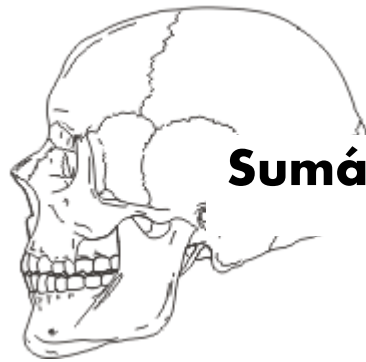


MEDICINA LEGAL *para*
Delegado de Polícia





Sumário

1. Introdução à Medicina Legal; Perícias médicas legais e Peritos	4
1.1 O que é a Medicina Legal?	4
1.2 Áreas de atuação da Medicina Legal	7
1.3 Corpo de Delito	8
1.4 Peritos	11
2. Documentos Médico-Legais	23
3. Traumatologia	32
4. Traumatologia Forense - Energias de Ordem Mecânica	33
5. Energias de Ordem Física; Energias de Ordem Química	67
6. Tanatologia Forense	150
7. Identidade e Identificação	191
8. Sexologia Forense - Crimes contra a Dignidade Sexual	213
9. Psiquiatria Forense	265
10. Bibliografia	305



A Medicina Legal não se preocupa apenas com o indivíduo enquanto vivo. Alcança-o ainda quando oco e pode vasculhá-lo muitos anos depois na escuridão da sepultura. É muito mais uma ciência social do que propriamente um capítulo da Medicina, devido à sua preocupação no estudo das mais diversas formas da convivência humana e do bem comum.

(Genival Veloso de França)



Devo me dedicar ao estudo da Medicina Legal?

Prezado aluno, nas provas de Delegado de Polícia a disciplina de Medicina Legal tem sido cobrada praticamente em todos os certames, contudo a matéria nem sempre é bem vista pelos candidatos devido às peculiaridades das nomenclaturas e outros pontos que tornam o seu estudo um pouco mais difícil. Nesse sentido, chegamos à conclusão de que aqueles que se dedicam ao estudo da disciplina acabam saindo na frente. Pensando nisso e de modo a facilitar o estudo da presente matéria, é que resolvemos produzir o nosso **Manual Caseiro de Medicina Legal para Delegado de Polícia Civil**.

Vamos Juntos!

1. Introdução à Medicina Legal; Perícias médicos legais e Peritos

1.1 O que é a Medicina Legal?

“Arte de por os conceitos médicos a serviço da Administração da Justiça” (**Lacassagne**).

“A aplicação dos conhecimentos médicos-biológicos na elaboração e na execução das leis que deles carecem” (**Flamínio Fávero**).

“O conjunto de conhecimentos médicos e paramédicos destinados a servir ao Direito, cooperando na elaboração, auxiliando na interpretação e colaborando na execução dos dispositivos legais, no seu campo de ação de medicina aplicada” (**Hélio Gomes**).

Segundo **Delton Croce**, "Medicina Legal é ciência e arte extrajurídica auxiliar alicerçada em um conjunto de conhecimentos médicos, paramédicos e biológicos destinados a defender os direitos e os interesses dos homens e da sociedade". E, para fazê-lo, o autor menciona que serve de conhecimentos médicos especificamente relacionados com a Patologia, Fisiologia, Traumatologia, Psiquiatria, Microbiologia e Parasitologia, Radiologia, Tocoginecologia, Anatomia Patológica, enfim, com todas as especialidades médicas e biológicas, bem como o Direito; por isso, diz-se Medicina Legal. Segundo o autor, a Medicina Legal serve mais ao Direito, visando defender os interesses dos homens e da sociedade, do que à Medicina.



Vale ainda ressaltar que todos esses conceitos trazidos possuem em comum um ponto, auxiliam o **Direito**. Nessa toada temos que o papel fundamental da matéria é preencher a lacuna existente na legislação com conhecimentos médicos, que por razões óbvias, sabemos que os operadores do direito não possuem.

Nessa linha, a professora Luciana Gazzola explica que a “a Medicina Legal faz a interface entre Medicina e o Direito, sendo uma matéria com um corpo de conhecimento autônomo hábil a fazer essa interface entre as grandes duas áreas de conhecimento”. Para tanto, faz uso de conceitos de várias áreas diferentes. Vejamos:



Objeto da Medicina Legal

O objeto da Medicina Legal é a **PERÍCIA MÉDICA** – consistindo essa em todo ato médico com o propósito de contribuir com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias com conhecimentos específicos da área médica.

O **objeto é a perícia**, e essa visa colaborar com a investigação, ou seja, busca oferecer provas objetivas para uma investigação. Produzir prova com observância do **Princípio da Objetividade** (lembrando que esse princípio é o mais importante e o que rege a Medicina Legal), e da **Imparcialidade** (**VISUM ET REPERTUM**) – visto e referido (ver e reportar).

Obs: o termo em latim mencionado acima é muito cobrado em provas e traz consigo a ideia dos 02 (dois) princípios Objetividade e Imparcialidade – ou seja – somente VER e REPORTAR.

Com isso o **papel do perito**, uma vez sendo regido pelos Princípios da Objetividade e Imparcialidade é o de APENAS observar os sinais existentes e reportar, sem emitir quaisquer julgamentos de valor.

Posta assim a questão, e incluindo conhecimento de Tanatologia, concluímos que não cabe ao Perito médico legal determinar a causa jurídica da morte, cabe a este apenas visualizar, descrever com objetividade e reportar para o Magistrado os elementos vistos.



Mencionamos que para a Medicina Legal trabalhamos com dois tipos de causa de morte: a causa médico biológico e causa jurídica da morte (Homicídio; Suicídio, Acidente).

Tipos de causa de morte

Causa de morte médico biológica: em linhas gerais aquela que interessa a Medicina.

Causa de morte jurídica: em linhas gerais a que interessa ao Direito

- Acidente
- Homicídio
- Suicídio

Isto posto, podemos então afirmar que **causa jurídica da morte** é um critério de julgamento e, sendo um critério de julgamento, deve este ser feito na sentença, portanto, atribuição judicial. Seguindo essa lógica o papel do perito – haja vista que sua função é a de somente ver e reportar – visa determinar nos casos de morte apenas as causas médico-biológicas da morte.

Por tais razões é de suma importância que o candidato tenha em mente que não cabe ao perito médico legista, ao perito criminal ou ao perito em geral determinar com segurança a causa jurídica da morte. Diante da premissa do VISUN ET REPERTUM – o perito se limita a somente VER e REPORTAR. (OBJETIVIDADE e IMPARCIALIDADE)

Corroborando o ostentado, declina o professor Genival Veloso Franca (2017):

6

Seus cultores quase não servem mais à Medicina. São servidores da Justiça e do Direito. Por isso, formam, hoje em dia, uma verdadeira “magistratura médico-social”, em que prestam relevantes serviços à comunidade.

Uma criança trocada em uma maternidade, um pai que nega a paternidade, um casamento malsucedido por doença grave e incurável, um acidente de trabalho ou uma doença profissional têm nesta ciência uma ajuda indispensável. Do mesmo modo, uma marca de dentada, um fio de cabelo, um dente cariado ou restaurado, uma impressão digital, uma mancha de sangue ou pequenos fragmentos de pele sob as unhas de um suspeito, que à primeira vista não mostram nenhuma importância, são subsídios por si só capazes de ajudar a desvendar o mais misterioso e indecifrável crime.

Com isso detectamos que a Medicina Legal é uma disciplina eminentemente jurídica, mesmo que ela tenha muitos dos seus subsídios trazidos da Medicina e de outras ciências biológicas e da tecnologia.



Perícia médico-legal

A **perícia médico legal** pode ser feita sobre **Pessoas, Coisas ou Fatos**.

Nessa linha, temos que a medicina legal presta esclarecimentos à Justiça em suas mais diversas formas.

Seguem alguns exemplos:

- **Criminal:** perícias em casos de homicídio – necropsias.
- **Civil:** situações de definição de capacidade civil - perícias psiquiátricas; perícia para investigação de paternidade por meio do exame de DNA.
- **Trabalhista:** perícias em caso de acidente de trabalho, para concessão de adicionais de insalubridade e periculosidade. (perícia médico-legal no âmbito trabalhista é chamada de Infortunística Forense)
- **Previdenciária:** perícia para concessão de auxílio-doença; aposentadoria por invalidez.

A **perícia médico-legal** “visa informar e fundamentar, de maneira objetiva, todos os elementos consistentes do corpo de delito e, se possível, aproximar-se de uma provável autoria” (França).

A **perícia médico-legal** tem por finalidade provar os fatos de interesse da Justiça fornecendo esclarecimentos ao juízo, relativos a questões estranhas ao meio jurídico em diferentes áreas. Quando os fatos dizem respeito à vida ou à saúde, tem-se a perícia médico-legal.



JÁ CAIU. Ano: 2012 Banca: PC-SP Órgão: PC-SP Prova: PC-SP - 2011 - PC-SP - Delegado de Polícia. Em um relatório médico-legal, o chamado visum et repertum refere-se:

- A. ao histórico.
- B. ao preâmbulo
- C. à descrição.
- D. à discussão e conclusão
- E. à resposta aos quesitos.

Gabarito C.

1.2 Áreas de atuação da Medicina Legal

A Medicina Legal Especial dedica-se ao estudo do homem, incluindo: ANTROPOLOGIA, TANATOLOGIA, TRAUMATOLOGIA, SEXOLOGIA, TOXICOLOGIA e PSIQUIATRIA FORENSE.



ANTROPOLOGIA	Estuda o ser humano a partir de sua morfologia (forma), objetivando sua identificação quanto ao sexo, à idade, à espécie, entre outros elementos.
TANATOLOGIA	Estuda a morte. Seus tipos, suas causas, sua cronologia.
TRAUMATOLOGIA	Estuda o trauma, o modo de ação dos agentes vulnerantes e as lesões acarretadas.
SEXOLOGIA	Estuda os vestígios decorrentes dos Crimes contra a Liberdade Sexual, Infanticídio, Aborto, bem como os desvios sexuais e Parafilias.
TOXICOLOGIA	Estuda as ações dos tóxicos e venenos.
PSIQUIATRIA FORENSE	Estuda os distúrbios mentais, visando diagnosticar imputabilidade penal e periculosidade do agente.

1.3 Corpo de Delito

Conceito

Como corpo de delito elencamos todos os elementos materiais da conduta incriminada, inclusive meios ou instrumentos de que auxiliaram o criminoso no cometimento da conduta criminosa. Trata-se da base residual do crime. É a base material do crime.

Podemos ainda conceituar como conjunto de elementos sensíveis do fato criminoso.

Alguns elementos são materialmente perceptíveis pelo sentido humano. Esses vestígios são os elementos materiais que podem ser percebidos pelos sentidos humanos e que necessitam de comprovação para permitir avaliação judicial.





ATENÇÃO!

O conceito de corpo de delito não deve ser confundido com a definição de **corpus criminis** e **corpus instrumentorum**. Vejamos:

CORPUS CRIMINIS

Toda coisa ou pessoa sob a qual recai a conduta delitiva.

CORPUS INSTRUMENTORUM

É o instrumento, objetos, meios utilizados pelo agressor para cometer a prática delitiva.

Corroborando ao evidenciado, Díaz, citado por Bonnet (in Medicina Legal. 2ª edição, Buenos Aires: Libreros Editores, 1990), afirma que no corpo de delito devem ser considerados:

1. **Corpus criminis** – a pessoa ou a coisa sobre a qual se tenha cometido uma infração e em quem se procura revelar o corpo de delito. No entanto, sua presença isolada não configura a existência do elemento palpável da antijuridicidade. Ou melhor, o corpo da vítima não é o corpo de delito, senão um elemento no qual poderiam existir os componentes capazes de caracterizar o corpus delicti.
2. **Corpus instrumentorum** – a coisa material com a qual se perpetrou o fato criminoso e na qual serão apreciadas sua natureza e sua eficiência.
3. **Corpus probatorium** – o elemento de convicção: provas, vestígios, resultados ou manifestações produzidos pelo fato delituoso. Ou seja, o conjunto de todas as provas materiais de um crime.

O SOMATÓRIO de tudo isso consideramos com CORPO DE DELITO.

Nessa linha, importante destacarmos a explicação proposta pelo professor **Genival Veloso de França**, o exame do corpo da vítima é apenas uma fase do exame de corpo de delito. O corpo de delito se compõe da existência de vestígios do dano criminoso, da análise do meio ou do instrumento que promoveu este dano, do local dos fatos e da relação de nexo causal.

Vejam então que para Genival Veloso de França o corpo de delito fragmenta-se em:

- ✓ Existência de vestígios do dano criminoso;
- ✓ Análise do meio ou do instrumento que promoveu o dano;
- ✓ O local dos fatos;
- ✓ A relação de nexo causal.



Tipos de corpo de delito

Em tempo alertamos que o exame de corpo de delito pode ser **direto ou indireto**.

Chama-se corpo de **delito direto** aquele realizado pelos peritos sobre vestígios de infração existentes, e corpo de **delito indireto** aquele que, quando não existindo vestígios materiais, a prova é suprida pela informação testemunhal.

Corroborando o apresentado, Genival Veloso de França:

*“Chama-se **corpo de delito direto** quando realizado pelos peritos sobre vestígios de infração existentes, e **corpo de delito indireto** quando, não existindo esses vestígios materiais, a prova é suprida pela informação testemunhal. A denominação de corpo de delito indireto não deixa de ser imprópria, pois o corpo de delito existe ou não existe, e, não existindo, constitui apenas um fato testemunhado”.*

Nesse sentido, a Legislação:

CPP, Art. 167.

Não sendo possível o exame de corpo de delito, por haverem desaparecido os vestígios, **a prova testemunhal poderá suprir-lhe a falta.**



Falta de perito oficial:

CPP, Art. 159. § 1º

Na falta de perito oficial, o exame será realizado **por 02 (duas) pessoas idôneas**, portadoras de diploma de curso superior preferencialmente na área específica, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame.



JÁ CAIU CESPE: Ano: 2018 Banca: UEG Órgão: PC-GO Prova: UEG - 2018 - PC-GO - Delegado de Polícia. Quanto às perícias de local, são levados em conta os diversos vestígios encontrados. A análise desses elementos deverá constituir a materialidade dos fatos, provendo a Justiça com provas suficientes para o alcance da dinâmica dos fatos, das motivações de um crime porventura cometido e, preferencialmente, para o apontamento da autoria do mesmo. Nesse sentido, tem-se o seguinte:

- A. a prova testemunhal substitui o exame de corpo de delito mesmo quando vestígios forem encontrados.
- B. a análise dos vestígios é dispensável quando o culpado confessar o crime ou for pego em flagrante.
- C. vestígios são provas do cometimento de um crime, sobretudo se são encontrados no local dos fatos.
- D. o corpo da vítima é parte do corpo de delito e os vestígios nele encontrados.
- E. corpo de delito é o conjunto de vestígios encontrados no local dos fatos ou a estes relacionados.

Gabarito: E.





JÁ CAIU CESPE: Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: Polícia Federal Prova: CESPE - 2018 - Polícia Federal - Delegado de Polícia Federal. Acerca da prova no processo penal, julgue o item a seguir.

Na falta de perito oficial para realizar perícia demandada em determinado IP, é suficiente que a autoridade policial nomeie, para tal fim, uma pessoa idônea com nível superior completo, preferencialmente na área técnica relacionada com a natureza do exame.

Gabarito: ERRADO.

1.4 Peritos

No tocante aos Peritos e Perícia é necessário que se faça a seguinte distinção:

O Perito aquele que detém o conhecimento técnico sobre determinado assunto; **Perícia** é o exame de elementos materiais de um fato alegado.

Sobre os Peritos temos os denominados oficiais e os nomeados.

Qual a distinção entre eles?

Explicamos:

- **Oficiais:** (concurso público – servidores públicos ocupantes de cargo efetivo) – lembrando que são regidos pelo princípio da Objetividade e Imparcialidade

- Médicos Legistas – Medicina

- Peritos Criminais – outras áreas

- **Nomeados:** (conhecidos como *Ad Hoc* – nomeados para o ato pelo Juiz ou Autoridade Policial).

- Livre escolha do juiz;

Mencionamos ainda a existência dos Assistentes técnicos, figuras que também podem atuar no processo.

- **Assistentes Técnicos:** indicados pelas partes - comum em processos cíveis e trabalhistas. Todavia, a imparcialidade inerente aos peritos oficiais não se aplicam aos assistentes técnicos, vez que estes são contratados pelas partes para cuidar de interesses do contratante, sendo assim estão diretamente ligados a parcialidade.

Esquemmatizando:

Perito Oficial	Perito Nomeado (não oficial)	Assistente técnico
É funcionário público e utilizado a todo tempo pelo Estado.	É o demandado em casos excepcionais e nomeado de acordo	É um especialista buscado pelas partes para auxílio no caso



	com a necessidade.	concreto. Tendo em vista que atender aos interesses das partes, seus custos cabem ao demandante. Sua função é a de acompanhar o perito oficial, podendo elaborar quesitos. (Ver artigo 159, §§1º e 2º, CPP e art. 465, NCPC).
01 perito oficial	02 peritos não oficiais	

Vejamos o ordenamento jurídico:

Art. 159 [...] § 1º Na falta de **perito oficial**, o exame será realizado por **2 (duas) pessoas idôneas**, portadoras de diploma de curso superior preferencialmente na área específica, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame.

§ 2º Os **peritos não oficiais** prestarão o compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo.

ATENÇÃO: o tema “Perícias e Peritos” quando cobrado em prova sempre aparece para que se analise do ponto de vista conceitual (Quem são essas pessoas? Quais os conceitos? Como é feita a perícia?) ou do ponto de vista de abordagem legislativa contida no CPP. 12

Nesse sentido é fundamental que o candidato tenha conhecimento das normas sobre o tema, normas estas contidas no Código de Processo Penal.

- **Perícias – artigos 158 a 184 do CPP**
- **Peritos - artigos 275 a 281 do CPP**



Regulamentação dos Peritos no Código de Processo Penal

As perícias em geral, incluindo a médico-legal, e a atividade dos peritos estão reguladas pelos arts. **149 158 a 184, e 275 a 281 do CPP.**

O Código de Processo Penal, agora com as corrigendas introduzidas, diz: O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior.

Tratando-se de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, poder-se-á designar a atuação de mais de um perito oficial, e a parte indicar mais de um assistente técnico (§ 7º do art. 159 do CPP).



Falta de perito oficial

Na falta de perito oficial, o exame será realizado por **duas pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior PREFERENCIALMENTE na área específica**, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame. Estes prestarão o compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo.

Durante o curso de processo judicial, é permitido às partes, quanto à perícia: requerer a oitiva dos peritos para esclarecerem a prova ou para responderem a quesitos, DESDE que o mandado de intimação e os quesitos ou questões a serem esclarecidas sejam encaminhados com antecedência mínima de 10 (dez) dias, podendo apresentar as respostas em laudo complementar.

Atuação do Perito - fase

A atuação do perito far-se-á em qualquer fase do processo ou mesmo após a sentença, em situações especiais. Sua função não termina com a reprodução da sua análise, mas estende além dessa apreciação por meio de um juízo de valor sobre os fatos, o que a faz diferente da função da testemunha.

A diferença entre a testemunha e o perito é que a primeira é solicitada porque já tem conhecimento do fato e o segundo para que conheça e explique os fundamentos da questão discutida, por meio de uma análise técnico-científica. Vejam então que o perito não se baseia nos fatos apontados no processo, ou ainda naquilo que ¹³acha ser, ele observa os elementos “concretos” que lhe são apresentados, e reporta ao juízo suas observações técnicas – somente.

Possibilidade de mais de um perito em processos – casos complexos

A autoridade que preside o inquérito poderá nomear, nas causas criminais complexas, mais de um perito.

Em se tratando de peritos não oficiais, assinarão estes um termo de compromisso cuja aceitação é obrigatória como um “compromisso formal de bem e fielmente desempenharem a sua missão, declarando como verdadeiro o que encontrarem e descobrirem e o que em suas consciências entenderem” (peritos ad hoc).

Terão um prazo de 5 dias prorrogável razoavelmente, conforme dispõe o Código de Processo Penal. Apenas em casos de suspeição comprovada ou de impedimento previsto em lei é que se eximem os peritos da aceitação.

O mesmo diploma assegura ainda que, como dever especial, os peritos nomeados pela autoridade não podem recusar a indicação, a não ser por escusa atendível; não podem deixar de comparecer no dia e local designados para o exame, não podem deixar de entregar o laudo ou concorrer para que a perícia não seja feita nos prazos estabelecidos. Pode ainda em casos de não comparecimento, sem justa causa, a autoridade determinar a condução do perito e, a falsa perícia constitui crime contra a Administração da Justiça.



(Não) Aceitação da perícia

O juiz, que é o *peritus peritorum*, aceitará a perícia por inteiro ou em parte, ou não a aceitará em todo, pois dessa forma determina o Código de Processo Penal, facultando-lhe nomear outros peritos para novo exame. (Genival Veloso de França, Medicina Legal, Décima primeira edição).

Ao analisarmos o **art. 158 do CPP**, podemos extrair deste, **03 (três) conclusões** (que recorrentemente aparece nas provas de medicina legal).

- **indispensabilidade do exame de corpo de delito - quando a infração deixar vestígios;**
- **o exame de corpo de delito poderá ser realizado de 02 formas: Direta e Indireta;**
- **nem mesmo a confissão do acusado poderá suprir o exame do corpo de delito;**

Apontadas as 03 conclusões que podemos extrair do artigo 158 do CPP, é imprescindível que se diferencie exame de corpo de delito direto e indireto. Mesmo que já mencionado no presente Manual Caseiro, é de grande importância que o candidato saiba exatamente quais são as diferenças. Preferimos pecar pelo excesso.

- ✓ **Corpo de Delito Direito** – quando o perito examina os próprios vestígios materiais da conduta incriminada
- ✓ **Corpo de Delito Indireto** – quando o perito não tem acesso aos vestígios materiais deixados pela conduta incriminada e vai analisar por outros meios e circunstâncias (testemunhas, documentos, fotografias, prontuários médicos, relatórios, etc..).

14

Lei Seca e Literalidade de dispositivos legais do CPP afeta à Medicina Legal

Convém mencionar que o **art. 159 do CPP e seus parágrafos**, são sem sobra de dúvidas as normas processuais penais mais cobradas em provas de Medicina Legal, nesse sentido transcrevemos abaixo para melhor análise e fixação do tema:

Art. 159. O exame de corpo de delito e outras perícias SERÃO REALIZADOS POR PERITO OFICIAL, portador de diploma de curso superior. (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008)

§ 1º Na falta de perito oficial, o EXAME SERÁ REALIZADO POR 2 (DUAS) PESSOAS IDÔNEAS, portadoras de diploma de curso superior PREFERENCIALMENTE na área específica, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame. (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008)

§ 2º OS PERITOS NÃO OFICIAIS PRESTARÃO O COMPROMISSO de bem e fielmente desempenhar o encargo. (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008)



§ 3º Serão facultadas ao Ministério Público, ao assistente de acusação, ao ofendido, ao querelante e ao acusado a formulação de quesitos e indicação de assistente técnico. (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008)

§ 4º O assistente técnico atuará a partir de sua admissão pelo juiz e após a conclusão dos exames e elaboração do laudo pelos peritos oficiais, sendo as partes intimadas desta decisão. (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008)

§5º Durante o curso do processo judicial, é permitido às partes, quanto à perícia: (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008)

I – requerer a oitiva dos peritos para esclarecerem a prova ou para responderem a quesitos, desde que o mandado de intimação e os quesitos ou questões a serem esclarecidas sejam encaminhados com antecedência mínima de 10 (dez) dias, podendo apresentar as respostas em laudo complementar; (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008)

II – indicar assistentes técnicos que poderão apresentar pareceres em prazo a ser fixado pelo juiz ou ser inquiridos em audiência. (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008)

§ 6º Havendo requerimento das partes, o material probatório que serviu de base à perícia será disponibilizado no ambiente do órgão oficial, que manterá sempre sua guarda, e na presença de perito oficial, para exame pelos assistentes, salvo se for impossível a sua conservação. (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008)

§ 7º Tratando-se de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, poder-se-á designar a atuação de mais de um perito oficial, e a parte indicar mais de um assistente técnico. (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008)

Ainda sobre o art. 159 podemos extrair que uma perícia médico legal deve ser feita por:

- **01 perito oficial:** Lembrando que antigamente antes da reforma do CPP a perícia deveria ser realizada por 02 peritos oficiais, **hoje não mais.** 15

DICA DE PROVA - Examinador costuma afirmar que a perícia realizada por somente 01 perito oficial não é válida

ERRADO – isso mudou com a reforma do CPP.

DICA DE PROVA - quando CPP falar em perito no singular, o legislador quis se referir ao perito oficial – aquele ocupante de cargo efetivo – ou seja – o concursado.

OU

-**02 peritos “ad hoc:** por dois peritos nomeados (pelo Juiz ou Autoridade Policial) que possuam diploma de cursos superior **PREFERENCIALMENTE** na área específica da perícia. (vejam que não se trata de obrigatoriedade). Muito comum ocorrer em cidade que não possuem peritos oficiais.

DICA DE PROVA - Questão de Prova - Perícia realizada por somente 01 perito nomeado não é válida.

CORRETO – quando estamos diante de situações em que envolvam somente peritos nomeados há sim a exigência legal de mais de 01(um), podendo a não observância gerar nulidade processual.



Questão de Prova - Examinador costuma confundir o candidato afirmando que os peritos nomeados deverão possuir **OBRIGATORIAMENTE** o diploma na área, sob pena de nulidade processual.

ERRADO – O texto legal traz expressamente a menção do vocábulo **PREFERENCIALMENTE**.

Art. 159. O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior. (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008)

§ 1º Na falta de perito oficial, o exame será realizado por 2 (duas) pessoas idôneas, **portadoras de diploma de curso superior PREFERENCIALMENTE na área específica**, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame. (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008)

Não esquecer !!

Já mencionamos, mas vale reforçar. Quando o Código estiver falando em perito (no singular) estará se referindo ao perito oficial, já quando estiver falando em peritos, está se referindo ao perito nomeado.

Súmula do STF e a aplicabilidade aos peritos – Ainda é válida?

Sobre esse assunto vale a pena mencionarmos a **Súmula 361 do STF**:

“No processo penal, é nulo o exame realizado por um só perito, considerando-se impedido o que tiver funcionado anteriormente na diligência da apreensão”.

16

A referida súmula é antiga – ou seja, redigida antes da reforma do Código de Processo Penal - e é inaplicável aos peritos oficiais, todavia sua aplicação ainda continua válida para os peritos nomeados. Com isso podemos afirmar que não há nulidade no exame pericial realizado por apenas 01 perito oficial.

§2º do art.159 do CPP:

(...)**§ 2º OS PERITOS NÃO OFICIAIS PRESTARÃO O COMPROMISSO** de bem e fielmente desempenhar o encargo. (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008)

Quando o §2º fala que os peritos não oficiais prestarão compromisso, isso não isenta os **peritos oficiais**.

Todavia, quanto a estes últimos (oficiais) como são peritos concursados ocupantes de cargo efetivo, PODEMOS PRESUMIR que JÁ PRESTARAM ESSE COMPROMISSO quando do momento de assinatura do termo de posse. Nessa toada, temos que todos os peritos tem o compromisso de bem e fielmente desempenhar o seu encargo.



Resumindo – Compromissos:

- **Compromisso implícito:** quando da assinatura do termo de posse – **peritos oficiais.**
- **Compromisso explícito:** deve prestar compromisso – **peritos nomeados pelo juiz ou autoridade policial.**

No §3º do art. 159, por sua vez encontramos quem são os sujeitos que poderão formular quesitos sobre a perícia a ser realizada e ainda indicar assistente técnico.

É de suma importância mencionar aos candidatos que vem sendo muito cobrado em provas de concursos públicos a literalidade do §7º do art. 159 do CPP, dispositivo este que trata da **perícia complexa, sendo esta, considerada como aquela que abrange mais de uma área de conhecimento técnico específico.**

Art. 159. O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior. (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008)

(...)

§ 7º Tratando-se de **perícia complexa** que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, poder-se-á designar a atuação de mais de um perito oficial, e a parte indicar mais de um assistente técnico. (Incluído pela Lei nº 11.690, de 2008)

17

Momento para realização do exame de corpo de delito

É muito comum sobre o tema, termos alguns doutrinadores expressando suas opiniões pessoais quanto à forma correta de se proceder ao exame de corpo de delito – alguns até se manifestam no sentido de entenderem necessário que o exame de corpo de delito seja realizado perante a existência de luz solar.

Não obstante as opiniões pessoais dos profissionais da docência, ou ainda do meio jurídico, não há o que se falar em dia ou hora certa para a realização do exame de corpo de delito, podendo este ser realizado a qualquer dia e hora conforme estabeleceu o legislador no art. 161 do CPP.

Art. 161. O exame de corpo de delito poderá ser feito em QUALQUER DIA E A QUALQUER HORA.

Art. 162 do CPP

Autópsia x Necropsia

Art. 162. A autópsia será feita pelo menos seis horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela **EVIDÊNCIA DOS SINAIS DE MORTE**, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto.



Parágrafo único. Nos casos de morte violenta, bastará o simples exame externo do cadáver, quando não houver infração penal que apurar, ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa da morte e não houver necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante.

A primeira abordagem a ser feita sobre o respectivo artigo é sobre a existência ou não de diferenciação entre autópsia e necropsia. Para muitos, autópsia e necropsia são sinônimos, sendo estes o exame interno e externo de um cadáver, todavia a única diferenciação aceitável para a medicina legal sobre os termos é que quando falamos em necropsia estamos falando do exame *post mortem* de qualquer ser (cachorro, cavalo, gato, boi, etc.);

Noutro giro a autópsia só é possível de ser realizada em seres da mesma espécie – ou seja, seres humanos.

Resumindo

Necropsia - exame *post mortem* de qualquer ser (cachorro, cavalo, gato, boi, etc.);

Autópsia – exame *post mortem* de seres humanos.

Ainda analisando o art. 162 do CPP, temos que a autópsia deverá ser realizada pelo menos 06 horas após o óbito, com isso não confundir:

- 06 horas com ~~08 horas~~;
- 06 horas após a morte com ~~06 horas após encontrar o corpo~~;
- 06 horas após a morte com ~~06 horas após identificação do cadáver~~;

Art. 162. A autópsia será feita pelo menos seis horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela **EVIDÊNCIA DOS SINAIS DE MORTE**, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto.

DICA DE PROVA - Cuidado senhores:

- O CPP não fala em 08 horas;
- O CPP não fala em depois que encontrar o corpo
- O CPP não fala em depois de identificar o corpo

Temos tão somente que a autópsia deve ser realizada após 06 HORAS O ÓBITO, e claro quando não existir evidências claras de morte, como por exemplo casos de decapitação, etc, situações em que qualquer homem médio pode deduzir a inexistência de vida.

