Nos funerais, o CDC recomenda limitar o número de participantes, distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos, a fim de se evitar disseminação entre os presentes, embora considere que não se conhece o risco associado à permanência na mesma sala de ou visita a uma pessoa que faleceu com diagnóstico confirmado ou suspeito de COVID-19. (11) O Estado de Nova Gales do Sul, na Austrália, em 24 de julho de 2020, determinou que o número máximo de pessoas que podem assistir a um funeral deve ser menor que uma pessoa a cada 4 metros quadrados. (2)

O Departamento de Vigilância em Saúde do município de Campinas publicou em 31/07/2020, comunicado, edição de número 2, com orientações para emissão da declaração de óbito e manejo de corpos em serviços de saúde de Campinas no contexto da pandemia de COVID-19, fundamentando-se no Decreto 64.880 de 20/03/2020 e Resolução SS-32 de 20/03/2020 do Estado de São Paulo. (5) De acordo com o Artigo 2º da Resolução SS-32, o manejo dos corpos durante a situação de pandemia deverá ser aplicado a todos os tipos de casos, confirmados e suspeitos. No entanto, qualquer corpo, independente da causa de morte ou da confirmação por exames laboratoriais da infecção por COVID-19, deve ser considerado um portador potencial. (3)

Diante do exposto acima, sugerimos que os familiares e pessoas relacionadas com a pessoa falecida sejam informados formalmente:

1. sobre as recomendações atuais dos órgãos de referência internacional acima citados em relação ao manejo de cadáver de pessoas falecidas vítimas de COVID-19 incluindo a utilização (racional) de EPIs devido aos possíveis riscos de contaminação por meio do contato através do toque, beijos e abraços com o corpo da pessoa falecida (expedientes muito frequentes nos velórios em nosso meio) que, embora pequenos, não podem ser descartados completamente;
2. segundo critérios atualizados em 11 de agosto de 2020 da OMS, os pacientes que cumpriram a quarentena, estão liberados do isolamento, pois teoricamente o risco de transmissão por meio de secreção ou sangue é mínimo, portanto, não se enquadram em nenhuma das

- situações mencionadas na Resolução SS-32, pois não podem ser considerados Positivos nem Suspeitos, devendo ser tratados como NEGATIVOS para SARS-CoV-2;
3. entretanto, existem formas de contaminação cruzada, quando o vírus pode estar presente na superfície da pele do cadáver ou em fômites; nessas situações, mesmo tendo sido cumprida a quarentena, o corpo da pessoa falecida pode carrear vírus adquiridos de outros pacientes, acompanhantes, visitantes ou profissionais da saúde;
 4. o principal risco de contaminação nos funerais é provavelmente relacionado ao não emprego de medidas de prevenção e controle de infecções e do contato com familiares, portanto cumpre-nos informar sobre as precauções que devem ser tomadas nos funerais, conforme **ANEXO I**, limitando-se o número de participantes, praticando-se o distanciamento social, utilizando-se máscaras e higienizando-se das mãos, a fim de se evitar disseminação entre os presentes.

Referências bibliográficas

1. Felipe J, Alves L, Pessoa J, Pb / . “SEGURA NA MÃO DE DEUS E VAI...”: Etnografia dos Rituais de Despedida na Cultura Fúnebre do Crato-CE/Brasil. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES-CCHLA CENTRO DE CIÊNCIAS APLICADAS E EDUCAÇÃO-CCAEE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA; 2016.
2. NSW. COVID-19 – Handling of bodies by funeral directors - Fact sheets [Internet]. [cited 2020 Aug 5]. Available from: <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/factsheets/Pages/covid-19-funeral-directors.aspx>
3. Governo do Estado de São Paulo. R SS-32 Diário Oficial. 2020.
4. BRASIL. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19 Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. 2020;1–17.
5. Campinas D de V em S de. ORIENTAÇÕES PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO E MANEJO DE CORPOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPINAS, NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 COMUNICADO. 2020 p. 1–5.
6. Center for Disease Control and Prevention. Funeral Guidance for Individuals and Families | CDC [Internet]. [cited 2020 Aug 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/funeral-guidance.html>
7. WHO. Infection Prevention and Control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 5]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331538/WHO-COVID-19-IPC_DBMgmt-2020.1-eng.pdf
8. Sanitária AN de V. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020 - ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES POR SARS-CoV-2. Brasil; 2020.
9. Saúde OPA de. Critérios para alta de pacientes com COVID-19 do isolamento. 2020 p. 17–21.
10. Organization WH. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance-2-Recommendations for optimizing the availability of PPE. 2020. p. 1–7.
11. European Centre For Disease Prevention and Control. Considerations related to the safe handling of bodies of deceased persons with suspected or confirmed COVID-19 Scope of this document. 2020;1–4. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-safe-handling-of-bodies-or-persons-dying-from-COVID19.pdf>