Afirmamos isso porque na Medicina Legal – **e agora muita atenção** - temos um período chamado **Período de Incerteza de Tourdes**, e quando formos estudar a matéria afeta a Cronotanatognose (diagnóstico do tempo de



morte), veremos que os fenômenos cadavéricos – transformativos, destrutivos, etc. – não aparecem ao mesmo tempo, isto porque a morte é um processo, e não um instante. E justamente por isso o cuidado em esperar o tempo de 06 horas para a realização de quaisquer exames.

Relação dos fenômenos cadavéricos com o art. 162

A partir de 06 horas após a morte começamos a ter o aparecimento dos chamados fenômenos cadavéricos **mediatos ou consecutivos**, estes aparecendo começamos a ter a certeza de que o corpo não tem mais vida.

DICA DE PROVA Questão de Prova – CUIDADO !

Deverá ser aguardado o período de pelo menos 06 horas após o óbito para a realização da necropsia, ou, até o aparecimento dos fenômenos cadavéricos ~~imediatos~~ ou consecutivos.

Alternativa ERRADA, vez que o correto seria fenômenos mediatos. Já os fenômenos imediatos são aqueles que não dão certeza de morte.

Com isso temos que, apenas os fenômenos cadavéricos mediatos e consecutivos (resfriamento cadavérico, evaporação cadavérica, rigidez, manchas de hipóstase ou chamados livores) é que podem dar certeza de óbito, e eles se tornam macroscopicamente perceptíveis, a partir do período de 06 horas. Desta feita, é justamente por esse motivo que o art. 162 do CPP, determina que somente após esse período de 06 horas – em regra – é que seja feita a necropsia. Antes disso estaremos dentro do ‘Período de Incerteza de Tourdes’ – que possuem fenômenos cadavéricos imediatos.

- Resfriamento cadavérico – perda da temperatura;
- Evaporação cadavérica – perda de água;
- Rigidez cadavérica – endurecimento;
- Livores cadavéricos – manchas;

Exceção ao lapso temporal de 06 horas do art. 162 do CPP

Não obstante ao período disposto em lei para a realização do exame de necropsia (após 06 horas), temos no mesmo artigo 162 do CPP uma exceção à esse lapso temporal, podendo com isso o exame ser realizado antes do prazo de 06 horas após a morte. Tal exceção se dá quando estivermos diante de evidências de sinal de morte.

Como exemplos recorrentes de evidências de sinais de morte temos a Decapitação (separação da cabeça do resto do corpo) e Espostejamento Ferroviário. (secção das partes do corpo fora das articulações em decorrência de acidente de trem).

Curiosidade – Diferenciação:

Espostejamento – Secção de varias partes do corpo sem ser nas articulações;

Esquartejamento – Secção de varias partes do corpo nas articulações;



Paragrafo Único do art.162

Art.162

(...)

Parágrafo único. Nos casos de **MORTE VIOLENTA**, bastará o simples exame externo do cadáver, QUANDO NÃO HOUVER INFRAÇÃO PENAL QUE APURAR, ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa da morte e não houver necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante.

Quando estiver diante da literalidade do paragrafo único do art. 162, o candidato deverá considerar como correta a afirmativa, vez que a legislação traz essa previsão.

Mas cuidado:

Em provas mais elaboradas – como as das bancas CESPE – CEBRASPE – FUNCAB – o referido dispositivo vem sendo cobrado como um caso clínico em que um cadáver foi encontrado com sinais evidentes de violência, questionando-se há possibilidade ou não de dispensar-se o exame interno, sendo somente realizado o exame externo do cadáver.

CORRETA.

Noutro vértice se a questão de prova mencionar que em casos de morte violentas, a NECROPSIA poderá ser dispensada, teremos um equívoco e a questão deverá ser considerada como ERRADA, vez que o candidato precisa lembra-se que a necropsia abarca exames internos e externos, e não somente o exame interno.

20

Interpretação do art. 162 a luz da medicina legal

O **primeiro ponto** a ser abordado é que uma necropsia é constituída de exame interno e externo de um cadáver. Com isso temos que o paragrafo único do art. 162 não está dispensando a realização da necropsia, isso porque, nos casos de morte violenta ou suspeita, a **necropsia é obrigatória**. O dispositivo dispensa tão somente o exame interno, já o exame externo - que faz parte do exame cadavérico - ainda sim ser realizado.

O **segundo ponto** é que para a medicina legal deve-se sempre questionar a aplicabilidade prática deste dispositivo. Sendo assim quando em provas aparecer a literalidade da lei considerar a alternativa como correta, já dando o examinador um caso concreto e questionando sobre sua aplicabilidade, deve candidato desconfiar da possibilidade de aplicação. Isso porque, toda doutrina médico legal questiona a aplicabilidade desse dispositivo de lei, vez que há situações que só poderão ser de fato compreendidas com exames internos, mesmo que estes sejam dispensados por lei.

Qual a relevância dessa distinção de aplicabilidade ou não de exame interno em casos de mortes violentas?

Explicamos mencionando um caso ocorrido no Brasil:



O corpo de um idoso fora encontrado sobre trilhos de trem, com sinais claros de espostejamento ferroviário – portanto, morte considerada violenta. Todavia, mesmo diante da ocorrência da morte - a princípio em decorrência do acidente com o trem – foi realizado o exame cadavérico interno e externo para a verificação da causa da morte. Ao analisar o cadáver foi verificada a existência de grande área de infarto, o que sinalizava que antes do espostejamento ferroviário o idoso havia infartado, dados estes que foram incluídos no Laudo, após os devidos exames e análises.

Após a conclusão da perícia, emissão do respectivo laudo de exame cadavérico e devidas investigações, restou-se comprovado que a família do idoso, após a sua morte em decorrência de um infarto fulminante – ou seja, morte por antecedentes patológicos e não morte violenta - colocaram o corpo deste sobre a linha do trem, visando forjar a morte violenta e assim receber valor referente à indenização.

Art. 180 do CPP

Art. 180. Se houver divergência entre OS PERITOS, serão consignadas no auto do exame as declarações e respostas de um e de outro, ou cada um redigirá separadamente o seu laudo, e a autoridade nomeará um terceiro; se este divergir de ambos, a autoridade poderá mandar proceder a novo exame por outros peritos.

21

(*Lembrar-se da dica sobre a disposição da expressão perito no plural ou singular)

Observem que a letra da lei do artigo 180 do CPP traz a expressão ‘os peritos’, sendo assim estamos diante de divergência entre peritos não oficiais – ou seja, ‘ad hoc’. Ocorrendo então a divergência entre os peritos poderão estes consignar no auto do exame suas considerações ou ainda redigirem separadamente seus laudos, podendo ainda o juiz ou o delegado nomear um terceiro, e caso ainda persista a divergência, poderá ser nomeados outros peritos.

Resumindo – divergência entre peritos nomeados

Possibilidade 1 - os peritos poderão estes consignar no auto do exame suas considerações.

Possibilidade 2 – os peritos poderão ainda redigir separadamente seus laudos com suas considerações.

DICA DE PROVA – É comum o examinador inserir nas alternativas que os peritos nomeados não podem divergir no exame, devendo estes concordar com os achados periciais e assim emitir laudo único.

ERRADO. É sim possível a divergência entre peritos nomeados, porque a perícia é um ato médico, portanto, é ato de autonomia do perito.



Diante do tema, e por ser extremamente pertinente aproveitamos para apresentar o terceiro princípio pericial a **Autonomia do Perito**.

Com isso temos agora como princípios basilares da perícia a Objetividade, a Imparcialidade e a Autonomia. Tendo em mente que o perito é revestido pelo princípio da autonomia este poderá então emitir laudos de acordo com seu convencimento, suas análises, suas razões e constatações.

Art. 182 do CPP

Art. 182. O juiz NÃO FICARÁ ADSTRITO AO LAUDO, podendo ACEITÁ-LO ou REJEITÁ-LO, NO TODO ou EM PARTE.

Após a realização de uma perícia e, por consequência da emissão de Laudo Médico Legal, o juiz poderá:

- Intimar o perito para prestar esclarecimentos subsequentes, através de quesitos suplementares formulados pelas partes, por exemplo.
- Nomear outro perito (que geralmente é um parecerista – e, emitirá um parecer);
- Discordar e rejeitar o Laudo pericial (a discordância e rejeição poderá ser no total ou parcial)

DICA DE PROVA – Rejeição e discordância do magistrado.

Muitas vezes esse tema vem com a seguinte redação:

“Um laudo produzido por um perito oficial deve ser aceito pelo juiz”, ou “ O juiz apenas pode rejeitar um laudo pericial oficial no todo, não podendo rejeitá-lo em parte”.

ERRADO. O magistrado poderá sim rejeitar um Laudo pericial oficial, podendo fazê-lo no todo ou em parte, MAS obviamente de forma motivada*.

*MAS obviamente de forma motivada.

Alertamos ao candidato que, apesar de estarmos diante de uma matéria não tão comum aos vários concursos nacionais, não devemos nos esquecer de que ela está intimamente ligada ao Direito e às normas de nosso ordenamento jurídico. Nesse sentido é necessário que se relacione o tema ora estudado com nossa legislação. De acordo com o art. 93, IX as decisões judiciais devem ser motivadas e com as decisões envolvendo perícias não poderia ser diferente.

Lembramos ainda que embora a matéria esteja ligada ao CPP, com a vigência do NCPC verificamos ainda mais a intenção do legislador em reforçar a ideia de decisões motivadas e de se evitar decisões surpresas. Nessa toada, aconselhamos o candidato a sempre seguir essa premissa de motivação judicial, e se atentar as questões que mencione o contrário.

22



Impedimento e suspeição dos Peritos

Art. 279 do CPP

Art. 279. Não poderão ser peritos:

I - os que estiverem sujeitos à interdição de direito mencionada nos incisos. I e IV do art. 69 do Código Penal;

II - os que tiverem prestado depoimento no processo ou opinado anteriormente sobre o objeto da perícia;

III - os analfabetos e os menores de 21 anos.

O inciso I trata da suspeição dos peritos que estiverem com interdição de direito – muita atenção nesse inciso porque destaca o ~~art. 69 do CP~~, mas na verdade devemos fazer referência ao artigo 47, I e II do CP, que diz respeito à proibição do exercício de cargo, função ou atividade pública ou de profissão que dependa de habilitação ou autorização especial.

É importante lembrar ainda que o art. 280 do CPP também traz a ideia de que se aplicam aos peritos as causas de suspeição dos juízes. Desta feita temos um dispositivo trazendo expressamente matéria afeta a aplicabilidade aos peritos das causas de suspeição dos juízes. No tocante as causas de impedimento à doutrina entende que também se aplica.

23

2. Documentos Médico-Legais

Sobre os documentos médico-legais temos os seguintes:

- ✓ **Notificações**
- ✓ **Atestados**
- ✓ **Prontuários***
- ✓ **Relatórios**
- ✓ **Pareceres**
- ✓ **Depoimento Oral**
- ✓ **Declaração de Óbito**

*Advertimos que alguns autores discordam apenas no que diz respeito à inserção do prontuário como documento médico-legal ou não.

DICA DE PROVA - Temas mais cobrados em provas sobre documentos médico-legais:

- Características dos Atestados
- Diferença entre Auto e Laudo (que são espécies de relatório)



✓ Notificação

Quando falamos em notificação, muitos se lembrarão das doenças de comunicação compulsória. Trata-se de doenças que quando da ciência pelo médico ou profissional da área de saúde sobre elas, os obriga a realizar a comunicação aos órgãos públicos competentes.

Vários motivos podem justificar a necessidade de notificação compulsória. Citamos: razões epidemiológicas, sanitárias, entre outras.

Nesse sentido temos que a notificação compõe-se das comunicações compulsórias feitas pelos médicos às autoridades competentes acerca de determinado fato profissional.

Exemplo: **doenças infectocontagiosas; doenças do trabalho, morte encefálica.**

Observação: se formos analisar a questão das doenças infectocontagiosas dentro da Medicina Legal, iremos nos deparar com uma normatização infralegal com dezenas de listas que variam de acordo com cada ente. Mas as que mais são cobradas para as provas de Delta são as já mencionadas: **Doenças Infectocontagiosas; Doenças do trabalho, Morte encefálica**

Uso de Drogas e Embriaguez são causas de comunicação compulsória?

24

Atualmente NÃO, contudo no passado já foram condições de notificação compulsória.

Geralmente quando o tema é cobrado em provas, ele aparece da seguinte forma:

Questão de Prova – Notificações são aqueles documentos obrigatoriamente emitidos pelos médicos em situações específicas nas praticas médicas, incluindo o uso de drogas ilícitas e embriaguez.

ERRADO. O uso de drogas ilícitas e embriaguez já foram uma condição de notificação compulsória, atualmente, não mais. Sendo assim qualquer uso de droga ilícita ou embriaguez, não configuram fatos médicos ou condições de notificação compulsória, não obrigando ou gerando responsabilidade ao profissional de saúde que não as comunicar.

Ainda sobre as notificações podemos mencionar o art. 269 do Código Penal, que descreve o crime de omissão de notificação de doença e a questão do sigilo médico. Vejamos:

Omissão de notificação de doença

Art. 269 - Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa.



Uma questão sempre presente quando o tema é abordado é a seguinte:

A notificação compulsória de uma doença viola o dever de sigilo médico e de sigilo pericial?

Diante da existência de norma penal incriminadora sobre o tema, é fácil deduzirmos que a comunicação compulsória deverá ser realizada e não restará configurada a quebra de sigilo médico ou pericial. Nesse sentido há 05(cinco) situações (nas quais devemos nos atentar) em que é possível se realizar a quebra do sigilo médico sem que se configure crime de violação de segredo profissional (art. 154 do CP), e elas estão previstas no Código de Ética Médica e já foram objeto de cobrança em certames públicos. Seguem:

- **Consentimento por escrito do paciente (periciando);**
- **Justa causa – motivo justo;**
- **Dever legal de revelação do diagnóstico;**
- **Em sua própria defesa;**
- **Por requisição judicial ou dos Conselhos Regionais de Medicina;**

A grande celeuma se apresenta no último ponto apresentado **(Por requisição judicial ou dos Conselhos Regionais de Medicina)**. Para a Medicina Legal - Medicina em geral - as normas aplicadas às atividades médicas periciais e normas dos Conselhos Federal de Medicina não é possível a entrega de um prontuário ou a violação do sigilo profissional por requisição de **Autoridade Policial**.

Interpretação à luz do CP e CPP x Interpretação Médica

Diante da divergência quanto ao tema, o candidato quando questionado nas matérias de Direito Penal, Processo Penal, deverá se manifestar no sentido de que a Autoridade Policial tem sim poder para requisitar prontuário médico.

Todavia, nas questões envolvendo a disciplina de Medicina Legal, deverá o candidato, responder que o médico somente estará obrigado a realizar a entrega de prontuário médico quando diante de sua requisição JUDICIAL. Isso porque, no CEM (Código de Ética Médica), nas Normas e Resoluções do Conselho Federal de Medicina e nas normas infralegais que regem as atividades periciais apenas se permite a violação de segredo e a entrega documento como prontuários médicos, quando estes requisitados por juiz – autoridade judicial.

Assim, para a MEDICINA LEGAL, não poderá haver a requisição de Delegado de Polícia para a obtenção de prontuário médico ou documentos de pacientes, devendo este recorrer ao juiz para conseguir tal documento. Noutro vértice, quando houver requisição pelo próprio CRM o prontuário poderá ser entregue vez que os membros são médicos, ou seja, da mesma categoria.

Em suma, ATENÇÃO, mesmo que saibamos que o Delegado de Polícia tem prerrogativas para requisitar e solicitar diversos documentos, é muito importante que o candidato não leve essa informação para o âmbito da



disciplina de Medicina Legal, vez que a matéria se respalda nas normas da classe médica e se baseia na literalidade desta. **Com isso em 1º fase (fase objetiva) dos certames não se discute o tema. Médico somente tem o dever de entregar documentos de pacientes mediante requisição JUDICIAL ou ao CRM. Já, quando o candidato estiver diante de questões discursivas ou prova oral, poderá manejar a resposta de outra maneira, apresentando seu posicionamento e fundamentando-o, de acordo com entendimento do Estado ou da Banca.**

DICA DE PROVA: na fase oral do concurso de Delegado de Polícia do Estado do Rio de Janeiro, é cobrada a disciplina de Medicina Legal.

✓ Atestado

DOCUMENTO PARTICULAR de declaração pura e simples de um fato médico verídico e suas possíveis consequências, normalmente feita a pedido do paciente ou responsável.

Documento que poderá ser elaborado por QUALQUER MÉDICO.

DICA DE PROVA – É comum ser cobrado em provas da seguinte forma:

“Atestado é um documento público apenas emitido por peritos oficiais”.

ERRADO. Como visto, trata-se de um documento particular, sendo ainda considerado o mais simples da Medicina Legal dentre o rol dos documentos médico-legais, haja vista exigir menos requisitos para sua elaboração, podendo ser elaborado por qualquer médico no exercício da medicina.

26

Classificações dos Atestados

▪ Quanto à finalidade:

Quanto à finalidade os atestados podem ser **Administrativos, Judiciários ou Oficiosos.**

Administrativos: quando servem ao interesse do servidor ou do serviço público.

Judiciário: quando é formulado em razão de solicitação da Justiça.

Oficiosos: quando emitido no interesse de Pessoa Física ou Pessoa Jurídica de Direito Privado. (considerado o mais simples dos atestados).

▪ Quanto ao conteúdo: (mais cobrada nas provas de Medicina Legal)

Quanto ao conteúdo os atestados podem ser **Idôneo, Gracioso, Imprudente ou Falso.**



Idôneo: aquele atestado considerado verdadeiro, um atestado ético, com idoneidade, ou seja, com declarações verdadeiras.

Gracioso (complacente ou de Favor): é aquele atestado feito pelo médico a pedido do paciente. Atestado que, em regra não seria emitido pelo profissional, mas devido o pedido do paciente é elaborado.

(exemplo: médico iria atestar por 01 dia de afastamento do serviço, mas o paciente pede 02 dias e o médico concede).

Trata-se de um atestado antiético, mas não é considerado como falso do ponto de vista criminal. Nesse sentido, podemos afirmar que o atestado gracioso/complacente/de favor é um atestado que possui conteúdo inverídico, contudo não é considerado falso.

Imprudente: aquele emitido de forma rápida, imprudente, descuidada.

(exemplo: atestado emitido sem exame físico do paciente. Ou seja, o médico não examinou o paciente, mas emitiu o atestado mesmo assim).

Falso: aquele atestado em que o médico sabe do seu caráter ilícito, inverídico e criminoso, porém mesmo assim o emite. É considerado ainda o atestado objeto do crime doloso de Falsidade de Atestado Médico previsto no art. 302 do Código Penal.

Vale ressaltar que a falsidade na emissão de atestado é de cunho IDEOLÓGICO e não de cunho material, vez que a falsidade não está naquele que emite o atestado, mas sim em seu conteúdo.

(O candidato deve ter em mente que o profissional que emitiu o atestado é capacitado e está regularmente inscrito na classe. O fato eivado de falsidade é o conteúdo).

Falsidade de atestado médico

Art. 302 - Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso:

Pena - detenção, de um mês a um ano.

Parágrafo único - Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

- ❖ **Observação - Revelação do Diagnóstico no atestado:** o diagnóstico só poderá ser revelado em um atestado se tiver a autorização do paciente, AINDA QUE esse diagnóstico seja dado na forma do CID (Classificação Internacional de Doenças). Portanto, o profissional médico



nãos e exime de possíveis responsabilidades, caso alegue que mesmo diante da não autorização do paciente colocou o diagnostico em forma de CID. (a doença poderá ser “descoberta” numa simples busca na relação de classificação por qualquer um por meio da internet por exemplo. Trata-se de lista “aberta” e não exclusiva da área da saúde).

DICA DE PROVA - questionamos:

É violação ao sigilo/segredo profissional inserir o CID em atestado médico sem a autorização do paciente?

SIM. Tanto a descrição na forma expressa ou codificada (em forma de CID), quando ausente a autorização do paciente será considerada como violação segredo profissional.

✓ **Prontuário**

Conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde são registrados todos os cuidados profissionais prestados ao paciente em instituições de saúde ou consultórios.

- **Sigilo médico**

Sobre o sigilo médico, quem pode manusear prontuário?

Apenas aqueles que têm o dever de guardar sigilo médico, ou seja, os profissionais da saúde.

28

- **Dever de guarda**

A quem pertence o prontuário?

O prontuário pertence ao paciente, o médico e o hospital possuem apenas o dever de guarda.

- **Pedido/Requisição de Prontuário**

Autoridade Policial (Delegado de Policia) pode fazer requisição de prontuário?

De acordo com a Medicina Legal, NÃO. Para a Medicina Legal somente pela via judicial.

✓ **Relatório**

Trata-se do documento mais importante para a Medicina Legal, vez que é no relatório que são feitas as descrições minuciosas de uma perícia, ou seja, onde são feitas as descrições objetivas (lembrar: VISUM ET REPERTUM – ver e reportar) vistos na perícia.



Em linhas gerais, no relatório temos a descrição minuciosa de uma perícia médica a fim de responder a autoridade policial ou judiciária.

Vale mencionar ainda que, relatório é gênero do qual são espécies o **Laudo e o Auto**.

Laudo x Auto: São espécies de relatório.

- **Laudo:** relatório redigido pelo próprio perito após a realização do exame.
- **Auto:** relatório ditado ao escrivão de polícia durante a realização da perícia e habitualmente perante a presença de testemunhas (essa presença de testemunhas não é um requisito legal, mas sim doutrinário). E, o principal exemplo de Auto é o Auto de Reconhecimento e Exumação.

Componentes do relatório: antes de falarmos sobre os componentes dos relatórios é necessário mencionarmos que a diferença entre Parecer (que será trabalhado a seguir) e Relatório está nos componentes desses documentos.

Componentes se apresentam em 07 partes:

- ✓ **Preâmbulo** – parte introdutória.
- ✓ **Quesitos** – perguntas habitualmente feitas e já pré-determinadas no âmbito criminal.
- ✓ **Histórico** – história da situação ou do paciente.
- ✓ **Descrição** – componente mais importante
- ✓ **Discussão** – desenvolvimento dos pontos abordados
- ✓ **Conclusão** - apontamentos do perito sobre o assunto e pontos trabalhados
- ✓ **Resposta aos quesitos** - respostas aos pontos quesitados, perguntados.

A **descrição** é o componente mais importante do relatório porque é nele que o perito coloca em prática o “*visum et repertum*”, (ver e reportar). É nesse ponto que as lesões e demais informações colhidas são inseridas - momento do relatório que o perito reporta tudo o que visualizou.

E, é exatamente a ausência de descrição em determinado documento que o diferencia de um parecer.

Obs: Diferença entre Relatório e Parecer – pontos significativos

- Parecer **NÃO TEM** descrição;

É importante entender que o parecer se faz necessário quando existem dúvidas, ou divergências quanto a um ponto específico da instrução processual, probatória, ou de laudos que já foram realizados. Com isso, o parecerista não está diante dos elementos do corpo de delito direto (dos próprios vestígios materiais da conduta). O parecerista trabalha tão somente com documentos fazendo exame de corpo de delito indireto, ou seja, temos uma perícia documental. Desse modo, o parecerista



não estando diante dos elementos materiais do corpo de delito, e não podendo ver e reportar, não faz descrição.

- **Parecer é realizado em momento processual posterior ao da confecção de relatório;**

Temos que o Parecer não é realizado diante dos elementos materiais da conduta delitiva, o parecerista como vimos não faz corpo de delito direito. Poderá o parecer ocorrer até mesmo na fase de inquérito, todavia em momento posterior ao da perícia.

✓ **Parecer Médico-Legal**

Documento elaborado quando há divergências quanto à interpretação de achados periciais. É, portanto, solicitado quando da necessidade de “esclarecimentos mais aprofundados”.

Como parecerista podem figurar: o Professor ou Perito com competência inquestionável e autoridade reconhecida.

Os componentes do parecer médico-legal apresentam-se em 06 partes: (mesmas do relatório exceto a descrição)

- ✓ **Preâmbulo** – parte introdutória
- ✓ **Quesitos** – perguntas habitualmente feitas já pré-determinadas no âmbito criminal
- ✓ **Histórico** – história da situação ou do paciente
- ✓ **Discussão** – desenvolvimento dos pontos abordados
- ✓ **Conclusão** - apontamentos do perito sobre o assunto e pontos trabalhados
- ✓ **Resposta aos quesitos** - respostas ao pontos quesitados

CUIDADO – Hygino C. Hercules – Divergência:

Parte da doutrina entende que o parecer possui 06 partes, sendo estes todos os 07 existentes no Relatório, exceto a descrição.

Peculiaridade do Professor Hygino Carvalho Hércules

Aos candidatos que forem fazer provas em que as Bancas usam como material de referência a obra do professor Hygino C. Hércules (exemplo: Delegado Civil do Rio de Janeiro, e demais provas da FUNCAB), muito **CUIDADO**, o professor Hygino não entende que Parecer tenha 06 partes, mas sim 04 componentes sendo estes:

- preâmbulo;
- parte expositiva ou exposição;
- discussão;
- conclusão;



Hygino entende que a parte expositiva ou na exposição está contido os quesitos, as repostas aos quesitos, englobando dentro da parte expositiva outros componentes considerados autônomos pelos demais autores.

Não obstante a divergência do professor Hygino, quanto a quantidade de partes existentes num Parecer, em um ponto todos os autores concordam: **os componentes mais importantes do Parecer.**

Para todos os doutrinadores e estudiosos de Medicina Legal, a parte, ou as partes mais importantes de um Parecer Médico-Legal é (são): **Discussão e Conclusão. Além disso, todos também concordam que no Parecer não há Descrição.**

✓ Depoimento Oral

Declaração tomada (ou não) a termo em audiências de instrução e julgamento sobre os fatos obscuros e conflitantes descritos no relatório da perícia.

Observem que quando há a presença de fatos conflitantes e obscuros descritos em relatórios **o juiz poderá:**

- 1ª: solicitar esclarecimentos do perito por meio de quesitos suplementares;
- 2ª: ouvir o perito em audiência; (Depoimento Oral)
- 3ª: nomear um parecerista;

Nesse sentido temos 03 tipos de documentos que podem ser produzidos após a existência de conflitos e dúvidas em uma perícia. São eles: **Laudo Suplementar, Depoimento Oral e Parecer.**

QUESTÃO DE PROVA

Havendo dúvida e divergências no Laudo Pericial podem ser produzidos os seguintes documentos: Parecer, Relatório ou Laudo Suplementar e Depoimento Oral.

CORRETA.

✓ Declaração de Óbito – D.O.

Documento base do SIM/MS – Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde.

As finalidades médico-legais da declaração de óbito são:

- Confirmar a morte;
- Determina a causa da morte;
- Satisfazer interesse de ordem civil, estatística, demográfica e político-sanitária.



Observação: quando afirmamos que as finalidades da Declaração de Óbito são confirmar a morte, determinar sua causa e satisfazer interesses de ordem civil, estatística, demográfica e político sanitária, o PONTO CHAVE está na questão de DETERMINAR A CAUSA DA MORTE.

Essa causa a ser determinada se refere à causa médico-biológica ou a causa jurídica da morte?

A finalidade da Declaração de Óbito é determinar a causa médico-biológica da morte.

QUESTÃO DE PROVA

São finalidades da Declaração de Óbito exceto, confirmar a causa jurídica da morte, confirmar a morte; determinar a causa médico-biológica da morte; satisfazer interesse de ordem sanitária; satisfazer interesse de ordem jurídica em geral.

CORRETA. Confirmar causa jurídica da morte diz respeito a identificar se a morte decorreu de Homicídio, Suicídio ou Acidente, e causa jurídica da morte é considerada pela doutrina médico-legal como critério de julgamento. Sendo assim, é o magistrado quem irá decidir se no caso concreto houve homicídio, suicídio ou acidente de acordo com os dados médicos apresentados.

Vale mencionar que o perito rege a sua atividade pelos princípios da **Objetividade e Imparcialidade**, sendo assim, não julga e não emite juízo de valor. Não é o Perito Médico Legal que afirma se houve no caso em questão homicídio, suicídio ou acidente. (NÃO É FINALIDADE DO D.O. CONFIRMAR CAUSA JURÍDICA DE MORTE, MAS SIM A CAUSA MÉDICO-BIOLÓGICA).

32

3. Traumatologia

ATENÇÃO, antes de iniciarmos as discussões sobre o tema da “**Traumatologia Forense**” alertamos que o ponto sempre foi o **mais cobrado** em provas e concursos para Delegado de Polícia dentro da disciplina de Medicina Legal.

Adentrando ao tema, cumpre-nos ressaltar aos candidatos que a Traumatologia Forense em Medicina Legal é a matéria responsável pelos estudos das ENERGIAS - energias estas que lesam um corpo.

Além disso, a Traumatologia estuda os meios, os instrumentos causadores de lesões, entre outros aspectos.

Dentre as lições do mestre Genival Veloso de Franca, destacamos:



A Traumatologia ou Lesonologia Médico-legal estuda as lesões e estados patológicos, imediatos ou tardios, produzidos por violência sobre o corpo humano, nos seus aspectos do diagnóstico, do prognóstico e das suas implicações legais e socioeconômicas. Trata também do estudo das diversas modalidades de energias causadoras desses danos.

De acordo com a doutrina médico-legal podemos ainda dividir os estudos da Traumatologia Forense no que diz respeito às energias em:

- Traumatologia Forense – Energias de Ordem Mecânica;
- Traumatologia Forense – Energias de Ordem Física;
- Traumatologia Forense – Energias de Ordem Química.

4. Traumatologia Forense - Energias de Ordem Mecânica

Energias de Ordem Mecânica

Sobre a Traumatologia Forense e o estudo das Energias temos que a **Energia Mecânica** é aquela energia capaz de modificar o estado de repouso ou de movimento de um corpo - capaz de imprimir energia cinética a esse corpo.

Tais energias são consideradas como as maiores causadoras de danos e temos uma família de energias que englobam todos eles, como por exemplo, os decorrentes de lesão por arma de fogo, por lesões por armas brancas, etc.

Embora já tenhamos discorrido acima sobre os aspectos da energia de ordem mecânica, apresentamos sua conceituação para melhor memorização e entendimento:

“Energia de ordem mecânica são aquelas capazes de modificar o estado de repouso ou de movimento de um corpo, produzindo lesões em parte ou no todo”.