ANEXO I

(Extraído integralmente do ítem 6 do documento “Manejo de Corpos” publicado pelo Ministério da Saúde em 25 de março de 2020, página 14)

“INSTRUÇÕES AOS FAMILIARES E AMIGOS SVS/MS Versão 1 – março 2020

- Os velórios e funerais de pacientes confirmados ou suspeitos da COVID-19 NÃO são recomendados durante os períodos de isolamento social e quarentena.
- Caso seja realizado, recomenda-se:
Manter a urna funerária fechada durante todo o velório e funeral, evitando qualquer contato (toque/beijo) com o corpo do falecido em qualquer momento post-mortem;
- Disponibilizar água, sabão, papel toalha e álcool em gel a 70% para higienização das mãos durante todo o velório;
- Disponibilizar a urna em local aberto ou ventilado;
- Evitar, especialmente, a presença de pessoas que pertençam ao grupo de risco para agravamento da COVID-19: idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes, portadores de doenças crônicas e imunodeprimidos;
- Não permitir a presença de pessoas com sintomas respiratórios, observando a legislação referente a quarentena e internação compulsória no âmbito da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pela COVID-19;
» Caso seja imprescindível, elas devem usar máscara cirúrgica comum, permanecer o mínimo possível no local e evitar o contato físico com os demais;
- Não permitir a disponibilização de alimentos. Para bebidas, devem-se observar as medidas de não compartilhamento de copos;
- A cerimônia de sepultamento não deve contar com aglomerado de pessoas, respeitando a distância mínima de, pelo menos, dois metros entre elas, bem como outras medidas de isolamento social e de etiqueta respiratória;
- Recomenda-se que o enterro ocorra com no máximo 10 pessoas, não pelo risco biológico do corpo, mas sim pela contra-indicação de aglomerações.
- Os falecidos devido à COVID-19 podem ser enterrados ou cremados.”

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA (FCM - UNICAMP)

ÁREA DE SAÚDE DO TRABALHADOR (FCM - UNICAMP)

CENTRO INTERDISCIPLINAR DE BIOÉTICA (FCM - UNICAMP)

DISCIPLINA DE MEDICINA LEGAL (FCM - UNICAMP)

GRUPO DE APOIO AO PÓS ÓBITO – GAPO CORONA

Ana Cláudia P. Pastori Z. de Mendonça. Enfermeira. Mestranda do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP

Anderson Nobusada. Médico. Professor da Disciplina de Medicina Legal/Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Antonio Carlos Bellini Júnior. Advogado. Doutorando do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Cintia Nogueira Aleixo. Médica Patologista. Mestra em Ciências Médicas (área de concentração em genética Médica).

Daniele Pompei Sacardo. Psicóloga. Professora doutora. Centro Interdisciplinar de Bioética/Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Enídio Ilario. Médico. Professor do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Erivelto Luís Chacon. Analista Técnico da Divisão Funerária da SETEC/Autarquia da Prefeitura Municipal de Campinas. Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Jundiaí (área de Saúde Humana).

Flávio César de Sá. Médico. Professor doutor. Centro Interdisciplinar de Bioética/Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Maria Amelia Flandres Cabrelon. Médica Veterinária na Vigilância em Saúde do Município de Aguaí/SP. Mestra em Ciências pela ESALQ/USP.

Marília Cintra. Socióloga. Mestranda no Departamento de Saúde Coletiva /FCM/UNICAMP.

Paulo Newton Danzi Salvia. Médico. Professor doutor da Disciplina de Medicina Legal/Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Sergio Roberto de Lucca. Médico. Professor doutor da Área de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Thamiris Gomes Smania. Bióloga. Doutoranda do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.

Vera Lúcia Salerno. Médica. Professora do Departamento de Saúde Coletiva/FCM/UNICAMP.