Os objetos causadores de danos que mais transferem energias mecânicas (cinéticas) para um corpo são:

- Armas propriamente dita;
- Armas naturais;
- Mecanismos diversos/outros;

Atenção



- **Arma propriamente dita:** objeto criado especificamente para ser uma arma (revolver, pistola, punhal, etc..)
- **Arma eventual:** objeto que não foi criado para ser uma arma, mas que eventualmente serve como se assim fosse (faca, canivete, machado, serra, serrote, etc.)
- **Arma natural:** são as partes de nosso corpo utilizadas para produzir dano (mordida/dentes, soco/mão, chute/pé, cabeçada/cabeça, unhada/unhas, etc.). Lembrando que nos exemplos acima os objetos naturais seriam respectivamente: dentes, mãos, pés, cabeça e unha.
- **Mecanismos Diversos/Outros:** são os objetos não elencados acima, mas que podem imprimir uma energia, podendo assim alterar o estado de repouso ou movimento de determinado corpo. (explosão).

Diante das considerações apresentadas existem ainda 03 pontos que devem ser estudados e que estão relacionados diretamente com o presente tema:

- ✓ **Objeto ou Instrumento**
- ✓ **Ações ou meio**
- ✓ **Lesões**

A diferenciação abaixo é de suma importância:

Objeto ou Instrumento: coisa material utilizada pelo agressor para produzir dano.

Ações ou Meio: forma/mecanismo como a coisa material age.

Lesão: resultado final da ação do objeto causando o dano

Quando tratamos os pontos acima, principalmente no que tange ao meio e a lesão, é muito importante que o candidato se atente para não confundir a nomenclatura, isso porque as Bancas Examinadoras são geralmente muito técnicas.

DICA DE PROVA

Um objeto/instrumento que age por ação cortante, produz uma lesão chamada incisa.

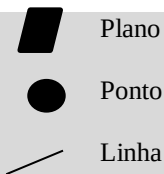
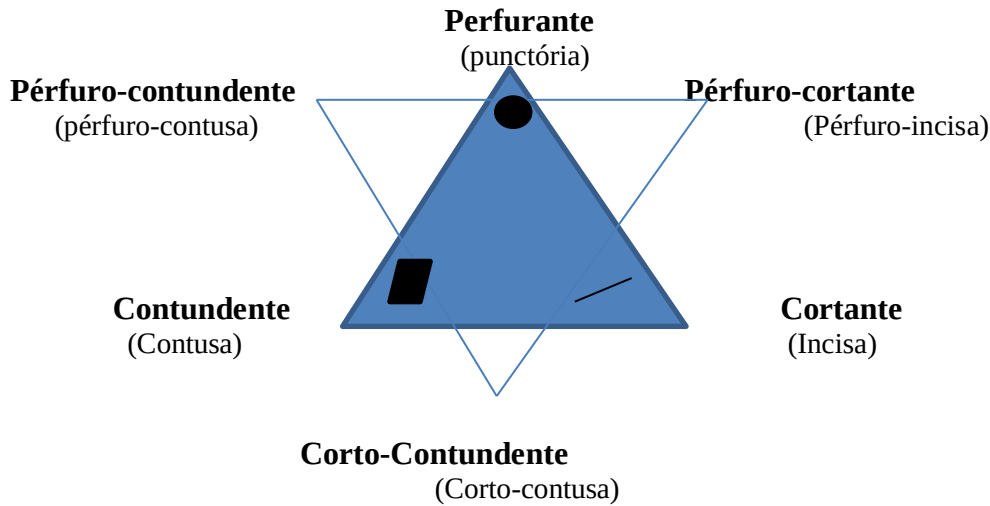
A Banca Examinadora com intuito verificar o conhecimento do candidato apresenta um caso concreto e questiona qual foi a “**lesão**” resultante da ação e colocam nas alternativas o **nome do meio e não da lesão.**

Cuidado a diferenciação entre meio e lesão tem grande diferença na Medicina Legal.

Classificação dos modos de ação de instrumentos mecânicos:



MANUAL CASEIRO



Diante do esquema gráfico apresentado temos:

Em **negrito**: nome da AÇÃO/MEIO DE INSTRUMENTO

Entre (**parêntese**): nome da LESÃO

Observações:

Cuidado – Expressão Cortante – Hygino x Genival

Observação 1: Bancas mais técnicas que utilizam bibliografias como a de Hygino Carvalho Hércules, (FUNCAB, e provas do Estado do Rio de Janeiro), a ação cortante se chamará de lesão incisa.

Mas **CUIDADO, Genival Veloso de França**, trata a lesão incisa como lesão do cirurgião, por exemplo, médico que faz uma incisão durante a cirurgia. Com isso somente nesse ponto, Genival V.de França aceita o nome cortante tanto para o meio/instrumento como para lesão. Assim, para o autor em questão podemos chamar a lesão de incisa (se realizada por um cirurgião) ou cortante.

As demais Bancas não aceitam essa colocação. Os demais autores não aceitam essa colocação, e afirmam que cortante é o nome do meio de instrumento/ ação, mas que a lesão é incisa.

OBS2: “Dilacerante” - Ponto cobrado recentemente da prova de DPC/MG

Meio/ Instrumento dilacerante não existe. ~~Dilacerante~~.

Genival Veloso de França, fala claramente que não existe este meio de ação, esse instrumento. E não somente ele, os demais autores também coadunam não a ideia de que não existe meio dilacerante,



ferida dilacerante, instrumento dilacerante. Para os autores de Medicina Legal existem somente os meios e lesões descritas no quadro gráfico apresentado acima.

E, mais uma vez alertarmos os candidatos: NÃO CONFUNDAM O MEIO DE INSTRUMENTO COM A LESÃO.

Tendo em vista que já apresentamos quais são as principais ações, nossa missão agora é trabalhar ação por ação e suas características mais importantes, vez que se trata da base da Traumatologia Forense, no que diz respeito a energia de ordem mecânica.

AÇÕES MECANICAS e suas principais características:

▪ **Ação Perfurante**

Ação realizada por um ponto, com instrumento pontiagudo, que agirá por um ponto. Nesse sentido tendo em vista que o instrumento pontiagudo perfura este não tem corte, não tem fio, não tem gume. Consequentemente a lesão perforante não corta o tecido, ele simplesmente “afasta” as fibras do tecido por pressão, agindo por meio de uma ponta.

Para essas ações dá-se o nome de ação perforante, e suas lesões e feridas são denominadas punctórias, também chamada de puntiforme (forma de ponto).

36

Resumindo: uma ação perforante promove uma ferida/lesão punctória (em forma de ponto) se o instrumento for de pequeno calibre.

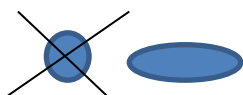
- **Afastamento das fibras dos tecidos por pressão; (não cortam)**
- **Ação por meio de uma ponta;**
- **Feridas punctórias (pequeno calibre);**

Instrumentos de médio calibre (importante):

Formato e direção da lesão – seguem 03 regrinhas muito importantes em Traumatologia:

- **Primeira Lei de Filhos – semelhança**
- **Segunda Lei de Filhos – paralelismo**
- **Lei de Langer**

Quando um instrumento perforante (geralmente possuem formato redondo) for de ‘Médio Calibre’ agir no corpo vivo (com vida), irá produzir lesão e as fibras da pele irão puxar as bordas da lesão, com isso elas não serão arredondadas, mas sim alongadas.



Com isso, a lesão de médio calibre produzida por instrumento/meio perfurante não se chamará punctória, mas sim Lesão em Botoeira ou Casa de Botão (lembrar da casa do botão de camisa que é alongada).

Regras da Traumatologia

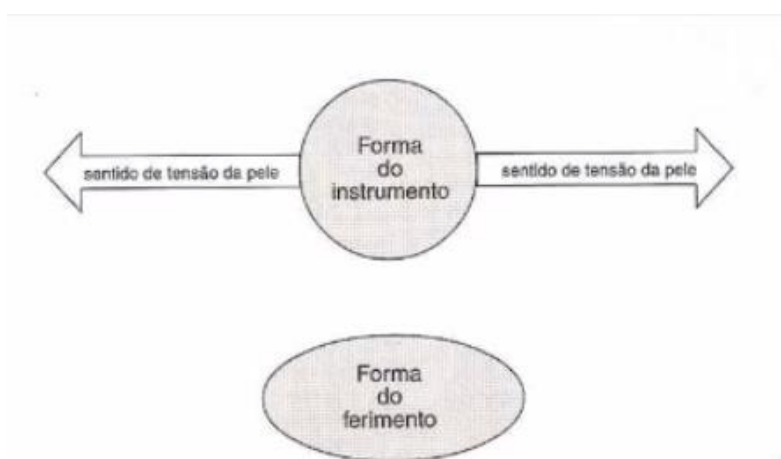
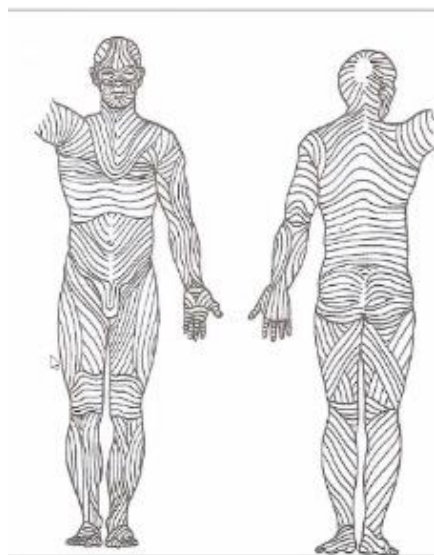
▪ 1ª Lei de Filhos - (Lei da Semelhança)

A 1ª lei de Filhos é conhecida como lei da semelhança porque entende que o formato de uma lesão em uma ferida causada por instrumento perfurante de médio calibre será semelhante ao formato de uma lesão causada por um instrumento de 02 (dois) gumes, ou seja, que corta para os dois lados e que também causa uma ferida alongada. Com isso a ferida não será arredondada, mas sim alongada semelhante à lesão causada por instrumento de 02 gumes.

▪ 2ª Lei de Filhos - (Lei do Paralelismo)

A 2ª Lei de Filhos nos traz a seguinte concepção: tendo em vista que a ferida causada é alongada, esta possui um maior eixo e, o maior eixo da ferida causada por instrumento perfurante de médio calibre acompanhará o sentido e será paralelo aos da ‘linha de força da pele’.

Obs: “Linhas de força da pele”



Linhas de força da pele são os sentidos na pele em que estão dispostas as fibras elásticas (fibras musculares). Tais sentidos das fibras são padrão, sendo, portanto o mesmo em todos os seres humanos.

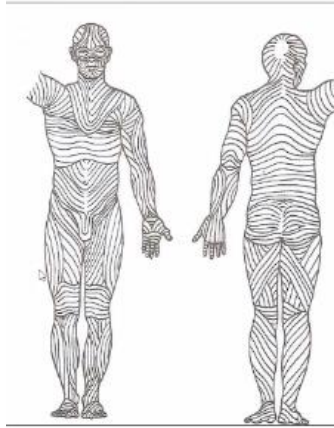
Consequentemente, qualquer ser humano que tiver uma ferida perfurante no dorso causada por instrumento perfurante de médio calibre, terá essa ferida com uma forma alongada.



Relembrando

- **1ª Lei de Filhos** – semelhança - formato semelhante ao um instrumento de 2 gumes.

- **2ª Lei de Filhos** – paralelismo – o maior sentido da lesão acompanhará o sentido das linhas de força da pele, sendo, portanto, paralelo, ao sentido das linhas de força da pele onde elas não se confluem, não se encontram (são somente paralelos).



Observem que os pontos onde temos localizados os joelhos as “linhas de força” se encontram, ou seja, são confluentes, elas mudam de direção. Diante dessa disposição das linhas, temos que, nos locais onde as ‘linhas de força’ forem confluentes (de direções diversas, de forma desorganizada) a ferida não terá o aspecto alongado, mas sim um aspecto que poderemos chamar de **Bizarro**, **Em Ponta de Seta** ou ainda de **Triângulo Estrelado Irregular**. Isso ocorrerá porque cada linha de força “puxará” a lesão para um lado diverso. E essa constatação advém da “**Lei de Langer**”.

38

▪ Lei de Langer

No local onde as “linhas de força” forem confluentes a ferida/lesão terá um aspecto Estrelado, Bizarro, Triangular, Irregular, Em ponta de Seta, tendo em vista que estas puxarão a lesão para lados distintos.

QUESTÃO DE PROVA - A assertiva foi retirada de uma prova recente de Medicina Legal:

“As feridas puntiformes causadas por instrumentos perfurantes de médio calibre apresentam direções fixas em cada parte do corpo”. (CESPE)

CORRETA. Isso porque as linhas de força são sempre no mesmo sentido em qualquer pessoa. No dorso, por exemplo, as feridas serão horizontais; no pescoço, sempre serão longitudinais.

Com isso, as feridas em cada região do corpo terão uma direção fixa, uma direção paralela ao sentido das linhas de força.

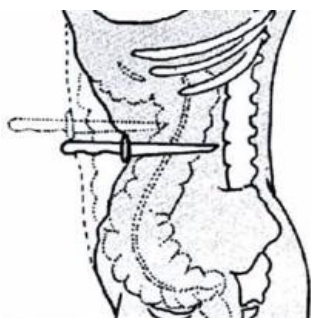


Análise de imagens



Imagem 01 - Ferida pouco nociva na superfície e mais nociva na profundidade. São feridas profundas e estreitas. Sangram pouco porque não ocorre corte, somente secciona - afasta os tecidos - não há corte ou rompimento de vasos sanguíneos. A ferida não é arredondada, mas sim alongada, em formato de botoeira no mesmo sentido das linhas de força.

Análise de caso



Analizando a figura ao lado é possível a determinação certa do comprimento do objeto perfurante pela profundidade do ferimento?

Sobre o ferimento apresentado é necessário dizer que as lesões causadas por instrumentos perfurantes e que ocorrem na região abdominal (região sem osso por debaixo da pele, chamada de região depressiva do corpo) geralmente a depender da força empregada e tendo o instrumento inserido até o final pode fazer com o que tamanho da lesão seja maior que o próprio instrumento.

Esse tipo de ferida é chamada de ferida **Em Sanfona, Ferida em Acordeão, ou ferida de Acordeom de Lacassagne** (perfura empurra a pele bem para atrás, e volta.)

Nesse sentido a resposta para o questionamento é **NÃO**. Não é sempre possível se saber o comprimento certo do objeto causador da lesão em região sem osso por baixo (regiões depressivas), e isso decorre devido à existência das feridas em sanfona ou de acordeom de Lacassagne.

Resumindo

Ferida em Sanfona ou Acordeom de Lacassagne – quando ocorre em área depressível do corpo.

1ª Lei de Filhos – semelhança – semelhante a lesão causada por instrumento de 02 gumes.

2ª Lei de Filhos - paralelismo – lesões são alongadas na direção das linhas de força.

Lei de Langer – lesões são em forma de Estrela, Ponta de Seta, Irregular, Estrelada, devido a confluência das linhas de força em direções diversas em determinados locais, que puxam as bordas do ferimento.

▪ Ação Cortante

As ações cortantes são provocadas por instrumentos que agem por deslizamento em sentido linear – feridas incisais. (lembrar do cirurgião, do bisturi, etc.)

- **Forma de Ação:** Deslizamento linear e age em linha e não em ponto.



- Feridas: incisais

(lembrar que para Genival Velos de França a ferida pode ser chamada de incisa ou cortante, para os demais autores, cortante é somente a Ação, sendo a ferida incisa somente).

- **características:** forma linear, bordas e fundo regulares, hemorragia abundante (há o corte/rompimento de vasos sanguíneos), predomínio do comprimento sobre a profundidade, paredes lisas e regulares, afastamento das bordas (no vivo), ausência de vestígios traumáticos em torno da ferida, cauda de escoriação.

Obs: Toda a lesão causada no vivo afasta as bordas!

Por quê? Elasticidade da pele.

Análise de imagem



Imagem 01 e 02: exemplos de feridas incisais, causadas pela ação ou instrumento cortante.

- comprimento prevalece sobre a profundidade (o inverso das lesões causadas por instrumentos perfurantes);
- bordas lisas e regulares;
- sangram bastantes (corte/secção dos vasos sanguíneos);
- ausência de vestígios de trauma na pele;
- cauda de escoriação;

40

Obs 1: Importante observar **A AUSÊNCIA DE TRAUMAS NA PELE.**

Ocorre porque temos feridas por ação mista. Ações que poderão ser por ação cortante e também contundente. Por exemplo, uma lesão causada por um instrumento como o machado, que possui corte, mas que foi manejado com força, consequentemente corta e também contundi. Nesse sentido se da ação resultou corte e contusão, ao redor da ferida a pele não estará normal.

Obs 2: **CAUDA DE ESCORIAÇÃO.** Muito cuidado! Ela não irá aparecer sempre.

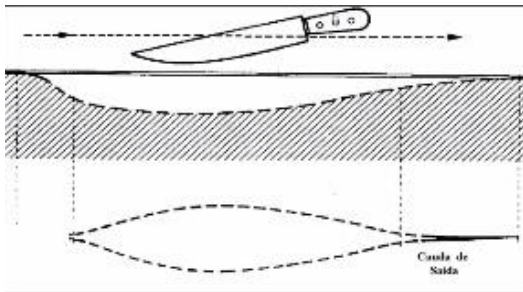
DICA DE PROVA – Toda ferida incisa tem cauda de escoriação.

ERRADA. Ela ‘pode’ aparecer a depender do manejo do instrumento.

Sinais

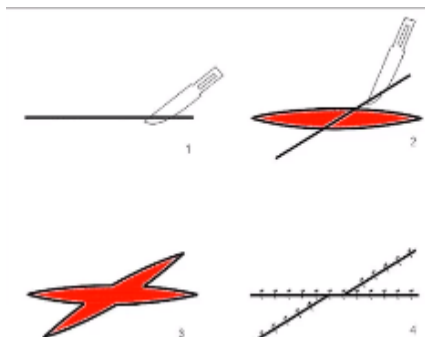
Cauda de escoriação: área mais superficial da lesão que indica o local da saída do instrumento e que só aparece na lesão incisa pura, na ação linear.





Informação muito importante: as lesões não são típicas de cada instrumento. Com isso o candidato precisa ter em mente que os instrumentos provocam lesões diferentes a depender da forma que foram manejados. A lesão depende mais do modo de lesão do que propriamente do instrumento em si.

Sinal de Chavigny: o sinal de Chavigny indica a ordem das lesões incisivas produzidas uma sobre a outra.



- **Imagem 01** – manejo de forma linear;
- **Imagem 02** – lesão incisiva aberta, bom bordas afastadas (indivíduo vivo – temos a presença de elasticidade da pele);
- **Imagem 03** – segunda lesão incisiva sobre a primeira (também lesão incisiva). A segunda lesão incisiva efetuada em cima da primeira encontrará as bordas abertas na lesão anterior, sendo assim não seguirá um trajeto linear, seguirá um trajeto em Z = Sinal de Chavigny

- **Primeira Lesão** – formato linear;
- **Segunda lesão** - formato em “Z”, porque já encontrou a primeira com bordas afastadas.

41

Com isso, temos que o “**Sinal de Chavigny**” nos apresenta 02 finalidades:

1º - **Identifica a ordem das lesões produzidas uma sobre as outras, quando incisivas;**

2º - **Avalia a ordem que o cirurgião vai suturar “costurar” as lesões.**

Primeiro se sutura as lesões lineares (que são retas), e depois as em formato de “Z”. Nesse sentido deve o cirurgião, suturar primeiro a primeira lesão e depois a segunda, terceira,... (se tiverem mais). Finalidade: deixa a cicatriz mais apresentável.

Lesões produzidas por ação Cortante ou Mista:

(Conteúdo abaixo caiu recentemente na prova de Delegado - SP)

Tipos especiais

- ✓ **Degola;**
- ✓ **Esgorjamento;**
- ✓ **Decapitação;**
- ✓ **Esquartejamento;**
- ✓ **Espostejamento;**



▪ Degola

Degola assim como o Esgorjamento são lesões que ocorrem na região cervical.

A degola é na região **cervical posterior (nuca), região dorsal do pescoço.**

▪ Esgorjamento

A lesão ocorre na **região anterolateral do pescoço**, ou seja, **anterior e também lateral da região cervical.**

▪ Decapitação

Na decapitação temos a **secção da cabeça - separação da cabeça do resto do corpo.**



▪ Esquartejamento

Esquartejamento é traduzido pelo ato de dividir o corpo em partes por amputação ou desarticulação. Não raras vezes a modalidade ocorre com o fim de o autor livrar-se criminosamente do cadáver ou impedir sua identificação.



Secção do corpo em vários segmentos nas articulações. Importante lembrar que se divide os membros e partes na região das articulações.

▪ Espostejamento

Secção do corpo em **vários segmentos fora das articulações.**



DICA DE PROVA – QUESTÃO - DELEGADO DE SÃO PAULO – ATENÇÃO

Em prova recente de Delegado de Polícia do Estado de São Paulo a Banca examinadora colocou a palavra degola e entre parênteses a expressão decapitação, considerando, portanto, ambas como sinônimas.

Podemos ter nos dicionários a palavra degola ligada a palavra decapitação como sinônimas, isso ocorre porque do ponto de vista leigo e não científico degola já foi considerada sinônima de decapitação, contudo tecnicamente não é.

Sendo assim, podemos ter a secção da cabeça do pescoço (decapitação), começando pela degola (parte posterior) ou começando pelo esgorjamento (parte anterolateral).

Atenção - o Esgorjamento (principalmente) sendo uma lesão incisa (se causada por uma lesão incisa pura – mecanismo cortante), a direção da lesão e a presença de cauda de escoriação pode nos dar indícios (somente indícios e não certeza) se a lesão foi suicida ou homicida ou se a pessoa era destra ou canhota.

DICA DE PROVA - A cauda de escoriação no esgorjamento pode sugerir a causa jurídica da morte.

CORRETA. Como vimos anteriormente às causas jurídicas da morte podem ser: Homicídio, suicídio ou Acidente, mas os candidatos não podem esquecer-se da EXPRESSÃO “PODE SUGERIR”

Se na questão for inserida a palavra CERTEZA, a questão deverá ser considerada como ERRADA.

43

Análises das imagens



Imagem 01 – lesão na região cervical posterior – Degola

Imagem 02 - lesão na região cervical anterolateral – Esgorjamento

▪ Ação Contundente:

- Ação por um instrumento de superfícies plana;
- Pressão, explosão, percussão, deslizamento, compressão, contragolpe, etc.



- Pode ser ativa, passiva ou mista, a depender do movimento do corpo que está recebendo a lesão.



Meio Ativo – Instrumento causador do dano está em movimento;

Meio Misto – Instrumento causador do dano e Corpo que sofre a lesão em movimento;

Meio passivo – Instrumento causador do dano parado, repouso;

Principais Lesões Contusas – causadas por ação contundente:

- ✓ Rubefação
- ✓ Escoriações
- ✓ Equimoses
- ✓ Hematomas (e Bossas)
- ✓ Fraturas, Luxações, Entorses
- ✓ Rotura de vísceras internas
- ✓ Lesões por queda de altura
- ✓ Ferida contusa

44

▪ Rubefação

Rubefação é a lesão mais simples que se tem, sendo apenas o ‘vermelhão’ na pele. Trata-se de congestão de vasos sanguíneos, também chamado de Eritema Traumático. Nos casos de rubefação não há ruptura de vasos sanguíneos, eles apenas aumentam de tamanho.

Observação:

Congestão: aumento da quantidade de sangue;

Congestão sanguínea: vaso sanguíneo dilatou; vasodilatação.

▪ Escoriação

Escoriação é o ‘arrancamento’ superficial da epiderme.

Princípio que as escoriações seguem: “*restitutio ad integrum*” – restituição integral, ou seja, uma escoriação não deixa cicatriz.



Observações:

Sinônimos de escoriação – abrasão epidérmica; erosão.

Pele: nossa pele é um órgão, sendo considerado como o maior órgão do corpo humano.

Composição da pele: Epiderme (superficial) e Derme (profunda).

▪ Equimose (mais cobradas nas provas)

Primeiro ponto a ser mencionado é que, diferentemente da rubefação, na equimose e no hematoma temos a ruptura de vasos sanguíneos. Nesse sentido, equimose e hematoma são compostos por sangramentos. Na equimose os vasos estão rotos, rompidos e há a infiltração hemorrágica nas malhas dos tecidos - os vasos sanguíneos se rompem e o sangue sai, se infiltrando nas malhas dos tecidos.

Observação: existe um tipo de equimose que se chama equimose figurada (figura/formato) também chamadas de “Lesões com assinatura”.

O que seriam uma Lesão com Assinatura ou uma Lesão figurada?

É aquela equimose que pelo seu formato inicial sugere qual foi o instrumento causador. Ao olhar a lesão já conseguimos perceber qual foi o instrumento usado.

45

CUIDADO! BANCA EXAMINADORA PODE COBRAR DA SEGUINTE FORMA:

DICA DE PROVA – QUESTÃO:

As escoriações são as chamadas lesões com assinatura por sugerirem o formato do instrumento.

ERRADO. Essas são as EQUIMOSSES e não as escoriações.

Obs: Mas vejam, podemos sim ter escoriações que nos sugerem qual o instrumento foi usado, como por exemplo, unha (marcas das unhas), esganadura (marca das mãos ao redor do pescoço), etc. Porém as clássicas lesões com assinaturas devem ser compreendidas como as Equimoses, não sendo propriamente as escoriações.

Principais Equimoses figuradas

- **Víbices:** são equimoses em estrias paralelas, lineares;
- **Sugilações:** são equimoses em grãos;
- **Petéquias:** são equimoses em pontos;



Análise de imagens das lesões

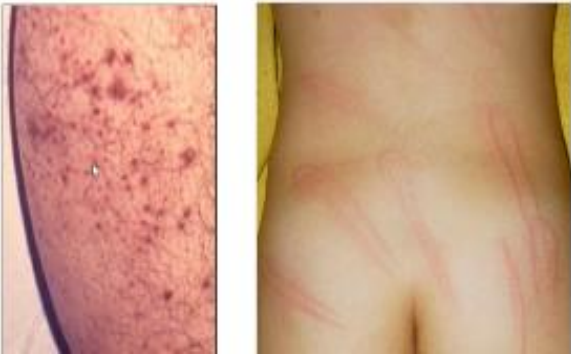


Imagem 01 – equimose em grãos – Sugilações e os pontos pequenos = “Petéquias”

Imagem 02 – equimose em estrias paralelas = “Víbices”

Observação - imagem 02 – instrumentos cilíndricos de superfície plana nos sugerem víbices.

Exemplo: cassetetes, bengalas, cabo de vassoura. E isso ocorre porque o sangue não extravasa na área central, mas sim nas áreas laterais.

Notem que mencionamos instrumentos cilíndricos “planos”. Muitas provas podem colocar que as víbices são lesões em estrias paralelas causadas por instrumentos **cilindros de superfície plana.**

Atenção!!

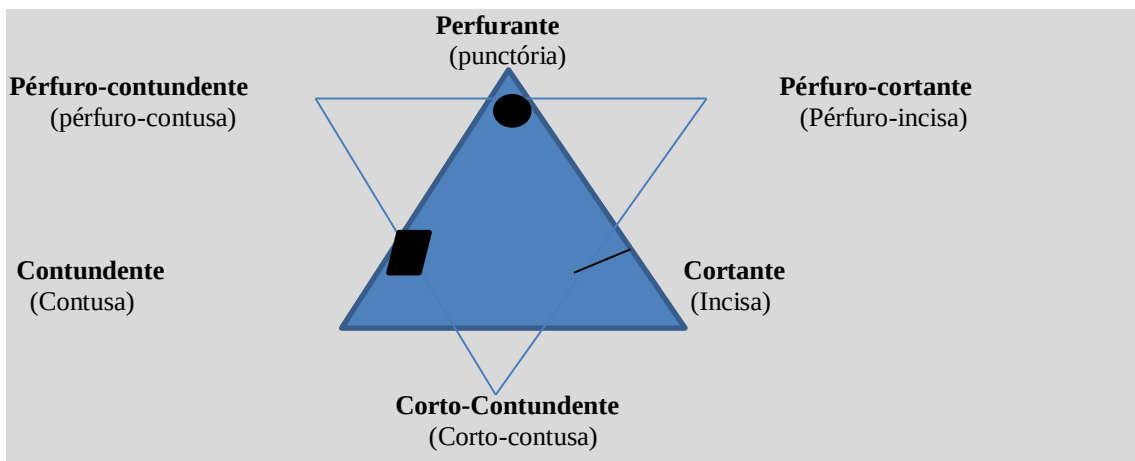
O candidato muitas vezes não consegue assimilar a ideia de que um objeto pode ser cilíndrico e ao mesmo tempo possuir superfície plana, com isso, acaba considerando como errada a alternativa com esse tipo de teor. Porém, **advertimos que as lesões contundentes são em plano.**

Relembrando características....

- Ação Perfurante – ponto;
- Ação Cortante – linear, em linha;
- Ação Contundente – plano

Relembrando o quadro gráfico....

Classificação dos modos de ação de instrumentos mecânicos



Diante do esquema gráfico apresentado temos:

Em **negrito**: nome da AÇÃO/MEIO DE INSTRUMENTO
Entre (**parêntese**): nome da LESÃO



Ainda sobre as **Equimoses** devemos destacar o **Espectro Equimótico de Legrand du Saulle** (que nada mais é que a evolução de equimoses em decorrência do tempo levando em consideração sua coloração)

COR	EVOLUÇÃO
VERMELHA	1º dia
VIOLÁCEA	2º ao 3º dia
AZULADA	4º ao 6º dia
ESVERDEADA	7º a 10º dia
AMARELADA	12 dias
DESAPARECIMENTO	15 dias

Nas **provas** o tema sobre a evolução das equimoses poderá aparecer dentro dos seguintes questionamentos:

- ✓ **Para que serve o Espectro Equimótico de Legrand du Saulle?**

Para avaliar a evolução da temporal de uma equimose.

- ✓ **Os dias e a coloração de cada equimose.**

Datas contidas no quadro acima

47

Por que ocorre essa alteração de cores?

A mudança ocorre porque na equimose temos o rompimento dos vasos sanguíneos, com isso o sangue “vaza” pelas malha da pele, e perde a oxigenação (perde o contato com o oxigênio), na sequência temos o que chamamos de “degradação da hemoglobina”.

Hemoglobinas (ligação com glóbulos vermelhos - hemácias) – são molécula presentes no sangue encarregadas de levar o oxigênio para todo corpo.

Quando a hemoglobina está ligada ao oxigênio ela não degrada, permanecendo estável, noutro giro, quando extravasa em decorrência de lesão, por exemplo, perde essa ligação com o oxigênio – nesses casos ela não está mais circulando (está parada). Ocorrendo a ausência de oxigenação ela vai gerando substâncias que alteram sua coloração, alterando consequentemente a coloração da lesão, ou seja, da equimose.

- ✓ **Qual é a equimose que esse fenômeno não acontece?**
- ✓ **Qual a equimose que não segue esse espectro?**

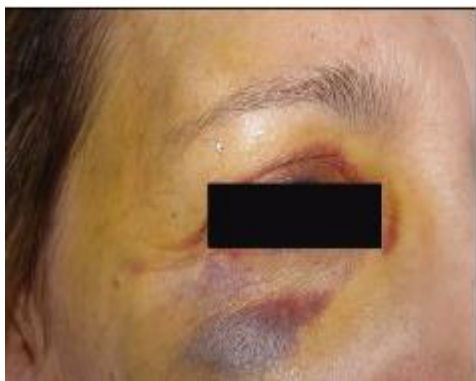
A equimose que não apresenta o mesmo fenômeno mencionado acima e não segue, portanto o Espectro de Legrand du Salle, é a Equimose Conjuntival.



Equimose Conjuntiva

Conjuntiva: Conjuntiva é a membrana que reveste o olho.

A equimose da conjuntiva não segue o espectro **Equimótico de Legrand du Saulle**, porque as lesões que ocorrem na membrana do olho, ficam vermelhas do começo ao fim – não temos evolução e alteração de cor como as demais equimoses. Isso ocorre porque a membrana que reveste o olho é muito fina (quase porosa), sendo assim, a hemoglobina presente no local estará sempre em contato com o ar, não havendo a perda de oxigênio, conseqüentemente não há degradação.



Equimose conjuntival não segue o espectro!!!!

Imagem 01 - Equimose de coloração predominantemente amarelada.

Caso a mulher da imagem afirmar que tenha sido vítima de agressões há aproximadamente 02 dias, estaria o fato compatível com a evolução das equimoses?

Em verdade não, isso porque as equimoses de tons amarelados tem cerca de 12 dias.

Muitos ainda poderiam alegar que sim, porque há regiões que

ainda estão escuras, contudo, tais considerações não podem ser levadas em conta vez que as equimoses são reabsorvidas das extremidades para o centro, sendo assim a região central das lesões são as ultimas a serem reabsorvidas. (Dica para analisar lesões - sempre levar em consideração a parte mais antiga da equimose).

Imagem 02 - A equimose da pele segue o espectro **Equimótico de Legrand du Saulle**, porém a equimose conjuntival não seguirá o espectro, sendo assim a coloração do olho permanecerá vermelha do início ao fim já que não temos a degradação da hemoglobina.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:

A equimose conjuntival não segue o espectro equimótico de Legrand du Saulle, por não haver degradação da hemoglobina.

CORRETA.

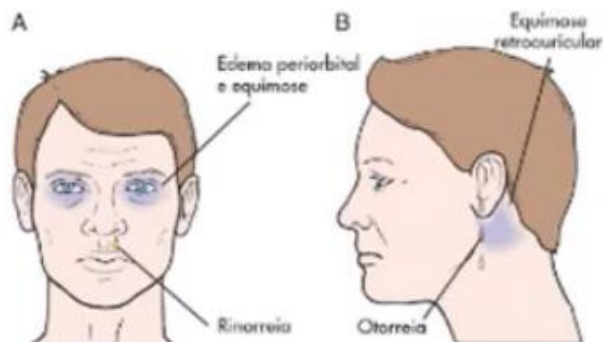
Equimose Bipalpebral bilateral – “Sinal de Guaxinim”



Também conhecida como “Sinal de Guaxinim”. A Equimose Bipalpebral Bilateral, é a equimose das duas pálpebras, superior e inferior dos dois lados.



Equimose retroauricular



Equimose localizada atrás da orelha.

Vejam então que temos 02 sinais importantes dentro do tópico “Equimoses”: o Sinal de Guaxinim -imagem A, e o outro o Sinal de Battle (ou Sinal da Batalha) – imagem B, que é a equimose auricular (atrás da orelha).

Ambos sinais significam uma lesão: Traumatismo Cranioencefálico – TCE com fratura da base do crânio.

Nas situações acima ocorre também (conjuntamente com o Sinal do Guaxinim e Sinal de Battle) 02 quadros interessantes, chamamos de **Otorreia e Rinorreia**.

- **Otorreia** – saída de secreção pelo ouvido;
- **Rinorreia** – saída de secreção pelo nariz;

Obs: muito importante salientar que a substância que sai pelo nariz e ouvido, não é uma substância qualquer, mas sim o líquido que estava dentro do crânio (líquor/líquido cefalorraquidiano). Isso ocorre porque com a fratura do crânio o líquido contido dentro “vaza”.

Nesse sentido, quando presentes todos esses quadros de lesões, somado a saída de líquido (cefalorraquidiano) seja pelos ouvidos ou nariz, estaremos diante de Traumatismo Cranioencefálico, também conhecido como TCE. 49

▪ Hematomas (e Bossas)

Diferentemente da Equimose no Hematoma não temos essa difusão de sangue nas malhas dos tecidos, vez que aquele fica coletado em uma cavidade. Com isso teremos no hematoma a presença de uma cavidade chamada “cavidade sanguínea”, nela o sangue do hematoma não difunde, ficam mais centralizado.

Se a cavidade sanguínea for sobre uma superfície óssea (geralmente no couro cabeludo) a lesão será chamada de bossa (galo). A bossa é uma coleção de sangue acima do osso, fazendo com projeção na pele – a projeção ocorre porque o sangue não consegue espaço em decorrência de camada óssea.

▪ Fratura, Luxações e Entorses

Ambas as lesões (Luxação e Entorse) são lesões nas articulações.

Luxação: lesão na articulação, com a perda de contato de 02 superfícies ósseas. Nos casos de luxação a amplitude do movimento é tão grande que os ossos perdem o contato entre si.

Entorse: lesão na articulação, restrita aos ligamentos.



Fratura: quebra do osso.

- **Rotura de vísceras internas**
- **Lesões por queda de altura**

Ferida Cutânea Contusa

Ferida causada na pele produzida por vários mecanismos:

- ✓ **Pressão**
- ✓ **Compressão**
- ✓ **Percussão**
- ✓ **Arrastamento**
- ✓ **Explosão**
- ✓ **Tração dos tecidos**

O ponto mais cobrados em provas sobre essas lesões são suas características:

- **Forma estrelada**; bordas irregulares, escoriadas e equimосadas; fundo e vertentes (paredes) irregulares; presença de pontes de tecido íntegro ligando as vertentes (paredes); pouco sangramento por causa da hemostasia traumática; integridade de vasos (ou esmagados), nervos e tendões no fundo da ferida.



Imagem 01 – esmagamento – ferida contusa – não tem sangramento, porque os vasos estão esmagados.

Imagem 02 – anel apertado – ferida contusa - desenlucamento – lesão por cisalhamento.

Lesão por cisalhamento – é uma lesão em que há forças contrárias atuando sobre o mesmo ponto. Típica lesão por cisalhamento é o desenlucamento.



Imagem 03 – Observe que temos pontes de tecido íntegro ligando as vertentes (paredes). Esse tipo de situação é uma característica típica da ação contundente pura.

Quando há uma lesão mista, por exemplo, cortante e contusa, teremos devido à ação cortante o rompimento total dos tecidos e, é justamente por esse motivo que quando estivermos diante de lesão que possui tecido íntegro, teremos uma ação contundente pura. Com isso a ponte de tecido íntegro diferencia essa ação de uma ferida incisa ou corto contusa.

DICA DE PROVA – Muito comum ser cobrado em provas às características que diferenciam uma FERIDA INCISA de uma FERIDA CONTUSA.



Quando falarmos em **ferida incisa** vamos pensar/lembrar do bisturi: borda lisa, predomínio do comprimento sobre a profundidade, pele ao redor é normal, presença de cauda de escoriação, hemorragia abundante devido ao rompimento dos vasos.

Já na **ferida contusa** temos as **características opostas a ferida incisa**: pele esmagada, formato irregular, bordas equimoadas, bordas escoriadas e, uma das características mais importantes hemostasia traumática (os vasos sanguíneos são esmagados).

Lesões produzidas por Ação Mista

✓ **Pérfuro-cortante**

- Mecanismo misto – instrumento de ponta (perfura) e gume (corta).
- Costumam ser graves, especialmente as que atingem a cavidade abdominal.
- Causa jurídica mais comum é o homicídio.

Por que costumam ser graves?

Porque ao mesmo tempo em que cortam (há grande quantidade de sangramento) perfura (ação perfurante atingindo a profundidade).

Lesões típicas são chamadas de lesões de defesa

Na tentativa de se defender a vítima quase sempre leva as mãos e braços ao rosto ou viram de costa. Sendo assim, as lesões geralmente são nas palmas das mãos, no antebraço e costa.



Imagem 01 – podemos ver que o corte foi profundo em decorrência da pressão, força.

Imagem 02 – típica reação de defesa - posicionamento clássico dos membros superiores.

A lesão mista a mistura das características da ação perfurante com as da incisa, tornando a lesão grave.

✓ **Corto - contusa**

Corto-contundente? Existe essa lesão para a Medicina Legal?

NÃO! O que temos são lesões chamadas CORTO-CONTUSAS

DICA DE PROVA

São lesões Corto-contusas (muito cuidado porque o examinador gosta de confundir com essa troca de nomes – CESPE/CEBRASPE principalmente – bancas técnicas adoram essa nomenclatura – fizeram recentemente essa troca na última prova de Delegado de Polícia do Maranhão).



“Lesões corto-contusas: produzidas por instrumentos que, mesmo sendo portadores de gume, são influenciados pela ação contundente, quer pelo seu próprio peso, quer pela força ativa de quem os maneja”.
(França).

Principais exemplos de instrumentos que podem atuar causando lesões corto-contusas:

- **Foice**
- **Facão**
- **Machado**

São instrumentos que mesmo sendo cortantes pela força imprimida ou pelo próprio peso irão contundir. Possuem corte, mas são influenciadas pela força de quem maneja, ou pelo peso do instrumento.

Como essas lesões irão agir?

Tais lesões agirão por deslizamento porque tem corte, mas também por pressão porque tem força (Ação contundente e Ação cortante).

Tais lesões terão cauda de escoriação?

Não. Porque a cauda de escoriação é ação linear deslizante pura. Com isso temos que a cauda de escoriação servirá para diferenciar a ferida incisa pura de uma ferida por mecanismo corto-contundente

Observação: Pronúncia e escrita: veja que aqui falamos em mecanismo, então a expressão usada foi “corto-contundente”, se estivéssemos nos referindo à ferida/lesão seria Corto-contusa.

Essas lesões terão pontes de tecido íntegro ligando as vertentes (paredes)?

Não. Pontes de tecido íntegro ligando as vertentes ocorrem somente em lesão contusa pura (esmagamento). Havendo a ação de corte, podemos excluir a existência de pontes de tecido íntegro – muito difícil ocorrer.

DICA DE PROVA – Existe uma lesão clássica que sempre aparece como exemplo nas provas de ação corto-contundente, exemplo de lesão corto-contusa (vejam novamente a diferença das expressões) que são as mordeduras humanas.

Uma ação por mordida (mordedura) causada por nossos dentes pode cortar (em sentido linear) ou também pode contundir (no caso de pressão). Sendo assim a mordedura é uma lesão corto-contusa causada por ação cortante e contundente.

Mordida

- **Lesão: corto-contusa**
- **Ação: corto-contundente**



✓ Pérfuro-contundente

Exemplo clássico: projétil de arma de fogo.

- **Lesões por arma de fogo**

Lesão tipicamente classificada como perfuro-contusa.

São lesões causadas por projéteis de arma de fogo - PAF.

Banca geralmente irá cobrar 03 pontos principais nos ferimentos por arma de fogo:

1. **Diferenciar ferimentos de entrada e de saída;**
2. **Diferenciar trajeto e trajetória**
3. **Aferir provável distância do disparo**

Diferenciação de Trajeto e Trajetória

- **Trajeto:** caminho percorrido pelo PAF – projétil de arma de fogo no interior do corpo.

No trajeto estão as lesões internas e este compreende o espaço entre o orifício de entrada e o orifício de saída (OE-OS).

Caso o projétil não tenha orifício de saída, devido estar alojado dentro do corpo, o trajeto será do orifício de entrada até o local onde projétil se encontrar.

- **Trajétória:** caminho percorrido pelo projétil desde a saída da boca do cano da arma de fogo até: 53
02 correntes. Atenção que temos divergência nesse ponto entre autores e profissionais da área:

- alguns dizem ser: da saída da boca do cano da arma até a sua parada final;

- outros dizem ser: da saída da boca do cano da arma até o encontro o anteparo, corpo, alvo;

Observem então que para os autores que defendem que a trajetória é da saída da boca do cano da arma até a sua parada final, podemos incluir na trajetória o trajeto.

Não obstante a divergência existente entre os autores sobre o caminho exato da trajetória do projétil de arma de fogo podemos considerar que o trajeto é predominantemente interno, e trajetória é externa.

Importância da diferenciação entre Trajetória e Trajeto para fins de Exame e Perícias

- Como o **Trajeto é interno**, estando presente dentro de um cadáver/corpo, é aferido pelo **Médico Legista, no momento da necropsia.**
- **Trajétória por ser externa**, é situação que envolve balística externa, sendo realizada por **Perito Criminal em Balística.**

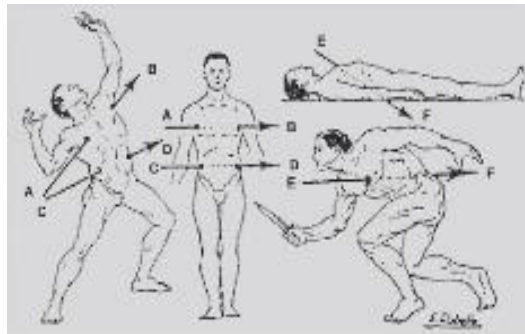
DICA DE PROVA – Lembrando que trajeto é caminho interno e que compreende do Orifício de Entrada ao Orifício de Saída, temos uma questão importante com relação a este.



A Banca Examinadora poderá fazer a seguinte afirmação: “O Trajeto do projétil fornece um sinal de certeza da posição do agressor em relação à vítima”.

ERRADA O trajeto não fornece certeza, mas tão somente indícios da posição do agressor em relação à vítima.

Vejamos porque essa afirmação é falsa.



Ao analisar a imagem da **1ª pessoa** temos:

Projétil que entrou pelo orifício A e saiu pelo orifício B.

Projétil que entrou pelo orifício C e saiu pelo orifício D.

Comparando a **2ª pessoa** com a **1ª**, temos que o trajeto é o mesmo, mas a posição da vítima é diferente e, certamente a posição do agressor também.

Já na **3ª pessoa**, ou seja, onde temos a vítima deitada (trajeto E –F), o projétil entrou pelo tórax e saiu no dorso. A vítima estava deitada o agressor estava de pé atirando de cima.

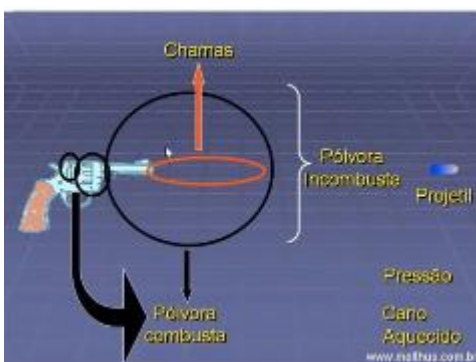
Já no **trajeto E-F**, presente na **4ª figura** é o mesmo da 3ª figura E-F.

Sendo assim temos que as lesões que o médico Legista irá encontrar são as mesmas e nos mesmos lugares, todavia a vítima estava em posição diferente (certamente o agressor também poderia estar).

Com isso concluímos que podemos ter o mesmo trajeto em diferentes posições. E, conseqüentemente se a Banca Examinadora disser que o trajeto fornece sinais de certeza sobre a posição do agressor em relação à vítima devemos considerar essa afirmativa como ERRADA.

Disparo de Arma de Fogo

Diferenciação: Ferimento de entrada x Ferimento de saída de projétil de Arma de Fogo



Observe que quando se deflagra (atira, dispara) uma arma teremos a expulsão do projétil, contudo este não será o único expelido na deflagração de arma de fogo.

Além do projétil, teremos expelido: chamas, calor, pressão, fragmentos de pólvora que não sofreram combustão e, fragmento de pólvora que teve combustão e virou fuligem.



Ressalta-se que as lesões mais cobradas nas provas de Delegado de Polícia são as causadas por arma de fogo de projéteis únicos, como os revólveres e pistolas.

Na arma de fogo de projétil único - como revólveres - na parte interna do cano, temos o que chamamos de “alma”, e essa “alma do cano” é raiada (possui raias/marcas, desenhadas, em sentido helicoidal), que imprimem no projétil um movimento de rotação sobre seu próprio eixo quando ele sai.

Numa arma de fogo raiada, temos uma munição de projétil único. (os projéteis mais comuns são os ogivais, com formato de ogiva). Sendo assim, essas raias funcionam como se fossem a impressão digital da arma - elas não se repetem. Por ele fazer esse movimento de rotação (normalmente um projétil tem um calibre – diâmetro – um pouquinho maior que o calibre do cano para ter pressão), o projétil sai com micro deformações que ajudarão a identificar de qual arma de fogo esse projétil saiu.

Vale lembrar que o projétil ao sair do cano da arma - no movimento de rotação e em decorrência dos fatores acima mencionados - ao entrar em contato com o anteparo, irá perfura-lo e nele penetrar ainda desempenhando sentido de rotação, ou seja, a penetração do projétil no alvo será em movimento rotacional.

Quando temos uma arma deflagrada, o projétil sai e com ele também como já mencionado: calor, pressão, chama, gases, etc. Com isso, a depender do tipo de pólvora, da idade do projétil e de uma outras séries de situações, uma parte dessa pólvora pode não queimar completamente. Seguindo a lógica teremos grãos de pólvora que não sofrerão queima, ou seja, teremos no local a presença de pólvora incombusta. Já a pólvora que sofreu queima terá virado sujeira, fuligem.

- **Pólvora que sofre combustão** – fuligem, sujeira.
- **Pólvora que não sofre combustão** – pólvora incombusta.

Nessa linha de raciocínio, se deflagrarmos uma arma de fogo a determinada distância, o projétil irá atingir a pessoa, a fuligem irá se dissipar no meio, os grãos de pólvora que não sofreram combustão cairão no chão, e o calor não irá atingir a pessoa.

Noutro giro, se o disparo de arma de fogo, for realizado muito próximo da pessoa, a fuligem irá atingi-la, o calor também, assim como os grãos de pólvora que não sofreram combustão e os gases.

Efeitos Primários e Secundários do disparo de arma de fogo

Visto isto, podemos dizer que temos os efeitos primários de um disparo são os efeitos causados pelo projétil em si. (efeitos primários são causados, portanto, somente pelo projétil).

Os efeitos secundários por sua vez, são chamados de Residuograma.

Quais são os resíduos da combustão da pólvora?

Fuligem, gases, pólvora que não sofreu queima, calor, chama, coluna de pressão de gás.



Observação – Projéteis causam lesões de efeito primário.

Todavia, só conseguimos definir a distância do disparo pela análise dos efeitos secundários.

São, portanto, os efeitos secundários que nos permite aferir a distancia de um disparo!!!

Residuograma (efeito secundário) - são aquelas lesões causadas por outros elementos do disparo que não o projétil.

Mais uma vez alertamos !

O projétil é o efeito primário = principal.

Outros elementos que atingirem a pele e estiverem próximos da vítima/anteparo, irão causar lesões que estarão contidas nos chamados efeitos secundários = Residuograma.

Se os elementos mencionados estiverem presentes conseguimos aferir a distância, caso contrário a identificação fica mais complicada.

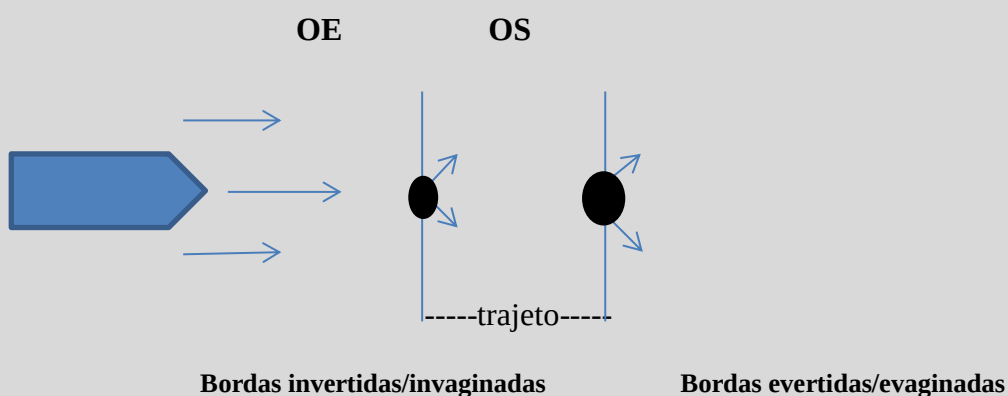
Ferimentos de Entrada

Normalmente regulares, com bordas invertidas, invaginadas, ao contrário dos ferimentos de saída – indicação de possível trajeto.

Exemplificação: efeito primário – próprio projétil – projétil expelido encontra com o corpo/anteparo, termina sua trajetória (para alguns autores). O projétil ‘quente’ com a borda ogival e em movimento de rotação (em decorrência das raia) irá encontrar a pele, rodar sobre ela, colar e entrar na pele. Ao fazer esse movimento de rotação quente sobre a pele, o projétil empurra a pele para dentro.

56

Gráfico (Regra)



Regra:

Com isso temos que o **orifício de entrada (OE)** normalmente é um orifício regular com **bordas voltadas para dentro – borda invertida ou invaginada**. Ressalta-se que, se esse mesmo projétil dentro do corpo da vítima encontra algum osso, e o atinge, ele muda de sentido, porque devido à rotação ao chocar-se com elemento sólido sai de seu eixo, e com isso toma direção diversa da que entrou no corpo. Consequentemente, no **orifício de saída**



(OS) teremos uma lesão mais grave (estrago maior) que o da entrada, o orifício será de maiores proporções e terá suas bordas voltadas para fora. As **bordas voltadas para fora**, são chamadas de **evertidas ou evaginadas**.

Exceção: (tiro encostado em região que recobre tábua óssea)

Como toda regra, comporta uma exceção, teremos uma situação em que a essa regra acima apresentada sobre os Orifícios de Entrada e Saída não estarão presentes.

Quando o disparo de arma de fogo ocorrer como “tiro encostado” em regiões onde tem “tábua – lâmina óssea” as características dos orifícios de entrada e saída serão diferentes.

Ferimento de Entrada

(Características de entrada são os que aferem a distância do disparo de arma de fogo).

- Tiro encostado

- Tiro a curta distância e a “queima roupa” (como se fosse dentro do “curta distância”, mas com uma distância ainda mais curta, muito próximo da pele).

- Tiro a distância

Ferimento de saída

Características dos ferimentos de saída:

- Forma irregular;
- Bordas reviradas para fora: evertidas/evaginadas;
- Diâmetro maior que o do orifício de entrada;
- Maior sangramento;
- Não tem halo de enxugo nem orla de escoriação; (enxugo e escoriação = sinais indiscutíveis de entrada).
- Não apresentam os efeitos secundários (Residuograma), porque o que está causando o ferimento de saída é somente o projétil (não temos os outros elementos: fuligem, pressão, pólvora, etc.).

Análises de imagens de Orifícios de Entrada e Saída características na “Pele”.



Imagem 01 – vários ferimentos com orifícios redondos regulares, menores, com as bordas voltadas para dentro. (orifícios de entrada)

Imagem 02 – vários ferimentos maiores, irregulares, mais sangrentas, com maior destruição e com bordas voltadas para fora. (orifícios de saída)



Como vimos nas imagens temos características de orifícios de entrada e saída na pele. Quando estivermos diante de um cadáver com estado avançado de putrefação, muitas vezes teremos somente os ossos.

Nestes casos como identificar os orifícios de entrada e de saída?

Em ossos achatados (como os do crânio), existe um sinal (muito cobrado em prova) para diferenciarmos os orifícios de entrada e de saída. Tal sinal é conhecido como: “Sinal de Funil de Bonnet” ou do “Cone Truncado de Pousld”.

“Sinal de Funil de Bonnet ou do Cone Truncado de Pousld”.

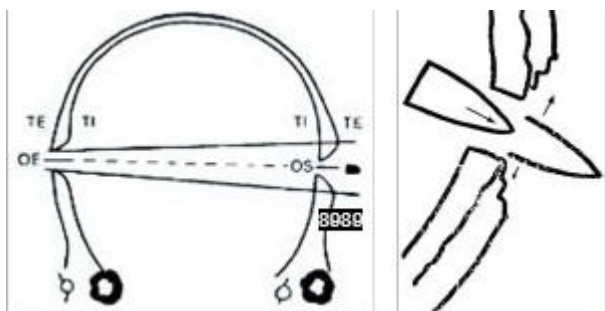


Imagem 01 – osso do crânio com orifício de entrada e saída.

Imagem 02 - Observem que no osso do crânio possuímos 02 lâminas ósseas.

Para que possamos entender o caminho percorrido pelo projétil quando este entra em contato com uma estrutura óssea plana, devemos fazer uma ligação com o movimento feito por uma furadeira numa parede. Explicamos:

Quando posicionamos uma furadeira em parede de concreto para a realização de um furo, precisamos estar atentos e com as mãos firmes, vez que, ao primeiro descuido ou distração a furadeira que esta trabalhando com a broca em sentido de rotação contra o sólido, pode desviar e tomar sentido diverso.

O mesmo ocorre com o contato do projétil nas lâminas ósseas. O primeiro contato do projétil com o osso é estável, formando um orifício pequeno e regular, todavia, no momento em que projétil passa para a segunda tábua óssea, em decorrência da diferença de pressão entre as duas tábuas, temos um estrago maior na segunda.

Sendo assim, com um orifício de entrada menor e um orifício de saída, teremos formando entre as tábuas ósseas o formato de um cone, por isso as nomenclaturas: “Sinal de Funil de Bonnet ou do Cone Truncado de Pousld”.

No tocante a saída do projétil da cabeça da vítima, ou seja, nas outras tábuas ósseas, ocorrerá a mesma coisa. Após passar pelas tábuas ósseas de um lado, atravessar a cabeça (cérebro) encontrará as outras tábuas (lâminas ósseas) perfurando a primeira de forma mais estável e, causando maior dano na segunda em decorrência da instabilidade causada pela diferença de pressão entre elas. Com isso teremos novamente a presença do formato de um cone. (Sinal de Funil de Bonnet ou do Cone Truncado de Pousld).



Para memorização:

Se a base do funil/cone estiver voltada para dentro – projétil entrando – OE – Orifício de Entrada

Se a base do funil/cone estiver voltada para fora - projétil saindo – OS – Orifício de Saída

DICA DE PROVA – As questões geralmente cobram:

Ferimentos no plano ósseo - Sinal do funil de Bonnet - serve para diferenciar orifício de entrada e saída de projétil de arma de fogo.

▪ Ferimento de entrada:

Lâmina externa: ferimento arredondado e regular;

Lâmina interna: ferimento irregular, maior que o da lâmina externa, com bisel interno (parede interna) bem definido, em forma de cone com a base voltada para dentro.

▪ Ferimento de saída:

Exatamente o inverso, cone com a base voltada para fora.

Ferimento de projétil de arma de fogo – Ferimentos em vísceras: entrada e saída

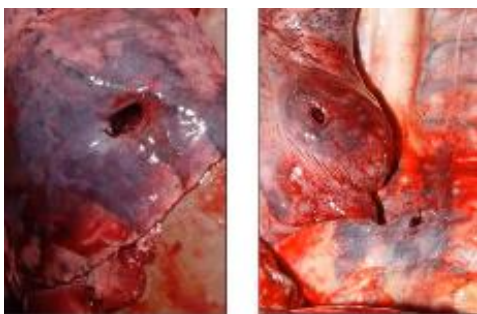


Imagem 01 e 02: ferimento de projétil de arma de fogo no pulmão. Os ferimentos provocados por projéteis de arma de fogo (entrada e saída) também podem ocorrer nos órgãos. Observem que a imagem um orifício em um pulmão, ao redor deste orifício temos uma região mais escura: trata-se de uma área hemorrágica. - “Halo Hemorrágico visceral de Bonnet”.

Orifícios de entrada e saída de órgãos

Muito CUIDADO com esse tema, existe divergência doutrinária.

Muitos autores dizem que há hemorragia ao redor do ferimento dos órgãos tanto na entrada quanto na saída.

Genival Veloso de França discorda.

Para Genival essa hemorragia (Halo Hemorrágico visceral de Bonnet) ocorre/aparece somente na entrada.

DICA DE PROVA - Em Bancas Examinadoras que adotarem o livro de Genival Veloso de França (expressamente) o Halo Hemorrágico visceral serve para diferenciar orifício de entrada e saída de projétil de arma de fogo em órgãos.

A doutrina majoritária entende que não. Para a maioria dos autores o Halo visceral aparece tanto os orifícios de entrada como nos de saída dos órgãos atingidos por projétil de arma de fogo.

- **Banca que adota Genival** – Halo Hemorrágico serve para diferenciar OE de OS.

- **Demais Bancas** – Halo Hemorrágico aparece/ocorre em ambos os orifícios OE e OS.



Tiros oblíquos e tangenciais

ATENÇÃO! Todos os exemplos que foram dados até o presente momento, levou em consideração o disparo realizado em sentido perpendicular, ou seja, com um ângulo de 90 graus, em relação a pele ou osso.

Todavia, não obstante a existência de disparos perpendiculares, podemos também ter a existência de disparos tangenciais ou oblíquos conhecidos como “tiro de raspão”.

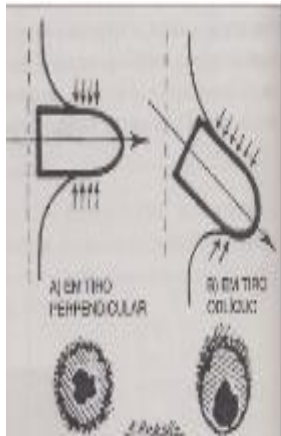


Imagem 01 – Gráfico diferenciando disparo perpendicular de disparo tangencial ou oblíquo.

-Tiro perpendicular: Orla e Halo (sinais que ficam na pele) são concêntricos (em torno do mesmo centro)

-Tiro Oblíquo: Orla e Halo (sinais que ficam na pele) são excêntricos (não estando certinho em torno do centro)

Imagem 02 – Lesão causada por disparo de arma de fogo oblíquo ou tangencial.

Observe que se não falássemos que se tratava de lesão causada por disparo de arma de fogo, poderíamos interpretar como lesão causada por qualquer outro tipo de instrumento, vez que não temos nesse caso a presença mecanismo perfurante, temos somente uma lesão contusa. (o tiro atingiu de raspão o alvo)

Existe ainda uma informação a ser considerada sobre os disparos oblíquos ou tangenciais, a ocorrência de lesões chamadas: Lesão de Sedenho:

Tiros Tangenciais - Lesões de Sedenho

Lesões que aparecem em disparo oblíquo, que tem uma entrada e uma saída, mas superficial sem penetrar a cavidade.

DICA DE PROVA – As Bancas costumam afirmar que nos disparos tangenciais há um predomínio da ação contundente sem ação perfurante.

CORRETA. Tendo em vista o sentido e direção do projétil, ele ‘raspa’ sobre a pele sem perfurar.

Disparo de arma de projéteis múltiplos



Sobre o tema, é importante registrarmos que existem munições de projéteis múltiplos. Trata-se de munições que quando são disparadas, elas se abrem. Apresentam como característica a expulsão de vários ‘chumbinho, que se denominam ‘Balins’.



Consequentemente, com o disparo e a dispersão de vários desses balins, teremos lesão com múltiplos orifícios.

Para a Medicina Legal esses múltiplos orifícios são conhecidos como **“Rosa do Tiro”**.

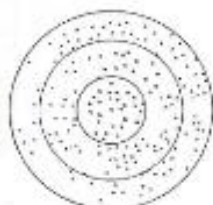
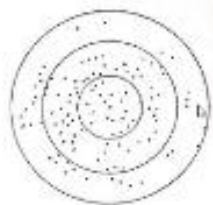


Figura 40. Alvo de tiro disparado a 15m de distância com uma de cada calibre 16, caso liso: 131 golpes de chumbo no alvo em um círculo de 0,75m de diâmetro.

Figura 41. Alvo de tiro disparado a 15m de distância através de uma chiboladora da arma anterior: 187 golpes de chumbo no alvo em um círculo de 0,75m de diâmetro.

a distância do tiro/ disparo.

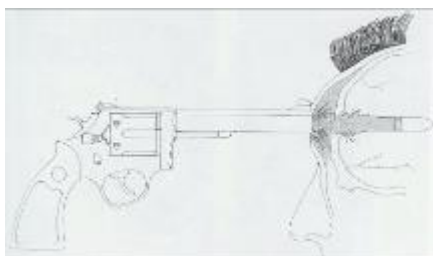
É importante mencionar que a dispersão desses Balins determina

Tiro/Disparo Próximo – lesões mais próximas uma das outras;

Tiro/Disparo Distante – lesões mais afastadas uma das outras.

Distâncias dos tiros:

✓ **Tiro Encostado:** ocorre geralmente em região com presença de tábua óssea.



Exemplo: Tiro encostado na cabeça. Projétil vai perfurar o osso. Porém, gases não perfuram osso; resto de pólvora não perfura osso, fuligem não perfura osso. Nessa sequência lógica temos que o projétil vai perfurar o osso e entrar, mas os gases irão penetrar na pele, bater no osso, encontrar resistência e voltar. Quando os gases fazem esse movimento de ‘voltar, causam uma lesão na pele, com aspecto explosivo que mais parece uma lesão de saída do que uma lesão de entrada.

Características da lesão

- Forma irregular, denteada ou com entalhes;
- Gases da explosão penetram no ferimento e refluem ao encontrar resistência no osso Câmara de mina de Hoffmann ou Golpe de Mina ou ainda Cratera de Mina.



Percebam que na imagem temos a visualização de um pedaço do crânio, o que indica que apesar da lesão se parecer com uma lesão de saída, em virtude do osso, podemos verificar que se trata de um disparo com o cano da arma encostado na pele com osso por baixo. Temos também uma mancha preta ao redor do orifício de entrada que contém fuligem e é conhecido como Sinal de Benassi.

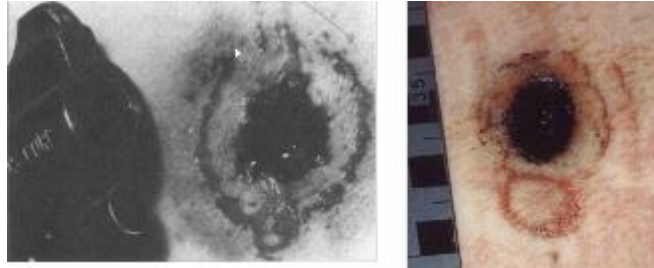
Na imagem acima temos as seguintes características:

- ✓ - Sinal de Werkgaertner;
- ✓ - Sinal de Benassi;
- ✓ - Sinal de Schusskanol;

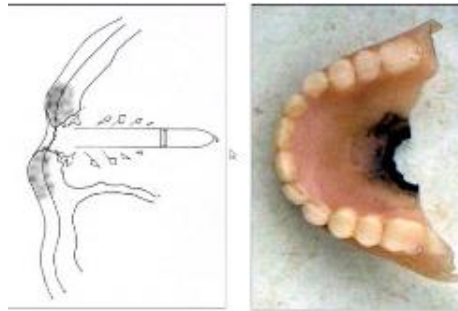


DICA DE PROVA São sinais muito cobrados em provas, porque demonstram situações de lesões de entrada que são excepcionais, ou seja, diferentes das normais/comuns. São sinais que se diferem da regra.

- **Sinal de Werkgaertner:** desenho da boca do cano da arma na pele por sua ação contundente e pelo calor.



- **Sinal de Benassi:** esfumaçamento da lâmina externa do osso.



- **Sinal de Schusskanol:** esfumaçamento do conduto, do túnel no osso.

Divergência entre doutrinadores sobre Sinal de Werkgaertner

CUIDADO ! Alguns livros trazem o seguinte:

- Sinal de Werkgaertner acontece em lugar de tiro com cano encostado em região que não tem osso por baixo. SE, aparecer assim na prova, e for a única alternativa mais lógica, assinalar como correta, porque há doutrinadores que assim entendem.

✓ Tiro à Curta Distância

- Forma arredondada ou ovalada;
- Bordas voltadas para dentro, invertidas;
- Há efeitos secundários – Residuograma, em decorrência da distância curta;
- Formam-se halos, orlas ou zona;



Tiro a curtíssima distância – Queima Roupa

- Queima-roupa – zonas de compressão de gases; ação do calor e da elevada temperatura dos gases. Queima-roupa é, portanto, um orifício de entrada a uma distância muito curta. Todavia, essas distâncias são variáveis no meio doutrinário.

Alguns doutrinadores apontam como à queima-roupa - de 03 a 05 cm de distância.

Genival Veloso de França aceita até 10 cm de distância da pele;

Observações sobre o tiro a queima-roupa

Sobre os disparos a “queima-roupa” temos algumas observações:

Os gases não penetram na pele, porque não estão encostados;

Os gases somente atingem a pele e podem formar:

- a) a chamada zona de compressão de gases que é temporária;
- b) cretação (crestar) dos pelos da pele, ficam duros, queimados, quebradiços pela ação do calor.
- c) Orla ou zona de queimadura;

Obs: tais sinais não aparecem nos tiros de curta distância, somente nos à queima-roupa (aqueles bem próximos).

53

Ferimentos de entrada em tiro de curta distância:

- **Halo de enxugo ou orla de Chavigny**
- **Zona de tatuagem**
- **Zona de esfumaçamento ou tisonado**
- **Aréola equimótica**
- **Orla de escoriação ou contusão**

Atenção

Sinal de Romanesi – SAÍDA ! Não confundir com Orla de Escoriação que é na entrada.

▪ Halo de enxugo ou orla de Chavigny

O próprio nome já diz: o projeto vai se enxugando na pele conforme vai penetrando. O projétil ao passar pelos tecidos da pele limpa suas impurezas, por esse motivo a tonalidade do halo é enegrecida. O halo de enxugo também é conhecido como Halo de limpeza.

▪ Zona de tatuagem

É a impregnação na pele de grãos de pólvora incombusta (que não sofreram combustão). Tais grãos irão impregnar na pele e ficar como se fosse uma tatuagem.



- **Zona de esfumaçamento ou tismado**

É a impregnação na pele dos grãos de pólvoras combusto (que sofreram combustão). São grãos de fuligem (pólvora queimada).

- **Aréola equimótica**

Zona de sangramento ao redor do orifício, em decorrência da ruptura de pequenos vasos sanguíneos.

- **Orla de escoriação ou contusão**

Zona com o arrancamento da epiderme pelo movimento de rotação do projétil.

Observações sobre Zona de Tatuagem, Zona de Esfumaçamento e Distância de tiros

Zona de Tatuagem e Zona de Esfumaçamento são **EFEITOS SECUNDÁRIOS**, isto porque não são causados pelo projétil mais sim pela pólvora e fuligem respectivamente. Além disso, para a maioria dos autores quando disparo ocorrer a uma distância acima de 80 cm não se encontra mais tais sinais (tatuagem e esfumaçamento). E acima de 80 cm também não se considera mais curta distância e sim à distância.

Outro ponto importante a ser mencionado é que quando houver um anteparo antes do corpo da vítima, seja um travesseiro, seja roupa de inverno, ou outros obstáculos, o disparo mesmo ocorrendo a curta distância não deixará Zona de Tatuagem ou Zona de esfumaçamento - tais elementos ficarão no anteparo e não pele da vítima.

Em razão da ausência desses elementos – pela presença de anteparo – não raras vezes o corpo atingido terá seu orifício de entrada sem sinais indicativos de tiro a curtíssima ou curta distância. Com isso os peritos poderão interpretar que o disparo tenha ocorrido a distância e não a curta distância. Ficar atento a esses detalhes!!!

Resumindo:

Observação 1: Efeitos

- **Halo de enxugo ou orla de Chavigny** – efeito primário - não serve para medir distância;
- **Zona de tatuagem** – efeito secundário - serve para medir a distância
- **Zona de esfumaçamento ou tismado** - efeito secundário - serve para medir a distância
- **Aréola equimótica** - efeito primário - não serve para medir distância;
- **Orla de escoriação ou contusão** - efeito primário - não serve para medir distância;

Observação 2: Distâncias

- **Presente na curta distância**

Zona de tatuagem

Zona de esfumaçamento ou tismado

- **Presente na curta distância e à distância:**

Halo de enxugo ou orla de Chavigny/ Aréola equimótica/ Orla de escoriação ou contusão



Sinal de Romanesi

Cuidado! Mais uma vez advertimos o candidato a não confundir o Sinal de Romanesi com Orla de Escoriação.

DICA DE PROVA – Prova de Delegado do Estado de Goiás sempre cobra!

O sinal de Romanesi é uma escoriação, mas ele é uma ESCORIAÇÃO NA SAÍDA, e não de entrada. É uma lesão que aparece quando o orifício de saída está encostado em algum lugar, fazendo com que o projétil ao entrar em contato com uma resistência na saída faça escoriação no local.

Exemplo: Pessoa encostada na parede que recebe um disparo de arma de fogo. Sua lesão terá:

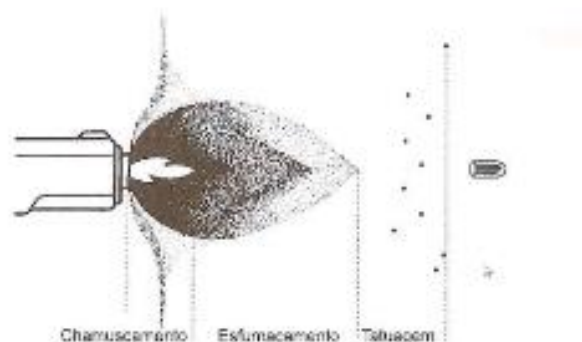
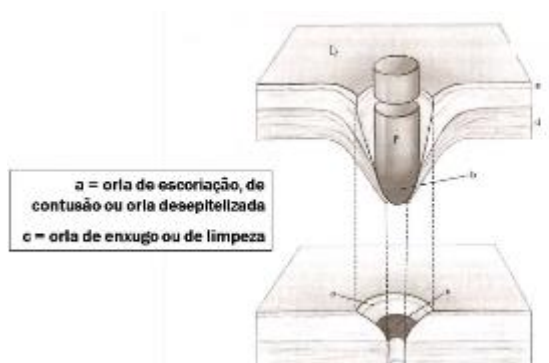
- Orla de escoriação ou Contusão na entrada – em decorrência do movimento de rotação do projétil contra a pele.

- Sinal de Romanesi na saída – em decorrência do movimento de rotação do projétil contra a pele e resistência de objeto atrás da pele na saída.

QUESTÃO DE PROVA – Banca Examinadora traz a seguinte afirmação:

“Sinal de Romanesi é uma escoriação causada no orifício de entrada.”

ERRADA. Orla de Escoriação ou Contusão é a escoriação causada no orifício de entrada, Sinal de Romanesi é escoriação causada no orifício de saída.



Análise de imagens



Imagem 01 – Zona de Tatuagem - Cada pontinho ao redor do orifício é um grão de pólvora incombusta (não queimaram) que ficou impregnado. Se passarmos os dedos em cima das marcas a impressão que teremos é que o local está cheio de areia.

Imagem 02 – Zona de Esfumaçamento – Falsa Tatuagem – Zona de Tisnado- ao redor do orifício de entrada temos uma área mais escura. Trata-se de fuligem e poeira que impregnaram na pele, são grãos de pólvora combusta (que queimaram), se passarmos água e sabão no local a marca sai.

QUESTÃO DE PROVA – “A zona de esfumaçamento, de Falsa tatuagem ou tisnado pode ser removível após a lavagem”.

CORRETA. Sim pode, e isso ocorre porque as marcas são causadas em decorrência da sujeira de pólvora que não entrou em combustão – fuligem e sujeira – podendo ser então removível com água e sabão, o que não ocorre com a Zona de Tatuagem que tem marcas em decorrência de pólvora incombusta.

Após estudarmos o tema e analisar cada característica dos disparos vemos que quando não estivermos diante de sinais de efeito secundário, estaremos diante de disparos ou tiros à distância – essa é a relação que deve ser feita. A pólvora, a fuligem, a poeira, o calor, entre outros não chegam a atingir a pele da vítima, vez que se dissiparam no ar, no ambiente.

66

Vejamos agora então os tiros que não deixam os sinais secundários.

✓ Tiro à Distância

- ✓ Apenas o projétil atinge a vítima;
- ✓ Forma arredondada ou ovalada;
- ✓ Bordas invertidas;
- ✓ Diâmetro menor que o do projétil;
- ✓ Apresentam orlas de enxugo e de escoriação e aréola equimótica;

Análise de imagens



Imagem 01 – orifício de entrada com bordas viradas para dentro, sem tatuagem, com borda de enxugo.

Imagem 02 – **imagem 01 ampliada**: área enegrecida ao redor do orifício é a borda de enxugo, local onde o projétil ao perfurar em movimento rotacional deixa suas impurezas na pele. No local como pode ser observado não possui esfumaçamento e tatuagem.



Diante das observações e com base no conteúdo já apresentado, podemos afirmar que a lesão (imagem acima) foi causada por projétil de arma de fogo À DISTÂNCIA. Não sendo, portanto, a queima roupa, com cano encostado ou ainda à curta distância porque não possuiu efeitos secundários.

Análise de imagens



Imagem 01 – 03 tipos de tiros:

Orifício 01 à esquerda – orifício de entrada de tiro encostado (02 sinais característicos de tiros: orifício irregular, com borda voltada para fora – Câmara de Mina de Hoffman). Vale ressaltar que ao contrário do que alguns autores afirmam, podemos ter sim Sinal de Werkgaertner quando temos tiro encostado com osso por baixo. (Analisar bem a banca que está realizando a prova).

Orifício 02 ao centro – presença somente da zona de enxugo (área enegrecida). Sendo assim trata-se de orifício de entrada à distância.

Orifício 03 à direita - orifício com efeitos primários e ao redor pontinhos de pólvora incombusta (Zona de Tatuagem), disparo realizado próximo, curta distância.

Até o presente momento discorreremos sobre todos os pontos necessários sobre **Energia de Ordem Mecânica** – energias que tem o condão de alterar a situação de movimento ou de repouso de um corpo. Passaremos agora a análise dos pontos mais cobrados sobre Energia de Ordem Físico-Química.

5. Energias de Ordem Física; Energias de Ordem Química.

Traumatologia Forense – Energias de Ordem Física

Primeiramente salientamos que TODA energia de ordem físico-química É UMA ASFIXIA.

Asfixia – Parte Geral

▪ Asfixiologia Forense

A asfixia trata-se de uma energia de ordem físico-química em decorrência do impedimento físico (passagem do ar) em que temos uma alteração química na composição do sangue (quantidade de oxigênio e de gás carbônico).

Asfixia nesse contexto é a alteração de oxigênio e gás carbônico no sangue em decorrência de impedimento da passagem do ar. A alteração química que ocorre na composição do sangue é traduzida em dois termos:

- **Hipóxia:** pouco oxigênio – redução do O₂ no sangue;



- **Hipercapnia:** aumento do CO₂ no sangue – esse aumento atrapalha a hematose (troca sanguínea)

Hipóxia e Hipercapnia é um conceito químico de asfixia.

Porque temos o aumento de CO₂ e a diminuição de oxigênio no sangue da pessoa que morre de asfixia?

Isso ocorre porque houve alteração da hematose.

Hematose – troca gasosa que ocorre nos pulmões.

O sangue que chega aos pulmões está cheio de gás carbônico - proveniente da respiração celular – e deve ser trocado com o oxigênio que estamos respirando.

Essa troca gasosa chamamos em linhas gerais de hematose.

Vale mencionar que quem “carrega” essas substâncias é a hemoglobina (molécula presente dentro das hemácias). Vimos situação similar no espectro **Equimótico de Legrand du Saulle**, (na degradação, etc).

DICA DE PROVA – A degradação da hematose aparece da seguinte forma das provas:

“Nas asfixias ocorre uma alteração da hematose com consequente Hipóxia e Hipercapnia, sendo este o atual conceito de asfixia em substituição ao antigo conceito de ausência de pulso”.

CORRETA.

58

Curiosidade – Terminologia no passado

O termo asfixia no passado vem de uma palavra em latim que significava “sem pulso”, dessa forma no passado a asfixia era considerada como falta de pulsação, falta de circulação. Todavia não é isso o que ocorre.

Hoje já se entende que ela (asfixia) é a alteração de troca de gases, ou seja, a ocorrência de pouco oxigênio e muito de gás carbônico.

Energias de ordem físico-química

São aquelas em que ocorre impedimento físico à passagem do ar pelas vias aéreas, alterando a função respiratória, inibindo a hematose e alterando a composição química do sangue.

Asfixia

“Síndrome caracterizada pelos efeitos da privação, completa ou incompleta, rápida ou lenta, externa ou interna de oxigênio”.

(Genival V. França).



Características gerais das asfixias mecânicas

Muito importante:

- ✓ Não há sinal constante ou patognomônico*;
- ✓ Sinais externos e internos são numerosos e muito variáveis;

*Patognomônico: sinal específico que ocorre SOMENTE em determinada situação.

Sinais de asfixias são muito importantes, são constantes, aparecem, são visíveis, porém também podem ocorrer em outras diversas situações, não sendo específicos ou exclusivos de asfixias.

DICA DE PROVA – COMO JÁ CAIU EM PROVA SOBRE:

“O sinal de cogumelo é patognomônico de afogamento”

ERRADA. Não há nenhum sinal patognomônico de asfixia.

Observação: veremos mais a frente que no afogamento existe um sinal conhecido como “Cogumelo de espuma”. Trata-se de um sinal muito frequente no afogamento, mas podemos ter outros. Por isso os candidatos devem ter muito cuidado ao analisar cada caso.

69

Sinais de Asfixia

- ✓ **Cianose**
- ✓ **Sangue escuro e de fluidez aumentada – sangue asfíxio**
- ✓ **Congestão da face polivisceral**
- ✓ **Espuma das vias aéreas**
- ✓ **Rigidez muscular**
- ✓ **Petéquias e equimoses**
- ✓ **Petéquias subepicárdicas e subpleurais**

Tríade Asfíxica

- ✓ **Sangue Asfíxio**
- ✓ **Congestão da face e polivisceral**
- ✓ **Manchas de Tardieu (petéquias subepicárdicas e subpleurais)**

Sinais de Asfixia

- **Cianose Cadavérica:**



Manchas de hipóstase (ou hipostase) são mais precoces e mais escuras.

O que é hipóstase?

Quando estamos vivos, nosso coração está batendo, e o sangue circulando. Quando o coração para de bater, o sangue irá se acumular pela ação da gravidade, nas áreas de declive do corpo.

Exemplo: se a pessoa morreu em decorrência de suicídio (p.ex. pendurada), o sangue ao parar de circular ficará depositado nas pernas, o tórax ficará branco diante da ausência de sangue no local.

(Hipo – área baixa - Tase- parada – sangue parado e acumulado nas áreas baixas pela ação da gravidade).

A cianose, portanto, é uma cor azulada, escurecida – o cadáver na asfixia terá essa coloração. Ela ainda aparece em decorrência do aumento do gás carbônico - o sangue fica escuro nos casos em que temos a ocorrência de asfixias.

- **Sangue asfíxico:** é um sangue escuro e fluido (ralo, fino) em decorrência do aumento do gás carbônico. Sangue escuro e de fluidez aumentada.

Nas asfixias o sangue não é escuro? (Sim em decorrência do aumento do CO).

Então as manchas de hipóstase serão escuras. Por isso a denominação cianose asfíxica, cianose cadavérica (as manchas cadavéricas serão de cor azul, roxa).

Como o sangue é ralo/fino com a ação da gravidade ele vai se acumular mais rápido nas zonas de declive do corpo.

Nesse sentido as manchas de hipóstase nas asfixias são mais precoces.

- **Congestão da face e polivisceral (congestão de vários órgãos)**

Relembrando aqui que congestão é o aumento da quantidade de sangue. Na congestão da face ou polivisceral temos que os órgãos ficam cheios de sangue.

- **Espuma nas vias aéreas**

Ao analisar as vias aéreas dos mortos por asfixia se verifica a existência de espuma, em decorrência de incursões e movimentos respiratórios violentos. O pulmão está com edemas, está inchado, e ao se misturar com o ar forma-se a espuma. (sinal geral na asfixia). Lembrando que quando o agente está em processo de asfixia à intensidade da respiração na busca desesperada de ar é extremamente maior que a normal, por isso os edemas se formam no pulmão.

- **Rigidez muscular**

Rigidez muscular nas asfixias é mais intensa e prolongada.



- **Petéquias e equimoses**

(Petéquias = equimose em pontinhos)

(Equimose = lesões hemorrágicas – em pontos petéquias – em grãos – Sugilação)

- **Petéquias subepicárdicas e subpleurais.**

As petéquias e equimoses podem estar presentes em vários locais, mas quando elas acometerem o coração e os pulmões tem a denominação acima.

Epicárdio – membrana que reveste o coração;

Pleura – membrana que reveste o pulmão;

Ocorrendo hemorragias no pulmão e no coração denominamos de **“Manchas de Tardieu”**

DICA DE PROVA – Temos uma expressão chamada **Tríade Asfíxica** que é MUITO cobrada em provas de Medicina Legal e que são os 03 principais sinais de asfixia.

(Sempre cobrado nas provas do RJ) – colocam geralmente o cadáver com sinais de asfixia, e questionam ao candidato quais são os sinais que o médico legista encontraria e, inserem entre as alternativas os 03 sinais, misturando estes com os sinais de outras situações (queimadura, eletricidade, putrefação, etc.).

A intenção é verificar se o candidato sabe ao certo os sinais típicos da asfixia.

71

Tríade Asfíxia – 03 sinais de asfixia mais comuns – Ponto mais cobrado em Asfixia !!

- ✓ **Sangue asfíxico;**
- ✓ **Congestão da face e polivisceral**
- ✓ **Petéquias e equimoses no coração e no pulmão - “Mancha de Tardieu”**

Tratam-se dos sinais mais comuns e mais presentes nos casos de morte por asfixia, mas não podemos dizer que são patognomônicos, porque vimos que a asfixia, não tem nenhum sinal patognomônico.

Atenção

Lembrar !!!

Sinais Típicos são diferentes de Sinal Patognomônico.

- Asfixia TEM sinais típicos – tríade asfíxica
- Asfixia NÃO TEM sinal patognomônico.



Análise de imagens de lesões causadas por energia de ordem físico-química – Asfixia



Imagem 01 – congestão da conjuntiva, hemorragia nas conjuntivas. Se essas congestões/hemorragias na conjuntiva não forem em decorrência de soco ou traumas, a principal causa é a asfixia.

Imagem 02 – traqueia aberta e com presença de espuma – espuma na via aérea. **Obs:** ela é máxima (mais evidente) no afogamento, mas também pode aparecer em qualquer situação de asfixia.



Imagem 01 – imagem de pulmões com pontos de hemorragia, equimoses, petéquias, lesões hemorrágicas nas membranas que revestem o pulmão denominada pleura. Equimoses subpleurais.

Imagem 02 – imagem de coração com pontos de hemorragia no Epicárdio (membrana que reveste o coração) - equimoses subepicárdicas.

Ambas lesões são chamadas de “Manchas de Tardieu”.

Observação – “Mancha de Tardieu” e “Mancha de Paltauf” – relação

Manchas de Tardieu aparecem em asfixias em geral, mas no afogamento elas não são comuns. Nos casos de asfixia por afogamento essas hemorragias são muito mais evidentes, o aspecto apresentado é mais severo, os pulmões e coração apresentam lesões mais intensas.

Nesse quadro, portanto, passamos a ter outra denominação, chamamos de “Mancha de Paltauf”. MAS CUIDADO, igualmente aos demais sinais (inclusive a tríade asfíxica) Mancha de Paltauf não é sinal patognomônico do afogamento, porque as asfixias como já mencionado não possuem sinal patognomônico.)

A “mancha de Paltauf” pode aparecer em outras situações, porém é mais comum nos casos de afogamento.

Análise de imagem



Na imagem temos arcada dentária com dentes rosados, ou “**Pink Teeth**”.

Trata-se de uma peça de exumação em que podemos observar que muitos anos após o corpo ser enterrado, os dentes ainda apresentam uma coloração avermelhada.

Muito comum nos casos de afogamento, mas CUIDADO, não aparece somente no afogamento pode aparecer em outras situações, sendo tão somente MAIS comum nos casos de afogamento. No que tange a etiologia, essa coloração dos “dentes rosados” não é muito bem explicada pelos estudiosos e doutrina, tendo vários fatores que contribuem para isso. Mas o fator mais considerável é a quantidade de oxigênio ligado à hemoglobina na polpa dentária (dentina).



DICA DE PROVA- Já caiu questões com a seguinte afirmação:

“São sinais evidentes e importantes nos casos de afogamento: “Mancha de Paltauf” e “Pin Teeth” (e incluíram outros sinais gerais que não eram tão importantes)”.

CORRETA. Os sinais são realmente os mais importantes, mas não são patognomônicos, são tão somente os mais comuns nos afogamentos.

Antes de entrarmos nas asfixias em espécie, é necessário mencionar que os sinais gerais das asfixias são muito comuns, são muito frequentes, **MAS NÃO SÃO PATOGNOMÔNICOS**. Sendo assim se na prova aparecer que a asfixia possui sinal **PATOGNOMÔNICO**, considerar como errada.

Vale nesse momento relembrar os 03 sinais que correspondem à chamada “**Triade Asfíxica**”, que são muito comuns e frequentes nos casos de asfixia. São eles:

- ✓ **Sangue asfíxico** – (sangue de tonalidade mais escura e de fluidez aumentada - mais fino/ralo)
- ✓ **Congestão Polivisceral** – (aumente de quantidade de sangue nas vísceras)
- ✓ **Equimoses Viscerais** – (lesões nas vísceras) – e quando acometem os pulmões e coração temos a denominação “**Manchas de Tardieu**”

Com isso, a partir de agora, com os estudos das asfixias em espécie, devemos nos ater que em todos esses sinais serão importantes. São sinais que **PODEM OU NÃO** aparecer, **MAS SÃO OS MAIS COMUNS**.

73

✓ Asfixias - Específicas

Asfixias em espécie

As asfixias poderão ocorrer por:

- ✓ **Sufocação**
- ✓ **Modificação do ambiente** - modificação do ar atmosférico por alguma circunstância. (confinamento, soterramento, asfixias por monóxido de carbono; afogamento)
- ✓ **Constrições cervicais** – estrangulamento, esganadura, enforcamento, etc.

✓ Sufocação:

No que tange a sufocação podemos classifica-la em DIRETA e INDIRETA.

- **Sufocação Direta**
- **Sufocação Indireta** – dentro da indireta temos um “subtipo” a chamada sufocação posicional.



- **Sufocação Direta** – OCLUSÃO das vias aéreas em um contexto amplo, ou seja, ocorre em qualquer lugar desde os orifícios naturais (nariz e boca) até as áreas respiratórias inferiores (traqueia, brônquios), com impedimento mecânico à passagem do ar.

- **Sufocação Indireta** – casos acidentais ou criminosos, em que há **COMPRESSÃO**, em grau suficiente, do tórax ou do abdômen, impedindo os movimentos respiratórios.

Nos casos de sufocação indireta a passagem do ar está livre (o ar está passando).

Mas se as vias aéreas estão livres e o ar está passando ocorre a asfixia?

A asfixia ocorrerá pela seguinte razão: quando respiramos fazemos movimentação no tórax. Tais movimentos se chamam movimentos acessórios da respiração. Possuímos uma musculatura chamada “musculatura acessória da respiração”, que é a responsável pelo movimento torácico e abdominal. Na sufocação indireta a via aérea está livre, mas ocorre um impedimento, uma compressão em grau suficiente da musculatura acessória da respiração que não permite ao indivíduo a expansão torácica e abdominal. Isso ocorrendo, temos um quadro de asfixia, ainda que de forma mais demorada.

74

- **Sufocação posicional** (como se fosse um tipo da indireta), na verdade é tida pela maioria dos autores como um subtipo da sufocação indireta. Nos casos de sufocação indireta teremos a pessoa numa posição desfavorável, por um tempo prolongado, que leva a uma FADIGA DA MUSCULATURA ACESSÓRIA DA RESPIRAÇÃO.

Quais são essas posições?

- posição de crucificação prolongada
- posição de cabeça para baixo prolongada
- posição de imobilização frequentemente usada pela polícia – mãos e pés amarrados para trás.

Vejam então que sufocação posicional é uma subespécie da sufocação indireta, vez que as vias aéreas estão livres, e o que ocorre é fadiga da musculatura acessória da respiração.

Na sufocação direita – podemos ter a oclusão de boca e fossas nasais, como também das vias respiratórias. E os exemplos mais comuns de cada um são:



- Oclusão de boca e fossas nasais:

Mais comuns em provas:

- Associação a crimes sexuais – vai aparecer muito em sexologia forense (quando agente criminoso tampa a boca da vítima para que ela não grite por socorro);
- Associação às brincadeiras com sacos plásticos (quando temos os acidentes com crianças que colocam sacolas plásticas na cabeça e acidentalmente se sufocam).
- Associação com crimes de asfixia com travesseiros, almofadas, cobertas, etc.

- Oclusão das vias respiratórias:

Mais comuns em provas:

- Corpos estranhos nas vias aéreas - quando tivermos a presença de corpos estranhos na via aérea
- Aspiração de vômito por pacientes embriagados

DICA DE PROVA – Banca examinadora costuma a colocar na afirmativa de prova situações misturando casos de embriaguez, ou seja, misturando o diagnóstico médico legal de embriaguez, com a situação de sufocação direta.

Análise de imagens de asfixia direta:

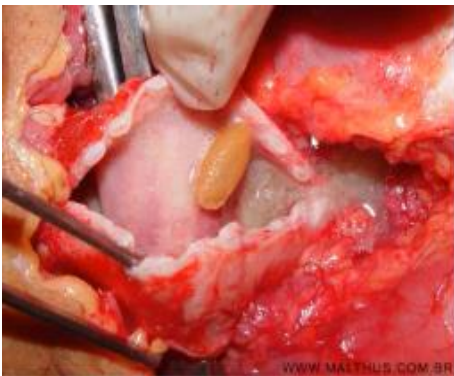


Imagem 01 – traqueia aberta, contendo restos alimentares.

Imagem 02 – traqueia aberta, contendo grande material impactado, trata-se de resto alimentar (aspiração de vômito), em pessoa que estava com índice de embriaguez no exame toxicológico extremamente elevado.

Na Sufocação indireta

- “Congestão compressiva de Perthes”
- **Sempre acidental ou criminosa** (não é possível sufocação indireta suicida- maioria da doutrina)
- **A compressão impede a expansão torácica na inspiração e a movimentação abdominal.**

Exemplos: grandes multidões, desmoronamentos, recém-nascidos que dormem com adultos no mesmo leito, etc.



DICA DE PROVA - Existe um sinal extremamente cobrado nas provas em relação à sufocação indireta.

Esse sinal é a chamada “Máscara Equimótica da Face” - “Máscara Equimótica Facial” ou ainda “Sinal de Morestin”. Ocorre quando temos várias hemorragias na região da cabeça, deixando-a com aspecto muito vermelho e arroxeadado.

Isso ocorre porque com a compressão do tórax e com o impedimento da expansão torácica, o sangue não consegue chegar até o coração. A explicação médica do fato é o represamento de sangue na cabeça, em decorrência do aumento da pressão na veia cava superior (veia que leva o sangue da cabeça ao coração). Com o aumento da pressão do sangue na região facial e o impedimento que este desça ao coração, faz com que as veias se rompam, formando várias hemorragias pequenas, que se apresentam na forma de petéquias, deixando assim a face toda vermelha/arroxeadada e manchada.

Com isso, se cair na prova as situações abaixo nominadas, estaremos diante de **“indicativo” de sufocação indireta.**

- ✓ “Máscara equimótica da face”
- ✓ “Máscara Equimótica Facial”
- ✓ “Sinal de Morestin

Análise de imagem



Na imagem temos o corpo com Máscara Equimótica da Face, ou Sinal de Morestin, onde todo o rosto da pessoa que morreu por sufocação indireta, encontra-se avermelhado, tendo em vista a presença de muitas petéquias, muitas áreas hemorrágicas e o represamento de sangue na veia cava superior. Trata-se da consequência de uma redução da circulação de retorno do sangue ao coração, causando extravasamento de sangue na face gerando o sinal de Morestin.

76

Sufocação Posicional

- Posição capaz de impedir ou dificultar seriamente a ventilação pulmonar, após a instalação da fadiga e da falência muscular respiratória.

Exemplos:

- **posição de crucificação prolongada**
- **posição de cabeça para baixo prolongada**
- **posição de imobilização** – mãos e pés amarrados para trás. (frequentemente usada pela polícia – “Pacotinho”)



✓ Modificação do Ambiente

Na asfixia por modificação de ambiente, temos a mudança de ar ambiental capaz de gerar a Hipóxia (redução de oxigênio – O₂) ou Hipercapnia (aumento de gás carbônico CO₂).

O primeiro exemplo que citamos é o **Confinamento**, que ocorre quando a pessoa está em ambientes confinados, fechados e pouco ventilado.

✓ **Confinamento:**

Tipo de asfixia em que um ou mais indivíduos ficam presos em ambientes sem renovação do ar.

Não há necessidade de que o ambiente esteja hermeticamente vedado, sendo assim, podemos ter a configuração de um confinamento nos casos de pessoas que ficam presas no elevador, crianças esquecidas dentro do carro, desmoronamento; cavernas; etc. Nesses casos apesar de não se estar em um ambiente hermeticamente fechado (totalmente vedado, selado), vários mecanismos com o passar do tempo contribuem para ocorrência da asfixia.

Quais são esses mecanismos?

Normalmente na modificação do ambiente temos mecanismos mistos:

- consumo cada vez maior (progressivo) de O₂ que conseqüentemente vai reduzindo e produzindo mais CO₂ em decorrência da respiração da(s) pessoa(s) que estão confinadas;
- aumento progressivo da temperatura ambiental;
- aumento da concentração/saturação de vapores de água no ar atmosférico;

Percebam que no caso de confinamento a asfixia é uma asfixia multifatorial, sendo vários os fatores responsáveis pela ocorrência do fato.

DICA DE PROVA - O confinamento é uma asfixia multifatorial.

CORRETA

É importante mencionar que o confinamento em situações, por exemplo, de desabamento, estará associado a outro tipo de asfixia: que é a asfixia por soterramento.

✓ **Soterramento:**

Conceito – asfixia mecânica por obstrução das vias aéreas por terra ou substância pulverulentas.

Nesses casos temos a troca do ar por terra ou substância pulverulentas ou quaisquer outras semelhantes as mencionadas.

Exemplo: pessoas que são enterradas ainda com vida, desabamentos e desmoronamentos.



Atenção – Entendimento de Hygino de Carvalho Hércules

Alguns autores colocam o Soterramento como um mecanismo isolado de asfixia.

Hygino de Carvalho Hércules, por exemplo, muito usado nas provas do Rio de Janeiro, Banca Funcab e Cespe/Cebraspe, entende que soterramento não é um tipo de asfixia única, ou seja, unifatorial, mas sim multifatorial, afirmando que na verdade o principal aspecto do diagnostico do soterramento seria a confluência de vários fatores externos:

- própria sufocação indireta: quantidade de terra em cima do corpo comprimindo
- mecanismos traumáticos: traumas causados pelo desmoronamento
- sufocação direta (secundariamente): terra penetra na via aérea agindo como um corpo estranho obstruindo-a.

Dessa maneira para Hygino de Carvalho Hércules o soterramento não é um fato isolado de asfixia, mas sim uma consequência, um conjunto de fatores/mecanismos que podem gerar a asfixia ou outras lesões traumáticas.

Ainda sobre soterramento, temos um sinal muito importante a ser mencionado, que sempre é cobrado em provas: **“Sinal de Montalti”**. Vimos que o “Sinal de Morestin” (Mascara Equimótica da Face) é indicativo da sufocação indireta, e agora temos o “Sinal de Montalti” que aparece em duas situações em Medicina Legal:

1ª Soterramento

2ª Mortes em incêndios.

A relevância da especificação do sinal ocorre porque quando pessoa morre por soterramento ou em incêndio as características apresentadas são importantes na indicação de uma reação vital ou não no momento do óbito.

Sendo assim, o “Sinal de Montalti” é um sinal vital, vez que significa a presença de terra (soterramento) ou de fuligem (incêndio) na via aérea (traqueia, brônquios), que comprova que a pessoa estava com vida e respirando no momento que foi colocada em determinado ambiente.

O Sinal de Montalti ainda separa as mortes ocorridas nos ambientes acima mencionados, daqueles em que o cadáver tenha sido colocado no local do soterramento ou incêndio posteriormente. (Dissimulando a causa verdadeira da morte e simulando a morte por soterramento ou incêndio).

Análise de imagem de Sinal de Montalti

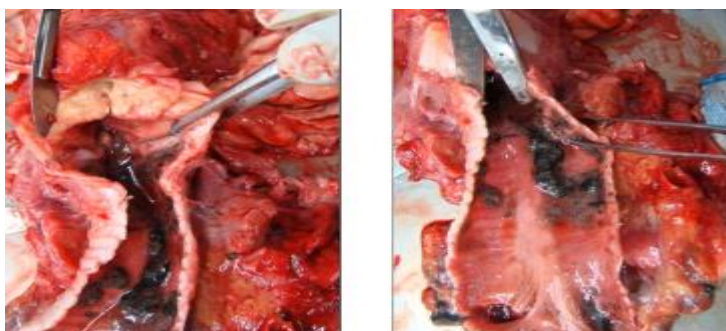


Imagem 01 e 02 – ambas as imagens mostram a traqueia aberta e dentro podemos perceber a presença de material escuro, enegrecido, que pode ser terra ou outra substância pulverulenta, muito comum nos casos de soterramento; ou fuligem no caso de incêndio.



(Lembrar que esse Sinal é um grande e importante sinal para a Medicina Legal (sinal vital) e demonstra que a pessoa estava com vida quando inserida no ambiente).

✓ Asfixia por CO – Monóxido de Carbono:

IMPORTANTE – Entendimento de Genival Veloso de França

Genival Veloso de França – e muitas vezes acompanhado por outros autores - explica claramente que: MONÓXIDO DE CARBONO NÃO É INTOXICAÇÃO!!

Monóxido de Carbono é ASFIXIA !

Alguns autores colocam em suas obras que o Monóxido de Carbono causa morte por intoxicação, porém, até mesmo quem estuda essa morte por “intoxicação”, trata do tema dentro do tópico de Asfixia. Portanto, não é uma intoxicação, mais sim uma asfixia.

DICA DE PROVA – Como vem na prova o tema sobre Asfixia por Monóxido de Carbono?

Como Asfixia Tissular.

Tissular vem dos tecidos – ou seja – asfixia dos tecidos. Ocorre uma asfixia ao nível dos tecidos pela presença da carboxihemoglobina. (HbO₂ – Hemoglobina ligada ao Oxigênio).

Hemoglobina – molécula presente nas hemácias (glóbulos vermelhos) responsável por levar o oxigênio aos tecidos.

Relembrando: vimos que o espectro equimótico de Legrand du Saulle (evolução de cor de uma equimose), nos mostra que as equimoses mudam de coloração. Quando vimos a evolução temporal de uma equimose, pudemos perceber que estas mudam de cor porque a hemoglobina nos casos de equimoses não estarão ligadas ao oxigênio e em decorrência disso sofrerá degradação. E vimos também que na equimose conjuntiva não haverá essa evolução de cor, porque a membrana no olho é porosa, o que possibilita sempre o contato direto com o ar/oxigênio, mesmo quando lesionado.

Ocorre que, o CO (Monóxido de Carbono) que é um gás – inclusive produzido em situação de incêndio - se liga de forma estável com a hemoglobina (que está ligada ao oxigênio) e, essa ligação por ser mais forte expulsa o Oxigênio da ligação originária, restando somente a ligação Hb+CO. Consequentemente a Hemoglobina não está mais levando oxigênio para os tecidos, mas sim Monóxido de Carbono e como resultado teremos a ocorrência de Hipóxia nos tecidos.

Mas o nível do oxigênio no sangue não está normal?

Como pode ocorrer a hipóxia então?

Realmente o nível do oxigênio no sangue está normal, mas ele não está ligado à hemoglobina. O oxigênio está no sangue, mas de forma livre, solto, e, como é a hemoglobina a responsável para levar o oxigênio às células



nos tecidos, não teremos mais oxigênio nelas. E com isso em decorrência carboxihemoglobina teremos a asfixia dos tecidos.

Entender esse mecanismo de quebra de ligação da hemoglobina com o Oxigênio é de grande importância porque nesses casos temos um sinal relevante indicativo da presença de Monóxido de Carbono, coloração específica do Cadáver – Coloração Vermelha clara – Carmim.

Com isso o candidato deve se atentar para o fato de que o cadáver de asfixia por CO quase sempre terá uma coloração carmim. (muito cobrado em provas).

Dica – quando aparecer a palavra CARMIM na questão se lembrar da presença de CO – Monóxido de Carbono.

Aprofundamento

Nas asfixias temos como elemento o sangue asfíxico que é de coloração escura e textura rala. O sangue sendo escuro, o cadáver como vimos anteriormente tem uma coloração escura – “Cianose Cadavérica” – manchas escuras no cadáver.

Sendo assim por que no na asfixia por CO – Monóxido de Carbono – que é uma asfixia, não temos o cadáver com coloração escura?

Porque diferentemente das asfixias normais, em que temos o aumento do gás carbônico e diminuição do oxigênio, na asfixia por CO não temos a redução de oxigênio, ele estará presente, o que ocorre é tão somente a quebra deste com a hemoglobina. Nos casos de CO não há a redução de oxigênio no sangue, mas sim nas células, no tecido, por isso o sangue nessas asfixias o sangue não será escuro, será de cor Carmim.

30

Sinais de Asfixia por CO – Monóxido de Carbono

Sinais de valor

- manchas de hipóstase são mais claras de cor Carmim;
- Sangue fluido e rósea/ acarminado;
- putrefação é tardia;

Obs: putrefação tardia – o CO (Monóxido de Carbono) é considerado uma substância tóxica. Lembramos que a morte por CO é pelo mecanismo de asfixia, por isso consideramos como asfixia e não intoxicação. Todavia, como o CO é uma substância como já mencionado, tóxica (o que não significa dizer que a morte foi por intoxicação, lembrando mais uma vez), ele interfere na putrefação, interfere na proliferação bacteriana, diminuindo-a.

- rigidez cadavérica tardia, menos intensa e de menor duração;



Análise de imagens de morte por asfixia

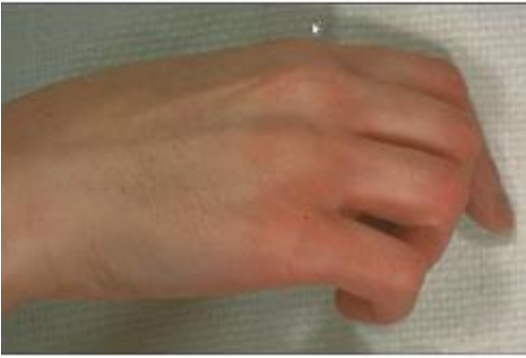


Imagem 01 – mão de cadáver que teve morte por asfixia em decorrência da presença de CO – Monóxido de Carbono. Observem que a coloração é vermelha clara, rósea.

✓ Afogamento *****

(mais cobrado dentre os casos de morte por asfixia em decorrência da modificação do ambiente)

O afogamento está elencado como uma das formas de morte por asfixia em decorrência DA ALTERAÇÃO DO AMBIENTE, onde o ar é trocado por líquido, ou semilíquido na via aérea.

Conceito:

*“Afogamento é um tipo de **asfixia mecânica** produzida pela **penetração de um meio líquido ou semilíquido** nas vias respiratórias, impedindo a passagem de ar até os pulmões.”*

(França)

31

CUIDADO - Vale destacar que afogamento não é submersão do corpo em água !!

Não precisa que o corpo esteja completamente submerso para que tenhamos uma morte causada por afogamento. Basta somente que os orifícios naturais estejam em contado com o líquido, e que este tenha substituído o ar. Por essas razões, quando existe uma troca de ar por meio líquido ou semilíquido nós temos conceitualmente um afogamento.

Afogamento – causas jurídicas da morte

Vale relembrar nesse momento que a Medicina Legal trabalha com 03 causas jurídicas da morte:

- ✓ **Acidente – 1ª**
- ✓ **Homicídio – 2ª**
- ✓ **Suicídio – 3ª**

A principal causa jurídica da morte em afogamento para a Medicina Legal é a acidental, em segundo lugar temos o homicídio e por ultimo o suicídio.



Nos casos de **Homicídio** temos que ter alguns elementos presentes, determinadas circunstâncias:

- desproporção de forças entre o agressor a vítima;
- vítima impossibilitada de reagir, de realizar qualquer movimento de defesa;

Nos casos de **Suicídio** temos uma grande celeuma doutrinária, a da existência ou não o Afogamento Suicida.

Nesse tema a maior parte da doutrina não se manifesta claramente, somente alguns doutrinadores como **Hygino e França** expressam suas opiniões afirmando que não entendem pela real possibilidade de afogamento suicida, o que e na verdade ocorreria seria o chamado “suicídio acidente”.

Não obstante a ausência de manifestação da doutrina sobre o afogamento por suicídio, o “**Suicídio Acidente**” é aceito pela doutrina. Assim sendo, para a doutrina o “**Suicídio Acidente**” seria a situação daquela pessoa que inicialmente deseja retirar a própria vida por meio do ato suicida, mas que, angustiada com o afogamento lento, se arrepende e tenta buscar ar atmosférico, ocorrendo a exaustão, o que leva a morte acidental.

Fases do afogamento:

- ✓ 1ª fase – surpresa e dispneia;
- ✓ 2ª fase – resistência;
- ✓ 3ª fase – exaustão; - verdadeira asfixia
- ✓ 4ª fase – perda da consciência – morte aparente
- ✓ Morte real

- 1ª fase – surpresa e dispneia; (dispneia – falta de ar)
- 2ª fase – resistência (tentativa de resistir ao afogamento – parada consciente da respiração para evitar a entrada de água)
- 3ª fase – exaustão (momento em que não se consegue mais resistir – não se consegue mais segurar a respiração, e o individuo faz grandes incursões respiratórias na água que penetra de forma violenta nos pulmões – nesse momento temos a verdadeira asfixia)
- 4ª fase – perda da consciência – morte aparente – ainda se tem atividade cerebral/encefálica, mas o coração já parou de bater e o pulmão de exercer atividade respiratória. Com isso temos atividade cerebral, mas parada cardíaca e respiratória.
- Morte real – quando temos a morte encefálica.

Atenção: as fases do afogamento são controversas na doutrina.

Não obstante a existência da polêmica, a doutrina majoritária entende pelas 4 fases anteriores a morte real.



Afogamento

- ✓ “Afogados brancos de Parrot” ou “Secos”
- ✓ “Afogados azuis verdadeiros

Importante – tema muito cobrado em provas – Diferenciação de afogados

Quando estamos falando de asfixia por afogamento, estamos falando de asfixia por afogamento verdadeiro e, afogamento verdadeiro é o chamado “**Afogado azul verdadeiro**”. O azul é em decorrência do sangue asfíxico (sangue escuro, mais azul, mais arroxeado) que dá ao cadáver uma coloração do cadáver mais escura.

Esse é o considerado AFOGADO VERDADEIRO, E QUE TEM A VERDADEIRA ASFIXIA.

Afogado Branco de Parrot

No afogado branco de Parrot (seco) não temos verdadeira asfixia. Consequentemente o “Afogado Branco de Parrot” não apresentará a tríade Asfíxica (sangue asfíxico, congestão visceral e manchas tardias).

DICA DE PROVA – Como o tema se apresenta em prova:

“O afogado Branco de Parrot apresenta (ou não apresenta) sangue asfíxico, congestão visceral e manchas tardias”.

DEPENDE.

Se a prova colocar **que apresenta** – afirmativa ERRADA, porque não tem verdadeira asfixia.

Se a prova colocar que **não apresenta** – afirmativa CORRETA.

Qual seria então a justificativa do afogamento nos casos de Afogados Brancos de Parrot?

O mais aceito na doutrina sobre afogados brancos de Parrot, **é que a morte ocorre por inibição**. Teríamos então uma morte por inibição, rápida, súbita ao tocar na água. Sendo assim é muito mais fácil ocorrer em casos em que o indivíduo cai na água muito gelada tendo uma morte súbita, considerada por inibição, por duas razões possíveis:

- O chamado “Espasmo de Glote”: Fechamento de Glote, trancamento da garganta. (mas não é uma asfixia, porque é rápido e não dá tempo de desenvolver a asfixia).
- A chamada “Reação Vagal”: temos um nervo que comanda alguns movimentos e impulsos de nosso corpo, chamado “nervo vago”. O nervo vago produz substâncias que se produzidas exacerbadamente podem culminar em parada cardíaca. Seria o “afogamento” nesse caso decorrente de uma morte súbita por inibição, por mecanismos neurológicos do nervo vago, ocorrendo mais frequentemente em águas geladas e em pessoas com predisposição biológica a essas circunstâncias.



Vejam que a asfixia não é verdadeira. Não houve tempo para o desenvolvimento da Hipóxia e Hipercapnia, há o trancamento da garganta ou a parada cardíaca sem desenvolver a asfixia.

Sinais importantes do afogamento

Sinais Cadavéricos EXTERNOS de afogamento:

- **Esfriamento precoce**
- **Pele anserina** – (lembrar da pele de galinha – contração da musculatura que eleva os pêlos)
- **“Mãos de lavadeira”** – descamação da pele da mão – fenômeno chamado “Maceração”.

Observação:

Maceração – transformação do cadáver como se fosse uma “putrefação” (embora não seja) em meio líquido.

- **Maceração asséptica:** não contaminada, estéril, livre, limpo (feto morto retido dentro do útero).
- **Maceração séptica:** contaminada (afogados)
- **Lesões de arrasto** – (ou ainda lesão de Simonin) – ocorre quando o corpo é arrastado pelo leito do rio ou pelo fundo do mar, ficando todo arranhado, escoriado.

Curiosidade:

Simonin também deu nome as “Estrias Pneumáticas” (que não tem nada haver com afogamento), são as marcas de pneus que passam por cima do corpo e deixam suas marcas. Trata-se de equimose figurada lesão com assinatura, lesões que por si só mostram o objeto causador da lesão. (Atropelamento).

- **Lesões causadas pela fauna aquática** (exemplo: tem um peixe chamado Candiru no Amazonas, que come a pele dos orifícios dos cadáveres).
- **Mancha verde da putrefação no tórax ou no pescoço.**

Putrefação – decomposição da matéria orgânica:

O primeiro sinal da putrefação é a mancha verde (Sinal macroscopicamente evidente da putrefação). Em geral, nos cadáveres de mortes por outras causas que não o afogamento a mancha verde é abdominal – a direita do abdômen, na fossa ilíaca direita abdominal.

Curiosidade:

Estudaremos mais a frente com profundidade o tema, mas já adiantamos que a **MANCHA VERDE** se forma na **fossa ilíaca direita abdominal**, porque temos uma parte no intestino que se chama Ceco – localizado a direita – que é uma parte mais dilatada do intestino, mais calibrosa e mais próxima a parede abdominal.



Geralmente a putrefação começa nos locais onde tem mais bactérias, e o intestino como contém fezes é um dos primeiros locais que se inicia o processo de putrefação de um corpo. Sendo assim a mancha verde aparece geralmente primeiro nessa região.

No caso do afogado, é mais comum ter bactérias na água aspirada que no próprio intestino, vez que a água é suja (rio, mar, lago, fossa, etc.). Nesses casos a putrefação irá começar no intestino também, mas será mais evidente nos locais com maior quantidade de bactérias, que nesses casos será no tórax, região pulmonar e pescoço.

Nesse sentido, a “mancha verde” no afogado não aparece primeiramente no intestino, mas sim na região torácica.

- **Cogumelo de Espuma** – espuma saindo pela boca e nariz do cadáver. Aparece principalmente em pessoas que foram retiradas da água precocemente.

E o mais importante: não é sinal patognomônico de afogamento.

- **Erosão nos dedos e corpos estranhos debaixo da unha** – a pessoa ao tentar de salvar, ou se segurar, arranha determinados locais, causando lesões nas pontas dos dedos e acumulando corpos estranhos debaixo da unha.

85

Sinais cadavéricos INTERNOS de afogamento:

- **Líquidos e corpos estranhos na via aérea ou ouvido médio** – (lesão no tímpano)
- **Lesões no pulmão** – lesões chamadas “Manchas de Paltauf”

Observação – Manchas de Paltauf:

Relembrando as manchas de Tardieu (que aparece na tríade Asfíxica) que são lesões hemorrágicas no pulmão.

DICA DE PROVA – se a questão afirmar que no afogamento as manchas de Tardieu são raras e que aparece principalmente as Manchas de Paltauf deverá o candidato considerar a alternativa correta.

Isso porque no afogamento as manchas, as lesões hemorrágicas no pulmão são diferentes das manchas de Tardieu, vez que são maiores, mais profundas, e a lesão é mais severa em decorrência da violenta aspiração de água suja e contaminada.

E mais uma vez alertamos: as “**Manchas de Paltauf**” **NÃO SÃO SINAIS PATOGNOMÔNICOS**. Apesar de aparecer com grande frequência na maioria dos afogamentos, a mancha de Paltauf poderá aparecer em outras causas de morte. (lembrar que a asfixia não possui sinal patognomônico, não temos um sinal específico de asfixia).



- **Congestão visceral** – aumento de sangue nos órgãos.
- **Hemorragia temporal** – hemorragia na região das têmporas
- **Hemodiluição e Incoagulabilidade do sangue** – sangue diluído com a água. Sangue não coagular direito porque está misturado à água.
- **Algas diatomáceas na medula óssea (peculiaridade da prova do RJ)** – se trata de algas microscópicas que penetram na corrente sanguínea e podem aparecer até na medula óssea, que é um local onde se produz sangue.

Muito cuidado e atenção sinais internos e externos apresentados, lembrando que, são sinais frequentes, porém não específicos de afogamento. (não é patognomônico).

Análise de imagens de sinais INTERNOS e EXTERNOS de afogamento



86

Imagem 01 – Sinal de Simonim – lesões de arrasto – quando corpo é arrastado no leito do rio, ou fundo do mar e nas áreas onde se teve contato com a terra ou solo teve escoriações.

Imagem 02 - Mão de lavadeira – maceração – descolamento da epiderme em dedo de luva –

Lembrando que:

Maceração no afogado é: séptica – contaminada

Imagem 03 – Cogumelo de espuma – lembrando que espuma nas vias aéreas é sinal geral de asfixia e a espuma no afogamento é máxima, porém não é sinal patognomônico de afogamento.

Afogamento - Crioscopia do Sangue

Quanto maior a concentração molecular de um líquido, mais baixa será a temperatura de congelamento!

- Ponto crioscópico normal

Crioscopia de Carrara

Observação- Crioscopia = congelamento



Ponto de Congelamento

Deve ser avaliado o ponto de congelamento do sangue:

****o ponto de congelamento normal do sangue é de (-0,55C a -0,57C).**

Erro de digitação - Genival Veloso de França

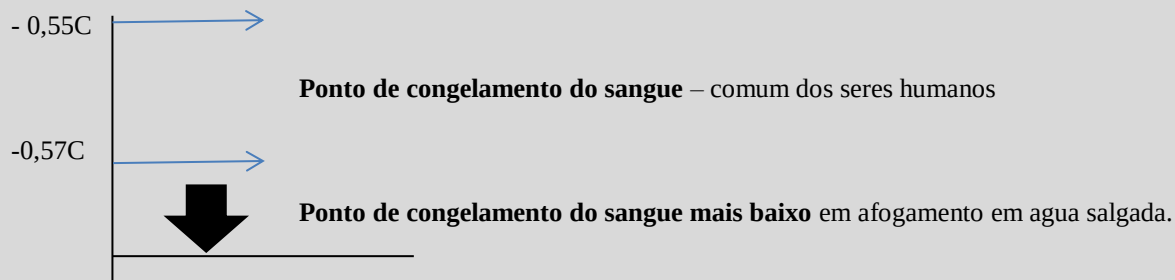
Atenção - Cuidado quem está estudando pelo livro do **Genival Veloso de França (última edição)** porque o livro possui um erro de digitação onde consta o ponto de congelamento com o número 2 no lugar do sinal de menos, ficando então da seguinte forma: 20,55 C a 20,57 C.

Voltando ao congelamento devemos saber que, quanto maior a quantidade de molécula no líquido mais terá que baixar a temperatura para que este congele.

Exemplo: recipientes no freezer, um contendo cerveja, outro água. Quando a água já estiver congelada a cerveja ainda não estará congelada. Para que a cerveja congele deverá se baixar mais ainda a temperatura.

Ressaltamos ainda que o que mais influencia no ponto de congelamento de qualquer líquido é a presença de sódio – quanto mais sódio (Na^+) no líquido mais baixa terá que ser a temperatura para que este congele.

Exemplificação



Imaginemos que determinada pessoa se afogou no mar (água salgada), e aspirou grande quantidade de água com sal, água esta que foi direto para os pulmões, causando sérias lesões, e conseqüentemente “Manchas de Palatauf”. Com essa aspiração, teremos também a mistura da água com o sangue, e o sangue misturado ao sódio contido na água fará com que a temperatura deva ser mais baixa ainda para que este congele.



Sendo assim, teremos um ponto de congelamento mais baixo, quando estivermos diante de afogamento em água salgada.

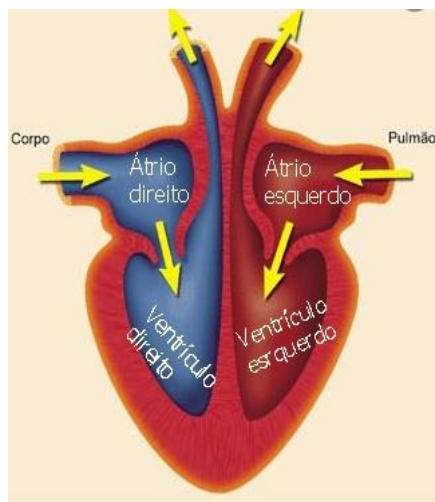


Noutro vértice, se estivermos diante de afogamento em água doce, o ponto de congelamento do corpo ocorrerá em temperatura mais alta que de -0,55C, em decorrência do sangue diluído em água e menor quantidade de sódio.



Atenção: as provas não costumam cobrar somente os pontos apresentados acima sobre congelamento de sangue, nos casos de afogamento. Atualmente as Bancas Examinadoras estão cobrando também do candidato o **conhecimento da circulação sanguínea no coração – cobram a diferença do ponto de congelamento à esquerda e à direita no coração.** E é exatamente esse ponto que trataremos abaixo.

Aprofundamento - circulação sanguínea no coração nos casos de morte por Afogamento.



Inicialmente informamos que o coração possui 04 câmaras (átrios e ventrículos – à direita e à esquerda). Na medicina representa-se em **vermelho o sangue rico em oxigênio** e em **azul sangue rico em gás carbônico**. 88

Circulação sanguínea normal

O sangue do corpo rico em gás carbônico entra a direita do coração, passando do átrio direito para o ventrículo direito, e do ventrículo direito se desloca diretamente para os pulmões. (conforme imagem 02 – em azul). Isso porque esse sangue precisa eliminar o gás carbônico para receber oxigênio.

Dentro dos pulmões o sangue irá receber oxigênio pela Hematose (troca gasosa de gás carbônico por oxigênio que ocorre nos pulmões). Na sequência, o sangue (agora rico em oxigênio) se deslocará dos pulmões para o coração, entrando pelo átrio e seguindo para o ventrículo (ambos do lado esquerdo) e posteriormente seguir para o corpo oxigenando os tecidos.

Circulação sanguínea em casos de afogamento

Nos casos em que temos afogamento, não contamos com a presença de oxigênio nos pulmões para a realização da hematose, mas sim de água em decorrência da aspiração. O sangue então irá se misturar com a água presente no pulmão e irá se deslocar para o coração **pela esquerda**.

Se a água aspirada pelo afogado for salgada, o sangue misturado com água irá levar mais sódio (Na^+) para o átrio esquerdo, com isso causando a morte.



DICA DE PROVA - O que a prova irá cobrar a respeito?

A diferença do ponto crioscópico do sangue nas câmaras esquerdas em relação às direitas.

No **afogamento em água salgada**, o ponto de congelamento do sangue que está à esquerda no coração (que veio do pulmão) é mais baixo, em decorrência da mistura de água salgada com o sangue. Portanto, no ventrículo e átrio esquerdo, o ponto de congelamento será menor que o ponto de congelamento do átrio e ventrículo direito, quando o afogamento se der em águas salgadas.

Ao contrário, se o afogamento ocorrer em água doce, teremos o procedimento inverso, aonde a água doce irá se misturar com o sangue, diluindo-o e fazendo com que o lado de entrada (átrio e ventrículo esquerdo) tenha ponto de congelamento mais rápido que o lado direito – em decorrência do sangue diluído e baixa quantidade de sódio (Na⁺).

O Examinador quer saber se o candidato sabe quais das câmaras recebe o sangue vindo dos pulmões.

(Lado Esquerdo - este o lado que terá a sua Crioscopia influenciada).

Resumindo – Decorar

Água salgada – ponto crioscópico (lado esquerdo) mais BAIXO em relação ao lado direito;

Água doce – ponto crioscópico (lado esquerdo) mais ALTO em relação ao lado direito;

89

Apresentada a forma que ocorre a circulação, alertamos os candidatos de que as provas atualmente vêm cobrando o gráfico de temperatura juntamente com o esquema de circulação sanguínea em casos de afogamento. Sendo assim, é importantíssimo compreender a sistemática da circulação e os efeitos da presença de água doce ou salgada no sangue quando o tema versa sobre afogamento.

Diante da possibilidade de afogamento em ambientes diversos é essencial a existência de meio que permita a identificação desse meio. É justamente nesse momento que Crioscopia de Carrara se faz importante vez que serve para indicar afogamento em água doce ou água salgada e, também para que diferenciar o afogamento verdadeiro de uma simulação.

Exemplo: indivíduo morre de causa diversa de afogamento. Outra pessoa pega o corpo e joga na água simulando uma morte por afogamento. O ponto crioscópico do lado direito em relação ao lado esquerdo do coração serão iguais e considerados normais (dentro do padrão) em relação à tabela de temperatura apresentada anteriormente (-0,55° C a -0,57° C. Isso ocorre porque a pessoa não aspirou líquido já foi jogada na água depois de sua morte, não havendo incidência de respiração em meio líquido.

Curiosidade - Diferenciação de Afogamento “verdadeiro” em água salgada e água doce

Outro ponto a ser mencionado é que sódio conduz corrente elétrica (sal conduz eletricidade). Nesse sentido, outro teste muito utilizado, é o teste de **Condutibilidade Elétrica** do sangue no coração. Os



afofamentos em água salgada tem maior condutibilidade elétrica no sangue, em decorrência da presença do sódio (Na⁺), o que faz com que a corrente seja mais rápida.

Sistemática do Afogamento: Putrefação e Flutuação

- ✓ **Imersão: densidade do corpo** – (maior densidade em relação à água então o corpo afunda)
- ✓ **Flutuação:** em decorrência da formação gases de putrefação - aumento volumétrico do corpo – de 24 horas a 05 dias
Depois teremos nova imersão e nova flutuação.
- ✓ **Segunda imersão rotura dos tecidos e extravasamento dos gases**
- ✓ **Segunda flutuação:** adipocera (muito tardia).

Sistemática do afogamento:

O corpo tem um aumento de densidade, e com isso ocorre sua imersão, ou seja, ele afunda. Com 24 horas temos o início da produção de gases dentro do organismo e, em 05 dias temos a produção máxima de gases. Com a grande produção de gases o corpo fica volumoso (aumento do volume, redução da densidade) o corpo flutua.

Posteriormente essas bolhas de gases começam a se romper e dos gases começam a sair. O volume do corpo reduz, aumenta novamente a densidade do corpo em relação à água e com isso o cadáver afunda novamente. (2ª imersão – que irá ocorrer após uma semana da morte).

Tempos depois, quando meses já se passaram e aquele corpo não foi retirado da água ocorrerá um fenômeno transformativo chamado “**Saponificação ou Adipocera**”.

Curiosidade – “Saponificação ou Adipocera”.

O assunto será estudado mais a frente em **Cronotanatognose**, contudo adiantamos que se trata da transformação no tecido, em decorrência da metabolização da gordura.

Essa transformação no afogamento diminui a densidade do corpo, fazendo com que o cadáver flutue novamente.

Vejam então que temos uma **Questão Cíclica**, no tocante a imersão e flutuação do corpo em decorrência da putrefação e produção de gases.

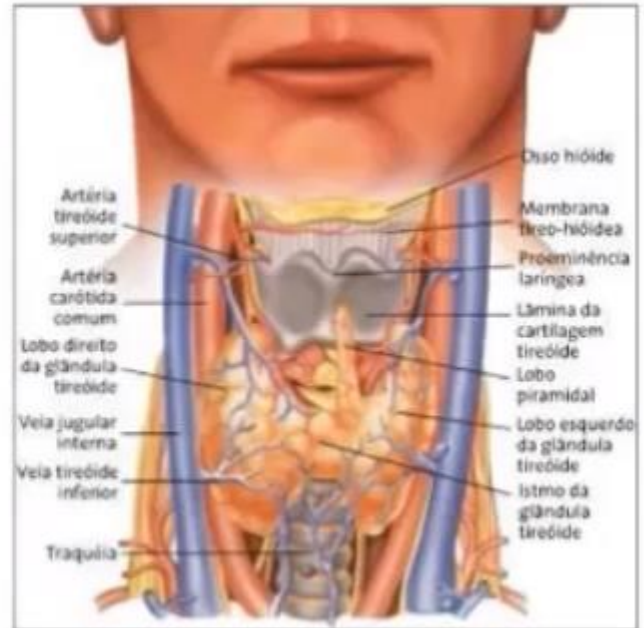
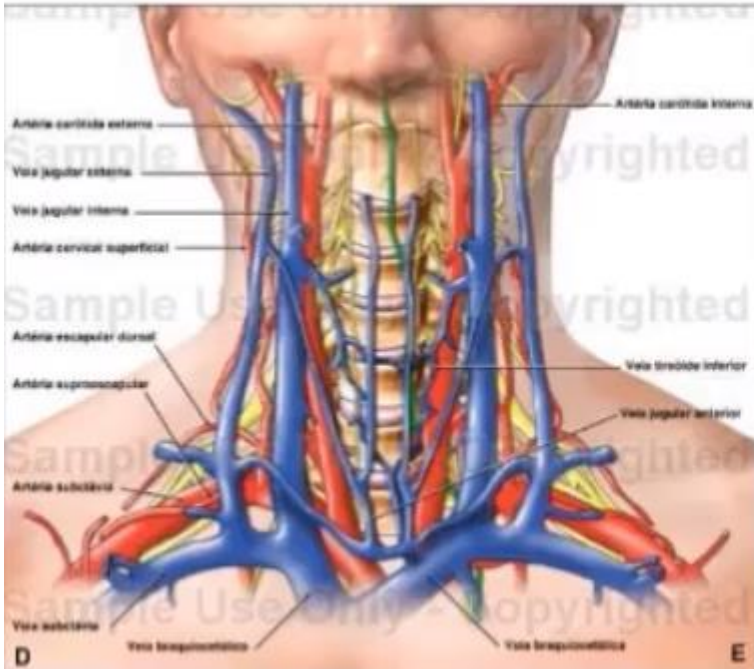
✓ **Constricções Cervicais**

Nesse momento iremos trabalhar com a 3ª modalidade de asfixia – a Constricção Cervical - onde falaremos sobre suas características, tipos e dados importantes que são recorrentes em prova.



Sobre a modalidade de asfixia “Constricção Cervical” esta poderá ocorrer das seguintes formas:

- ✓ **Enforcamento**
- ✓ **Estrangulamento**
- ✓ **Esganadura**



91

Sobre o tema afeto a constrição cervical é importante salientar que o pescoço é uma área considerada “nobre” para a Medicina Legal. É uma área do corpo humano em que em um pequeno espaço (em uma pequena circunferência) passam as estruturas mais importantes e que realizam funções extremamente vitais. Vejamos:

- Levam o sangue para a cabeça;
- Trazem o sangue da cabeça;
- Levam ar para o pulmão;
- Possui nervos importantes e vitais;
- Possui coluna cervical;

Apesar de ser uma região considerada nobre, o pescoço tem um arcabouço muscular muito fino e conta com pouca proteção para tantas funções importantes. Com isso, qualquer lesão nessa região pode acometer/lesionar as estruturas ali presentes.

Como estruturas importantes localizadas no pescoço podemos mencionar:

- ✓ **artérias** – principalmente a artéria carótida (que leva sangue do coração à cabeça);
- ✓ **nervos** – como o nervo vago, por exemplo;



- ✓ **traqueia;**

Temos ainda dois pontos que serão muito trabalhados:

- **Ossó Hioide** - osso bem pequeno localizado abaixo da mandíbula que irá trazer diferença nos casos de enforcamento e estrangulamento, no que diz respeito à posição do laço em relação ao osso.
- **Cartilagem Tireoide** – Tireoide glândula que possui uma cartilagem em sua parte superior. No homem às vezes esta cartilagem fica bem mais evidente, mais projetada – cartilagem que vulgarmente as pessoas costumam chamar de gogó ou pomo-de-adão.

As duas estruturas anatômicas acima mencionadas, são muito importantes para que se estudem questões referentes ao Enforcamento e Estrangulamento.

Atenção – Muito importante não confundir:

“Mecanismo de morte na constrição do pescoço” com “tipo de constrição do pescoço”.

Mecanismo de morte na constrição do pescoço:

- Vascular – (veias e artérias)
- Reflexo – (seio carotídeo)
- Via aérea

Tipos de Constrição cervical:

- Enforcamento
- Estrangulamento
- Esganadura

Vejam então que podemos ter 03 tipos de constrição do pescoço (Enforcamento, Estrangulamento e Esganadura) e, cada um desses tipos podem causar a morte por meio de mecanismos diferentes: compressão de vasos; compressão da via aérea ou ainda a compressão do seio carotídeo.

- ✓ **Compressão de vasos**
- ✓ **Compressão da via área**
- ✓ **Compressão do seio carotídeo***

***Seio carotídeo (barorreceptor):** baro (pressão) receptor (recebe) – receptor de pressão.

Quando se aperta por muito tempo o seio carotídeo que é uma estrutura nervosa, o nervo entende que a pressão está alta e com isso manda estímulos para o cérebro para que a pressão sanguínea baixe. Consequentemente se a pressão sanguínea baixar muito, teremos o desmaio.



Um dos mecanismos da esganadura é a compressão do pescoço pelas mãos e temos 03 mecanismos de morte nos casos de constrição de pescoço:

- mecanismo vascular – compressa de veias e artérias
- mecanismo aéreo – compressa da traqueia.
- mecanismo nervoso ou reflexo – compressão do seio carotídeo

Vale mencionar que esses mecanismos variam de acordo com a força exercida no pescoço, ou seja, quanto mais força exercida, mais associação de mecanismos teremos.

Tipos de Constrição Cervical

Enforcamento

Estrangulamento

Esganadura

➤ Enforcamento

Enforcamento é um tipo de asfixia mecânica, causada por constrição cervical (meio) feita por um laço acionado pelo PESO DO CORPO DA VÍTIMA.

Observação Importante - Peso acionador - é principal diferença entre Enforcamento e Estrangulamento.

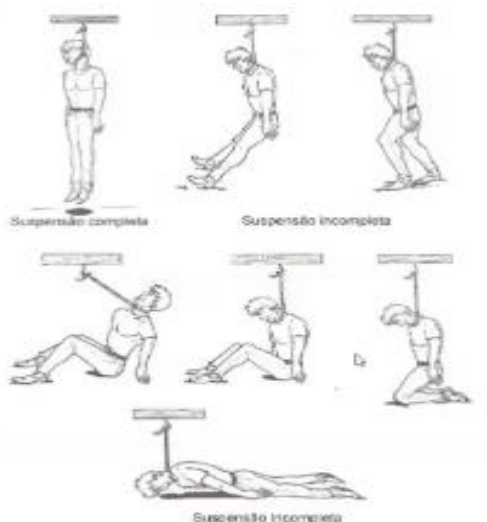
No enforcamento temos um laço ao redor do pescoço e o que o aciona é a força do corpo da vítima.

Já no estrangulamento também teremos um laço cervical, mas a força que aciona esse laço é algo diverso do peso da vítima.

Resumindo

Enforcamento – laço cervical causador da morte acionado pelo peso da vítima

Estrangulamento – laço cervical causador da morte acionado por peso diverso do peso da vítima.



No que diz respeito ao enforcamento temos dois tipos: Enforcamento Completo e Enforcamento Incompleto, e ambos dizem respeito à suspensão corporal.

Suspensão Completa ou Típica:

Imagem 01 – Primeira gravura: Ocorre quando nenhuma parte do corpo toca o chão, ou seja, quando o corpo está completamente suspenso.



Suspensão Incompleta ou Atípica:

Imagem 02 – 2ª a 6ª gravura: São todos exemplos de Suspensão incompleta. Ocorre quando se tem o apoio por alguma parte do corpo em algum anteparo. Podendo ser os pés, os joelhos, as nádegas, etc.

É possível a morte por suspensão incompleta?

Muita atenção – é possível SIM a morte em suspensão incompleta.

DICA DE PROVA - muitas vezes as bancas colocam a seguinte afirmativa:

“A suspensão incompleta não pode causar a morte”.

ERRADA. Pode sim haver morte por enforcamento nos casos de suspensão incompleta.

Outro ponto importante sobre o enforcamento diz respeito às alterações externas no pescoço. Vejamos:

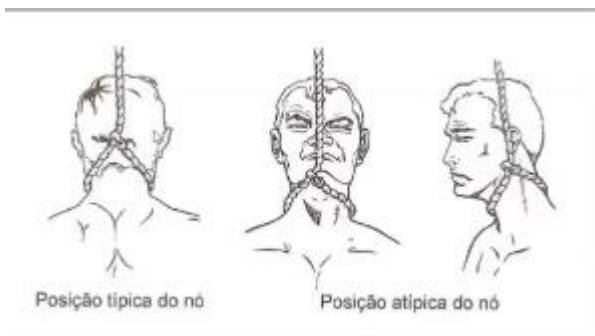
Alterações externas

Laço: laço cervical, o objeto que irá passar ao entorno – em volta – do pescoço pode ser de 03 naturezas:

- **Laço duro:** corda, fio de arrame, etc.
- **Laço semirrígido:** cinto de couro,
- **Laço mole:** lençol

94

Nó: é a posição mais alta do laço cervical e normalmente está em um ponto de suspensão que oferece resistência ao peso do corpo.



Normalmente o nó fica na região posterior, sendo assim, quando a prova pedir a posição “típica” do nó o candidato poderá interpretar como a posição posterior. Não obstante a essa característica, podemos ter o nó localizado na região anterior (na frente do pescoço), ou ainda na lateral (do lado).

- **Ponto de Suspensão:** ponto de suspensão que oferece resistência ao peso do corpo.

- **Sulco:** formado pelo laço cervical.

DICA DE PROVA - Características do Sulco – ponto mais cobrado em provas e nos ajuda a diferenciar o enforcamento do estrangulamento.

Exemplo:



“Características do sulco do Enforcamento em contraposição com as características do sulco do estrangulamento”.

Características do Sulco Cervical no enforcamento: nó alto e acima do osso hioide (osso que fica abaixo da mandíbula). Isso ocorre porque o peso do corpo puxa-o para baixo, fazendo com que a marca fique exatamente abaixo da mandíbula. O sulco posiciona-se em direção oblíqua ascendente, é heterogêneo (pelo fato de ser interrompido no nó) e ainda é um sulco mais marcado e profundo do que no estrangulamento.

Observação: posicionamento do sulco geralmente é oblíquo ascendente superior porque o nó quase sempre está atrás

Análise de imagem de enforcamento:



Imagem 01 e 02: enforcamento – marca de sulco alta e profunda, localizada acima do osso hioide, em direção oblíqua superior ascendente e bem marcada (principalmente na área oposta ao nó). Observem que a área bem próxima da orelha (imagem 01) não encontramos marcação pelo sulco. Seria, portanto, o local onde estava o nó (trata-se da área mais alta, sem contato do objeto usado para o enforcamento com a pele). Essa marca é típica de enforcamento, não aparecendo no estrangulamento.

Constrições Cervicais (sinais mais comuns no enforcamento)

Sinais importantes:

- ✓ Sinal de Amussat
- ✓ Sinal de Friedberg
- ✓ Sinal de Dotto
- ✓ Sinal de Bonnet
- ✓ Sinal de Argêntica

Se formos procurar em livros, seja de qualquer autor, encontraremos diversos sinais de enforcamento, tanto internos quanto externos. Todavia, os sinais mais cobrados em provas (e também mais comuns) são os acima mencionados. Nesse sentido trabalharemos um a uma para melhor identificação de suas características.



➤ Sinal de Amussat

Para entender o sinal de Amussat o candidato deve saber da existência de uma artéria localizada no pescoço chamada “Carótida”. As artérias do corpo humano são como ‘tubos’ e possuem 03 camadas: **externa, média e interna.**

A camada interna é chamada de camada íntima ou interna.

O Sinal de Amussat nada mais é que a ruptura da camada interna ou íntima da artéria carótida.

DICA DE PROVA

Podemos memorizar o presente sinal usando a palavra RICA.

R- ruptura da camada

I – interna ou íntima da artéria

C – carótida,

A - Amussat

O sinal de Amussat é o sinal que mais aparece no enforcamento e assim como os outros pode aparecer em outras lesões, contudo, no enforcamento é muito mais frequente.

➤ Sinal de Friedberg

O Sinal de Fridberg é também um sinal causado pela ruptura da Túnica ou camada Externa (não mais a interna) da artéria carótida. 96

➤ Sinal de Dotto

O Sinal de Dotto é por sua vez a **ruptura da bainha de mielina do nervo vago.**

Os nervos vagos possuem uma “capa protetora” de gordura (lipídio) que serve para isolar a condução elétrica do nervo vagal. Sendo assim temos a bainha de mielina como uma camada protetora do nervo.

Quando ocorre a constrição do pescoço esse nervo pode se esticar e a camada protetora romper-se. Ocorrendo a ruptura da camada e do nervo (nervo vago) teremos então o Sinal de Dotto.

DICA DE PROVA – Normalmente quando aparecer em provas sobre nervo na região do pescoço teremos assunto certamente relacionado ao nervo vago.

➤ Sinal de Bonnet

Obs: (mesmo Bonnet do sinal de entrada e saída de projétil de arma de fogo no crânio).

Sinal de Bonnet no enforcamento é a **ruptura das cordas vocais.**

➤ Linha Argêntica

Argento (Ag) na tabela periódica é prata. Sendo assim a linha argêntica é uma linha prateada de cor branco prateada, ou branco acinzentada localizada no pescoço. Essa linha aparece em decorrência de um



enforcamento por um laço duro (corda, arame, etc.), em que há desidratação da pele, secando o local. (Ela não aparece em enforcamento causado por laço mole).

DICA DE PROVA – Tipos de questões

Assim como nos enforcamentos com laço duro, podemos encontrar o Sinal de Argêntica no enforcamento com laço mole.

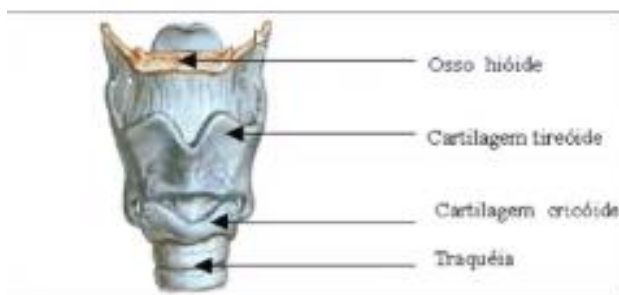
ERRADA. O Sinal de Argêntica só aparece nos enforcamentos causados por laços com objetos duros.

A linha Argêntica é um sinal ausente nos enforcamentos causados por laços moles.

CORRETA. A linha Argêntica ou sinal de Argêntica somente aparece nos enforcamentos causados por laços duros, marcando e machucando mais pescoço, causando desidratação da pele e deixando-a esbranquiçada, acinzentada, com a cor de prata (cor de argento).

Fraturas ósseas causadas pelo enforcamento

- Fratura do corno maior do osso hióide e da cartilagem tireóide:



97

Imagem 01 – visão de frente

Imagem 02 – visão por trás

Observem que a cartilagem possui uma saliência que se parece com um “chifre”, é justamente nesse local desprotegido (mais exposto) que ocorre a fratura nos enforcamentos e esganadura. (Não ocorre no corno menor porque ele está protegido pelo pescoço).

➤ Estrangulamento

Observação: enquanto o enforcamento é uma asfixia mecânica causada por uma constrição cervical por um laço acionado pelo peso do corpo da vítima. O estrangulamento é causado pelo acionamento do **laço por peso DIVERSO** do corpo da vítima.



Conceito

O Estrangulamento é uma asfixia mecânica causada por constrição cervical causada por um laço, acionado por algo diverso do peso do corpo da vítima.

Os casos mais típicos são os casos de estrangulamentos homicidas, quando se coloca, por exemplo, uma corda ao redor do pescoço da vítima e puxa. Nesse caso exemplo, a força/peso exercido é causada pelas mãos do agressor.

Atenção quanto às divergências médico-legal quanto ao estrangulamento.

Alguns autores irão dizer que no estrangulamento é necessária a existência de um laço cervical (corda, fio, etc) e que, portanto, golpes como 'chave de braço', 'gravata', 'mata-leão', não seriam estrangulamento.

Ocorre que, se não considerarmos essas manobras como estrangulamento, não temos como classificar em nenhuma outra forma de lesão. Isso porque, a esganadura é a constrição cervical causada pelas SOMENTE pelas mãos e o enforcamento a constrição somente pelo peso do corpo da própria vítima.

Sendo assim, atualmente a doutrina majoritária (principalmente Hygino e França), entendem que 'mata-leão', 'chave de braço' e 'gravata', são também forma de estrangulamento, todavia, na modalidade atípica, mesmo não tendo um laço cervical.

(modalidade típica – quando contem o laço cervical, causado por força diversa do peso da vítima).

98

Análise de imagem de estrangulamento atípico



Características gerais do sulco:

- ✓ Profundidade
- ✓ Localização
- ✓ Direção
- ✓ Trespasseamento de uma extremidade sobre a outra
- ✓ Estrias ungueais e escoriações nas proximidades do sulco são muito comuns.

Profundidade: **menos profundo** - Sulco menos marcado e homogêneo em profundidade (porque não tem nó suspenso, tendo somente uma corda passada ao redor do pescoço).



Localização: mais baixa – Sulco no estrangulamento é mais baixo, portanto, abaixo do osso hioide, e situada sobre (ao nível) da cartilagem tireoide.

Direção: horizontal - direção do sulco no estrangulamento é horizontal, não sendo mais oblíqua ascendente.

Trespasseamento: sulco trespasado em sua extremidade. (Ponto muito importante no estrangulamento)

Estrias ungueais – marcas de unhas e escoriações – porque a maioria dos estrangulamentos são homicidas e as marcas de unhas indicam a reação da vítima tentando se defender e retirar do pescoço o laço.

Análise de s imagens de estrangulamento



Imagem 02 – marca do sulco – duplo – marca de trespasseamento das bordas (uma borda sobre a outra).

Diferenças entre Enforcamento e Estrangulamento

	Enforcamento	Estrangulamento
Força	Para cima	Variável
Sulco	Alto, acima da laringe, interrompido no nó, heterogêneo, pergaminhado, direção oblíqua ascendente	Baixo, sobre a laringe, contínuo, homogêneo, trespasado, direção horizontal
Violência	Sem outros sinais (suicida típico)	Sinais de violência comuns
Fraturas	Laringe, hioide, ligamentos intervertebrais	Mais raras

***Pergaminhado** – porque a pele desidrata e forma a linha Argêntica.

Análise de imagem - diferenciação entre Enforcamento e Estrangulamento



Imagem 01 – Enforcamento – Sulco oblíquo ascendente muito mais marcado

Imagem 02 – Estrangulamento – Sulco mais baixo, horizontal, menos marcado e trespasado nas extremidades.



➤ Esganadura

Conceito – tipo de constrição cervical causada pelas mãos. O conceito de esganadura é simples: objeto sempre e tão somente as mãos.

Podemos ter a ocorrência de uma esganadura letal?

SIM. A condição de êxito de letalidade de uma esganadura é a maior força do agressor em relação a vítima, ou seja, a superioridade de forças ou impedimento de reação da vítima (exemplo – depressores do SNC – Sistema Nervoso Central – drogas/embriaguez/etc).

Temos ainda que como REGRA a esganadura é sempre homicida!

Diante dessa regra, surgem algumas dúvidas envolvendo o tema.

Existe a esganadura culposa ou suicida?

Vejamos. De modo geral a esganadura é sempre homicida. O mecanismo de formação da esganadura demonstra a intenção de matar do agressor.

Suicida - Se por algum motivo a pessoa com intenção de cometer suicídio aperta seu próprio pescoço, fazendo pressão sobre o sereno carotídeo quando a pressão se tornar muito intensa o corpo reage com a queda da pressão, fazendo com que o indivíduo desmaie e, conseqüentemente ao desmaiar “solte as mãos”. Não havendo mais pressão sobre o local. A circulação volta ao normal e a pessoa desperta.

Acidente – é considerada a inexistência de esganadura por acidente, ou esganadura de forma culposa. Temos como causa jurídica da morte o homicídio e uma forma claramente intencional pelo próprio mecanismo de formação da esganadura. (constrição do pescoço pelas mãos).

Assim, como REGRA a esganadura é SEMPRE HOMICIDA!

Não havendo forma accidental, não havendo forma culposa.

Principais Lesões na Esganadura

As lesões mais comuns são:

- ✓ **Estigmas ungueais:** (marcas de unhas);
- ✓ **Petéquias na face:** (pontos de sangramento na face)
- ✓ **Marcas de França:** (marcas em forma de meia lua, ou semilunares na túnica interna da artéria carótida). Para França seria a marca das unhas comprimindo a artéria carótida sobre a coluna, sobre o OSO.

DICA DE PROVA – BANCA QUE ADOTE GENIVAL VELOS DE FRANÇA

Muito cuidado porque esse sinal pode ser cobrando em provas cuja Banca adote o livro de Genival V. de França.



ENERGIA DE ORDEM FÍSICA

Traumatologia Forense – Energias de Ordem Física

Energias de Ordem Física

Todas as lesões produzidas por uma modalidade de ação capaz de modificar o estado físico dos corpos e de cujo resultado pode surgir ofensa corporal, dano à saúde ou morte.

(França).

Principais energias de Ordem Física:

- ✓ **Temperatura** (calor, frio, oscilação)
- ✓ **Eletricidade**
- ✓ **Pressão Atmosférica** (aumento, redução, explosões)
- ✓ **Radiação ou Radioatividade**
- ✓ **Luz**
- ✓ **Som**

De pronto, adiantamos que nem todas as energias serão trabalhadas no presente material, vez que daremos maior atenção àquelas que mais são cobradas em provas e certames.

No que tange os certames de Delegado de Polícia, com base na análise de provas recentes e passadas, temos que as energias mais cobradas em provas são:

CALOR, ELETRICIDADE e PRESSÃO ATMOSFÉRICA.

Com isso as energias acima precisam ser bem estudadas e aprofundadas

Lesões elétricas de fonte natural: raios – de fonte artificial: choque doméstico ou industrial;

Lesões atmosféricas: lesões causadas em mergulhadores, em pessoas que moram em altas altitudes;

Lesões decorrentes de explosão.

Traumatologia Forense – Energias de Ordem Física:



TEMPERATURA - CALOR

Veremos mais a frente que o calor possui dois tipos de ação: **Ação Difusa ou Ação Direta/Localizada.**

- **Ação Difusa no corpo:** termomoses
- **Ação Direta/Localizada no corpo:** queimaduras



DICA DE PROVA – a ação que mais é cobrada em provas para Delegado é a **ação de queimaduras**, ou seja, **as ações diretas ou localizadas**. Isso porque a ação difusa é um tema mais médico/clínico (insolação, desidratação, etc). São, portanto, as ações difusas do calor mais ligadas a Medicina Assistencial que a Medicina Legal.

TEMPERATURA – CALOR – AÇÃO DIRETA - QUEIMADURA

Queimaduras causadas da ação direta do calor e na maioria das vezes ocasionadas acidentalmente.

Critérios para avaliação de gravidade

Temos dentro dos estudos da ação direta do calor (queimadura) 02 critérios para avaliar a gravidade

Gravidade da queimadura

- **Profundidade:** classificação de Hoffmann
- **Extensão ou Superfície Corporal queimada:** avaliação por percentual (%) e a regra para se obter esse percentual se chama regra de Pulaski (regra dos 9- nove de Pulaski – porque são 9 múltiplos de 9 % de superfície corporal queimada aproximadamente).

Profundidade - Classificação de Hoffmann

102

A avaliação da gravidade pela profundidade de acordo com a classificação de Hoffmann divide a queimadura em 04 graus.

Classificação de Hoffmann - Queimaduras

- **1º grau**
 - **2º grau**
 - **2º grau**
 - **4º grau**
-
- **Queimadura de 1º grau:** aquela caracterizada pela tríade: Eritema (vermelhão, congestão), Edema (inchaço) e dor. Geralmente ocorre dos casos de queimaduras de sol.
 - **Queimadura 2º grau:** presença de flictenas/vesículas (bolhas) que são muito dolorosas.
 - **Queimadura 3º grau:** trata-se de queimadura mais profunda que irá incidir até os planos musculares. Nesses casos não temos mais a presença das bolhas (flictenas/vesículas), mas sim de escaras (casca/crosta). Temos ainda que essa queimadura de 3º grau é menos dolorosa.



Por que a queimadura de 3º grau dói menos?

Isso ocorre porque na pele temos a Derme e a Epiderme. (derme mais abaixo – epiderme mais acima). Temos também terminações nervosas (“raminhos de nervo” que dão o sentido de dor na pele – terminações sensitivas). Ocorre que essas terminações sensitivas terminam no final da derme. A bolha por sua vez é a retirada da camada protetora (epiderme), e com isso as terminações nervosas ficam expostas ao ar, causando dor intensa – queimadura de 2º grau.

Na queimadura de 3º grau que é mais profunda, queimou TUDO, inclusive o nervo, as ramificações responsáveis pela transmissão do sentido da dor. Não haverá dor, pois o nervo todo foi destruído.

DICA DE PROVA – Queimadura de 2º grau causa mais dor que a queimadura de 3º grau.

CORRETA. Apesar de parecer estranho a alternativa estará correta, tendo em vista os motivos acima já explicados.

- **Queimadura 4º grau:** queimadura de 4º grau é a chamada Carbonização. Essa carbonização poderá ocorrer de forma total ou localizada.

103

Análise de imagem da pele

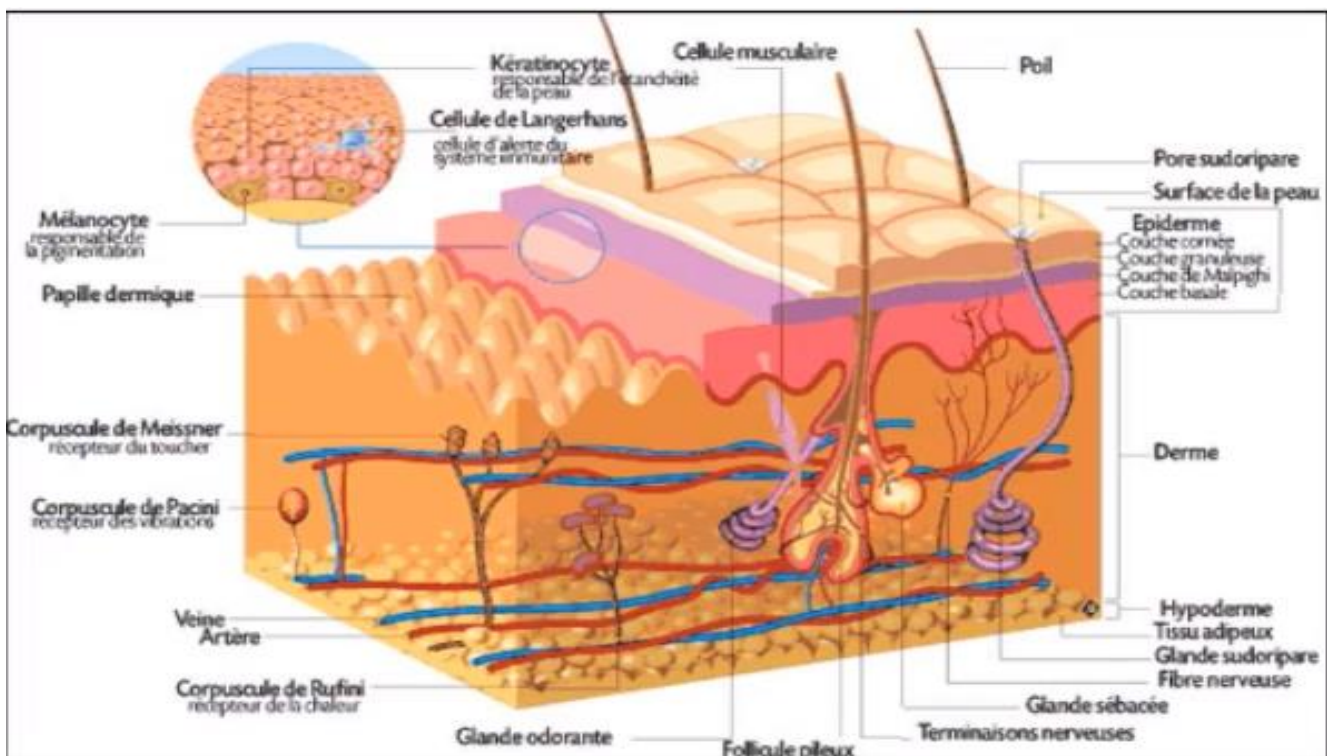




Imagem 01 – nas queimaduras de 2º graus a derme está desnuda (deprotegida)

Imagem 02 - demonstração das características visuais das queimaduras de 1º (edemas), 2º (flictenas) e 3º (escaras).



Imagem 01 – Carbonização localizada – pequenas áreas do corpo da criança com carbonização.

Imagem 02 – Carbonização generalizada.



Imagem 01- temos a Regra de Pulaski que irá dividir o corpo humano em múltiplos de 09.

ATENÇÃO: Sobre A REGRA DE PULASKI temos diferenças quanto ao percentual nos corpo de adultos e de crianças.

Adulto:

Cabeça = 9% (4,5% frente / 4,5% atrás)

Cada membro superior = 9% (4,5% frente / 4,5% atrás)

Cada membro inferior = 18% (9% frente / 9% atrás)

Tronco na região anterior frontal = 18% (9% tórax / 9% abdômem)

Tronco na região posterior – Dorso = 18% (9% acima / 9% abaixo)

Períneo – região genital = 1%



DICA DE PROVA – Já caiu em prova da FUMARC em MG para Delegado de Polícia:

“Mulher teve o corpo queimado e teve todo o membro inferior e a região genital queimada.”

Alternativas:

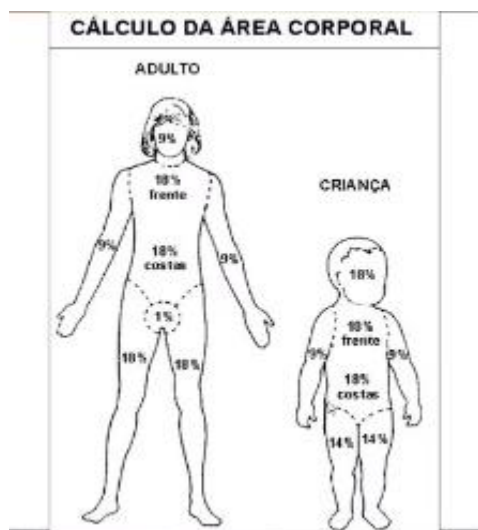
8%

9%

18%

19% - 18% dos membros inferiores + 1% da região genital (períneo)

Outra ponto que aparece muito nas provas é a diferença entre a regra de Pulaski no adulto e na criança:



“Regra dos Nove” de Pulaski

Criança

Cabeça = 18% (criança tem proporção cefálica maior)

Tronco na região anterior frontal = 18% (9% tórax / 9% abdômen)

Tronco na região posterior – Dorso = 18% (9% acima / 9% abaixo)

Cada membros superiores = 9% (4,5% frente / 4,5% atrás)

Cada membros inferiores = 14% (7% frente / 7% atrás) (proporção menor em relação ao corpo)

Períneo = sem percentual definido

105

Critérios de avaliação – Queimaduras “*in vida*” ou “*post mortem*”

Critérios para saber se as queimaduras foram produzidas em vida ou depois da morte.

Sinais Vitais: se tiver sinal vital presente a queimadura foi produzidas em vida, caso não tenha sinais vitais presentes a queimadura foi produzida após a morte.

- 1) Pesquisa de monóxido (CO) de carbono no sangue:** se o sangue da vítima contiver a presença de CO teremos a presença de sinal vital, sendo assim a pessoa estava respirando no momento do incêndio, no momento em que sofreu as queimaduras.
- 2) Sinal de Montalti:** sinal de Montalti aparece em soterramentos e em incêndios. O Sinal de Montalti nos casos de queimaduras não indica a presença de terra nas vias aéreas, mas sim de fuligem. O aparecimento de fuligem das vias respiratórias da vítima indica que no momento do incêndio e queimaduras ela estava respirando.
- 3) Reação inflamatória na pele:** presença de reações inflamatórias na pele, presença de bolhas, reação inflamatória nas flictenas. A pele de pessoa viva, diferentemente da pele do cadáver



inflama. Sendo assim quando for observado no corpo da vítima a presença de processo inflamatório na pele é porque aquela estava viva no momento das queimaduras.

Noutro giro, quando houver a ausência de leucócitos (células brancas) nas bolhas teremos a ausência de reação inflamatória, portanto, a queimadura ocorreu após a morte. (Sinal de Janesie - Jeliac) – queimadura pós morte.

Análise de Imagem

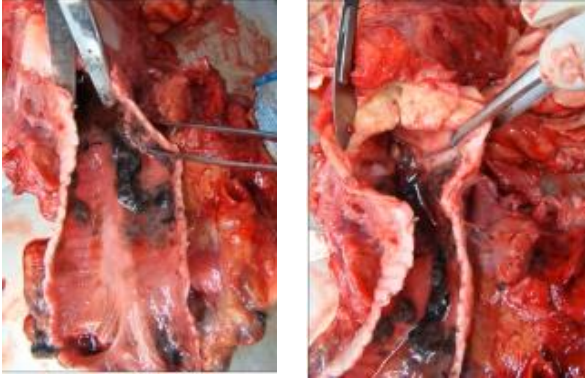


Imagem 01 e 02 – Sinal de Montalti – traqueia aberta com demonstrando a presença de fuligem nas vias aéreas. (Lembrando que: se estivéssemos diante de vítima de soterramento teríamos a presença de terra).

TEMPERATURA – FRIO – AÇÃO DIRETA - QUEIMADURA

Ação Generalizada: não há nomenclatura específica

Ação Localizada: Geladura – Lesão que ocorre em região localizada pelo frio – lesão análoga a queimadura. 100

ATENÇÃO – Enquanto na queimadura a classificação é a de Hoffmann nas lesões causadas pelo frio não temos nome específico de classificação.

Geladuras:

- 1º grau
 - 2º grau
 - 3º grau
 - 4º grau
-
- **Geladura de 1º grau** – palidez/rubefação (vermelha) – corresponde ao Eritema da queimadura de 2º grau.
 - **Geladura de 2º grau** – flictenas – bolhas – semelhantes à queimadura de 2º grau.
 - **Geladura de 3º grau** – formação de necrose (morte tecidual) e escaras mais secas, mais endurecidas.
 - **Geladura 4º grau** – gangrena (necrose das extremidades – comum nos pés) ou desarticulação (perda).



DICA DE PROVA – Bancas já cobraram o nome da desarticulação do membro inferior (pé) causada pelo frio.

“PÉ DE TRINCHEIRA”. Geladura de 4º grau – gangrena e desarticulação do pé.



Imagem 01 – valas conhecidas como trincheiras na 1ª Guerra Mundial, onde os soldados ficavam “entrincheirados” esperando momento certo para o combate. Nessas valas se acumulavam água que congelavam os pés dos soldados. Isso ocorria devido a quantidade de dias que os soldados ficavam na espera do confronto.

Imagem 02 – quando os soldados saíam das trincheiras seus pés estavam desarticulados e tinham que ser amputados. (Esses dados estão descritos nos históricos da 1ª guerra mundial).

Sinais cadavéricos – Temperatura - Frio – Geladuras

Sinais cadavéricos:

- **Rigidez:** a rigidez no frio será muito mais intensa e duradoura.
- **Manchas de hipóstase:** no frio hipóstase e sangue de cor mais clara, rósea.
- **Aspecto do sangue:** sangue de coloração mais rosada.
- **Outros:** Espuma na via aérea (por isso a espuma nas vias aéreas não é sinal patognomônico de afogamento). Sendo assim podemos ter a presença de espuma na via aérea nos casos de morte por geladura.

107

Traumatologia Forense – Energias de Ordem Física: ELETRICIDADE

No tocante a lesões causadas por energias de ordem física em decorrência da eletricidade temos que esta poderá ser de duas fontes:

- ✓ **Eletricidade natural** – descarga elétrica por raio, por exemplo. E essa descarga elétrica poderá causar a morte ou ainda lesão corporal.
 - **Ação - Letal/morte: FULMINAÇÃO** - quando estivermos diante de morte causada por eletricidade natural teremos a chamada “Fulminação”.
 - **Ação - Lesão Corporal: FULGURAÇÃO**- quando estivermos de lesão corporal causada por eletricidade natural teremos a chamada “Fulguração”.



DICA DE PROVA – Banca adora confundir o candidato trocando os termos ou conceitos das lesões causadas pela eletricidade. Lembrando que ambas são eletricidade natural.

✓ **Eletricidade artificial** – quando não for de origem natural. E poderá ser de fonte doméstica ou industrial.

▪ **Ação Letal ou Não Letal:** ocorrendo ou não a morte o nome será o mesmo “ELETROPLESSÃO”. Sendo assim, teremos:

- pessoa morreu por eletroplessão.
- pessoa deve lesão por eletroplessão;

CUIDADO

Na Medicina Legal temos divergência entre os autores relacionada ao termo “ELETROCUSSÃO”. (Ex: pessoa morreu eletrocutada).

Alguns autores colocam Eletrocussão como sinônimo de eletroplessão. Na verdade vários autores elencam o tema como sinônimos. O fato é que ambas as expressões se referem a Eletricidade de fonte artificial.

Sendo assim somente podemos usar as expressões para fonte artificial, e jamais para fonte na natural.

FONTE NATURAL SOMENTE ÀS TERMINOLOGIAS: FULMINAÇÃO OU FULGURAÇÃO.

SE LIGA – Genival Veloso de França – Atenção para as Bancas que usam o autor como bibliografia:

Genival Veloso de França não concorda com o entendimento acima apresentado. Para ele Eletrocussão não é sinônimo de Eletroplessão.

Ele considera:

- Eletrocussão como lesão causada por eletricidade de fonte artificial, mas APENAS em caso de cumprimento de pena de judicial de morte em cadeia elétrica. (nos países em que isso é realizado).

RESUMINDO:

PARA FRANÇA ELETROCUSSÃO SOMENTE NOS CASOS DE ELETRICIDADE ORIUNDA DE CADEIRA ELÉTRICA).

Ação da Eletricidade

Outro ponto muito importante da eletricidade é a sua ação:

“A passagem de uma corrente elétrica através de um condutor determina o calor. O calor é proporcional à resistência do condutor, o quadrado da intensidade e ao tempo durante o qual passa pelo condutor.”

(Efeito Joule - conceito)



Efeito Joule

Efeito Joule está relacionado com:

Resistência: “o calor é proporcional à resistência do condutor” = quando mais resistente for o condutor mais haverá a produção de calor. Quanto menos resistente, menos calor a corrente passa e causa lesão interna.

Intensidade: quando maior a intensidade da corrente, força, amperagem maiores as lesões.

Tempo: quando maior o tempo, maior a quantidade de calor passando.

DICA DE PROVA – Como a questão relacionada à resistência é cobrada em prova?

Corrente elétrica na PALMA DA MÃO, ou nas PLANTAS DOS PÉS.

A palma das mãos e planta dos pés são duros e com isso oferecem maior resistência a passagem da corrente elétrica. Se oferecem maior resistência a passagem de corrente elétrica tem mais Efeito Joule e com isso forma-se mais calor.

Nesse sentido, teremos mais queimadura de superfície e menos passagem interna da corrente.

Já caiu em prova questões relacionadas à TÉCNICAS DE TORTURA.

A questão descrevia uma técnica de tortura historicamente utilizada em que se molhava o mamilo da pessoa e realizam pequenos choques com fios desencapados.

Registra-se que os mamilos são regiões onde a pele é muito sensível, quando molhados, conduzem corrente elétrica com facilidade. Em decorrência da pele fina e sensível esta apresentava baixa resistência formando menos calor. Em consequência teria a vítima dessa prática menor queimadura de superfície e maior mais passagem interna de corrente, o que causava maiores lesões internas que externas.

(Geralmente se olhava para a pessoa e não se conseguia verificar a existência de lesões causadas pela tortura). **Esse fenômeno é explicado pelo Efeito Joule.**

Resumindo:

- Pele mais grossa – maior produção de calor – maior queimaduras externas e menores internas.
- Pele mais fina – menor produção de calor – menor queimaduras externas e maiores internas.

Tipos de ação de eletricidade no corpo

A eletricidade tem dois tipos de ação no corpo:

- **Ação direta:** é a corrente elétrica diretamente alterando algo em nosso corpo.

Qual seria o órgão mais afetado?

O coração.



Nosso coração bate em determinado ritmo que é ditado por mecanismo de corrente elétrica do coração.

Quando há ação externa ligada a eletricidade e esta entra em contato com o coração, temos alteração dos ritmos deste.

Sendo assim, Ação Direta é a condutibilidade elétrica no coração que faz com que este bata fora do ritmo – Arritmia.

- **Ação indireta:** explicada pelo EFEITO JOULE, que nada mais é que a produção de calor. Pela passagem da corrente elétrica.

Lesões Típicas de Eletricidade

- ✓ Sinal de Lichtenberg
- ✓ Marca elétrica de Jellinek

Sinal de Lichtenberg

- Sinal oriundo de fonte elétrica natural.
- Sinal arboriforme – em forma de samambaia
- Sinal efêmero – temporal (desaparece em torno de 24 horas se a pessoa sobrevive).

Consequência do sinal efêmero:

Obs 1: não estará sempre presente em todas as perícias de eletricidade natural.

Obs 2: é efêmero porque significa vasodilatação (dilatação de vasos sanguíneos vasomotores). Passa a corrente os vasos se dilatam e enchem de sangue e depois voltam ao normal e o sinal some. (Isso é tipo de eletricidade natural e não ocorre nos casos de Jellink).

Obs 3: Parte da doutrina (outra parte não se manifesta), diz que Sinal de Lichtenberg é Patognomônico de eletricidade natural.

O **Sinal de Lichtenberg** é um sinal que não aparece em outras lesões. Com isso, se for verificado um periciando ou paciente com esse sinal com certeza ele foi vítima de eletricidade de causa natural.

Marca elétrica de Jellinek

A marca elétrica de Jellinek NÃO É PATOGNOMÔNICA.



- ✓ Marca oriunda de eletricidade artificial.
- ✓ Lesão Nodular – nódulo endurecido,
- ✓ Marca caracteristicamente indolor - quase sempre passa despercebida.

Marca que significa porta te entrada da corrente.

DICA DE PROVA – A marca elétrica de Jellinek é um sinal que aparece na eletricidade artificial, constituída por um nódulo endurecido, sendo ainda considerada como porta de entrada da corrente e é dolorida.

ERRADA. A marca apresenta todos esses tipos de características, contudo não é uma marca dolorida, é um sinal INDOLOR.

Observação

Imaginemos que indivíduo “A” está em local aberto, como se fosse um pasto, e próximo a ele existe uma cerca de arame na qual está segurando com as mãos. O tempo começa a mudar e um raio cai no local eletrificando a cerca, fazendo com que a corrente chegue até ele. Perguntamos:

Que tipo de lesão teremos nas mãos de “A”? Lichtenberg ou Jellinek?

Jellinek, porque “A” estava segurando a cerca. E a descarga elétrica foi fonte natural, porque se originou-se de um raio, mesmo que tenha chegado ao indivíduo “A” atrás do contato com a cerca de arame.

SENDO ASSIM, JELLINEK NÃO É PATOGNOMÔNICA DE ARTIFICIAL, mas tão somente indica o local onde “A” encostou as mãos no “fio condutor” – arame.

Análise de imagens – Diferenças:



Imagem 01- Sinal de Lichtenberg – Lesão em forma de samambaia – arboriforme. Vasos sanguíneos – caminho dos vasos fica visível. Sinal muito comum de ser encontrado no tórax, pescoço, e indica o local de início da corrente.



Imagem 02 – Marca de Jellinek. Nódulo endurecido de cor branca amarela, possuindo na região central um ponto mais escuro chamado metalização (outra lesão de eletricidade – deposição na pele do metal do fio condutor).

Geralmente o local mais comum é nas mãos, diante da frequência com que se mexe com fios nos casos de correntes artificiais (doméstica ou industrial). Porta de entrada da corrente elétrica.

DICA DE PROVA – Já houve bancas que colocaram a seguinte afirmativa:

“O sinal de Lichtenberg indica o local/ponto de saída da corrente”.

FALSO. Indica local de entrada.



Cuidado com outra divergência - (Provas do Rio de Janeiro - RJ)

Genival Veloso de França: diz que a marca elétrica de Jellinek não é uma queimadura elétrica. Para ele, queimadura elétrica é uma coisa e marca elétrica é outra.

Hygino Carvalho Hércules: Marca elétrica de Jellinek é um tipo de queimadura elétrica. E se é um tipo de queimadura elétrica, ela também é causada pelo efeito Joule (que produz calor).

Vejam que para França é outra coisa, outra lesão.

Eletricidade – Lesões Típicas:

- ✓ **Queimadura elétrica** - (decorrente do efeito Joule) é uma queimadura diferente da queimadura da temperatura porque a queimadura elétrica não forma bolhas/flictenas.
- ✓ **Metalização** – deposição cutânea do metal.
- ✓ **Amputação de membros e secção corporal** – podem aparecer em correntes de altas voltagens e alta amperagem.

DICA DE PROVA – “Aponte a diferença de queimadura elétrica e queimadura térmica”.

Queimadura elétrica não apresenta flictenas/bolhas.

Eletricidade – Mecanismo de morte:

Podemos ter diversos mecanismos de morte a depender do tipo de corrente:

- ✓ **Alta tensão: (> 1200 volts):** mecanismos de morte são por lesões do SNC - Sistema Nervoso Central (Encefálicas Cerebrais).
- ✓ **Média tensão: (1200 a 120 volts):** mecanismo de morte por asfixia – isso porque a corrente elétrica vai causar tetania dos músculos acessórios da respiração.

Observação

Lembrar que a **sufocação direta** é a obstrução da via aérea, e a indireta é a compressão do tórax causando o impedimento da musculatura acessória da respiração.

Tetania é uma contração sequencial rápida e involuntária. Com a passagem da corrente elétrica os músculos contraem de forma rápida e involuntária repetidamente entrando em cansaço, FADIGA. Quando os músculos entram em total fadiga teremos a sufocação.



- ✓ **Baixa tensão: (<120 volts):** mecanismo de morte é por parada cardíaca (alteração no coração). A corrente elétrica ao passar pelo corpo irá alterar a condutividade elétrica do coração causando arritmias.

Arritmia Grave – Letal

Existe uma arritmia muito grave chamada “FV” – Fibrilação Ventricular. Trata-se de uma arritmia letal, onde temos os batimentos desordenados do ventrículo.

DICA DE PROVA – Banca do Rio de Janeiro

A “FV” Fibrilação Ventricular, aparece nas circunstâncias de mecanismos de morte de baixa tensão, MAS também nos casos de afogamento em água doce.

Cuidado com as expressões:

- **Lesões no SNC – Sistema Nervoso Central** – alta voltagem
- **Asfixia** - média voltagem

Duas questões de Delegado de Polícia relativamente recentes, já cobraram da seguinte forma:

DICA DE PROVA

“Um dos mecanismos de morte possíveis na eletricidade de média tensão é a asfixia de origem nervosa central”.

ERRADA. No sistema Nervoso Central temos uma estrutura chamada bulbo (localizada no tronco encefálico), e essa estrutura comanda as funções respiratórias e cardíacas. Nesse sentido se tivermos uma corrente **de alta tensão** e lesão do bulbo/ do sistema nervoso central, teremos uma parada cardíaca e respiratória em consequência. Isso porque o bulbo como vimos comanda essas funções.

Todavia a asfixia e parada cardíaca são de origem central, porque a lesão é central. Se estivermos diante de origem central devemos considerar alta tensão.

E qual é o problema?

Muitas vezes o candidato do curso de Direito decora como:

Alta tensão: SNC, Média tensão: asfixia; Baixa: Tensão: parada cardíaca, e ao ler na prova asfixia marca média tensão como mecanismo de morte.

Mas CUIDADO, porque poderemos ter asfixia nos casos de alta tensão, se o bulbo parar de funcionar. Sendo assim quando tivermos mencionado pelo examinador, parada cardíaca de origem central, asfixia de origem central, teremos o mecanismo de morte por **alta tensão, lesão no cérebro.**

Já quando mencionar asfixia periférica teremos a **média tensão.** Seria aquela que ocorre pela parada da própria musculatura acessória da respiração.



DICA DE PROVA – Já foi cobrado em prova:

Um Delegado de Polícia recebeu um laudo de necropsia de um paciente que foi vítima de um choque elétrico, colocando como causa da morte asfixia. Marque a resposta correta.

- a) Laudo contraditório porque a asfixia não aparece no choque elétrico. O delegado deve solicitar nova perícia.
- b)....
- c)....
- d) É um mecanismo possível de morte nos casos de média tensão.**

Sendo assim muito cuidado, porque muitas vezes ao ler asfixia o candidato não liga o mecanismo de morte diretamente com eletricidade, e pensa diretamente em respiração.

Mas a asfixia também pode ocorrer em decorrência da eletricidade em MÉDIAS VOLTAGENS E MÉDIAS AMPERAGENS.

Traumatologia Forense – Energias de Ordem Física: PRESSÃO ATMOSFÉRICA

Observem que ainda estamos dentro da Traumatologia Forense, onde temos energias que são transferidas do meio para o corpo e são capazes de causar lesão, dano corporal e morte. Anteriormente vimos ainda que as principais energias de ordem física são:

- ✓ - Temperatura
- ✓ - Eletricidade
- ✓ - Pressão Atmosférica

114

(Lembramos que temos outras energias de ordem física, todavia essas são as mais importantes).

Pressão Atmosférica:

Dentro da Pressão Atmosférica, temos 03 tipos de lesões que são importantes e estão relacionadas com:

- ✓ **Aumento da pressão atmosférica;**
- ✓ **Diminuição da pressão atmosférica;**
- ✓ **Explosões;**

(** Explosões tem sido um tema “queridinho” das bancas para provas de Delegado Civil).

✓ **Aumento da pressão atmosférica**

Quando falamos em aumento de pressão temos uma síndrome em geral que é chamada de **“Mal dos caixões”** ou **“Doença dos Caixões”**. O nome se dá porque as lesões aparecem muito em locais em que temos obviamente o aumento de pressão atmosférica, locais subterrâneos, situações envolvendo mergulhadores fundo do mar, etc.



Nesse sentido os principais exemplos que vamos ter de pessoas que terão essa doença originária de aumento de pressão atmosférica são:

- mergulhadores;
- pessoas que trabalham em túneis subterrâneos;

Baropatia X Barotrauma.

Obs: não podemos confundir:

Baro= pressão

Baropatia é qualquer doença decorrente de alteração na pressão atmosférica (aumento, redução, explosão). Lesões causadas por variação da pressão atmosférica. (Baropatias)

Barotrauma é uma lesão específica (é um tipo de Baropatia) que aparece predominantemente quando temos grandes diferenças na pressão atmosférica, e não temos uma adaptação temporal do organismo em relação a essa pressão.

O caso mais grave que poderemos encontrar nas provas, são aquelas em que o mergulhador está nas profundidades e sobe muito rápido a superfície. Temos com isso uma diferença acentuada de pressão atmosférica que interfere consideravelmente no organismo humano, causando um trauma. Nesses casos teremos o Barotrauma (diferenças súbitas de pressão atmosférica).

Baropatia – gênero

Barotrauma – espécie

Com isso, as pessoas envolvidas em alteração significativa de pressão atmosférica terão uma doença grave, uma lesão potencialmente fatal, ou seja, que pode matar chamada de “**Síndrome de descompressão**”, onde teremos uma descompressão súbita.

O Barotrauma dos mergulhadores quando sobem rápido a superfície é um exemplo clássico para a chamada Síndrome de Descompressão. E o Barotrauma mais grave na síndrome de descompressão é o PULMONAR, quando temos lesão nos pulmões, ou seja, no local onde temos ar, onde existe maior variação de pressão atmosférica.

Resumindo (caso mais cobrado): No caso dos mergulhadores nós temos uma pessoa (mergulhador) localizado nas profundidades (situação de aumento de pressão atmosférica) e que sobe rapidamente a superfície (numa situação de pressão atmosférica normal). A realização desse ato de forma rápida, brusca e sem respeitar a adaptação do organismo desenvolve um Barotrauma que chamamos de síndrome de descompressão. Esse Barotrauma por sua vez é potencialmente fatal e pode gerar complicação letal (que é causa da morte do mergulhador) e que denominamos de Embolia pulmonar. (Barotrauma Pulmonar grave, fatal do mergulhador que sobe rápido a superfície).



Diminuição da pressão atmosférica

Enquanto o aumento de pressão atmosférica é denominado “Mal dos Caixões”, a diminuição da pressão atmosférica chama-se “**Mal das Montanhas**”. Pessoas que ficam em locais de grandes e elevadas altitudes onde temos pouca pressão atmosférica, estão expostas a um ar diferente, ar esse que chamamos de ar rarefeito - ar que com pouco oxigênio.

Nós seres humanos quando expostos a essa variação de pressão atmosférica e com pouco oxigênio, geralmente apresentamos alterações neurológicas como dor de cabeça, tontura, vômito, sintomas associados à baixa quantidade de oxigênio no ar.

Nesses locais mencionados teremos baixas pressões atmosféricas e altas altitudes – são locais normalmente acima de 2.000 metros de altitude.

Formas de apresentação do “Mal da Montanha”:

- **Mal da Montanha de forma aguda:** que é grosso modo, aquele exemplo de quando saímos de nosso país e vamos a outro de elevada altitude, quando chegamos ao local começamos a passar mal, em decorrência das alterações neurológicas causadas pela ausência de oxigênio.

- **Mal da Montanha de forma crônica:** muito conhecido como **Doença de Monge**. Essas doenças são típicas de pessoas que moram há muito tempo em locais de elevada altitude e que estão comprometidos cronicamente a um ambiente de baixa pressão atmosférica, e de ar com pouco oxigênio. 110

Nesses casos, as pessoas com essas doenças crônicas vão adaptando seu organismo a essa pressão atmosférica. Vale mencionar que existe um sinal específico da doença de monge: chama-se “**Poliglobulia**”.

Sinal Poliglobulia: (vamos entender)

Nos locais de elevada altitude temos muito ar rarefeito, e com isso baixo oxigênio.

Relembrando: vimos na asfixia que temos uma molécula no sangue (molécula que fica dentro das hemácias e a que é responsável por carregar o oxigênio às células -Hemoglobina Hb)

Quando temos pouco oxigênio no ar, nosso organismo visando compensar essa falta tem que aumentar a quantidade de hemoglobina, para tentar “capturar” o que tiver de oxigênio no ar.

Como a hemoglobina fica dentro das células chamadas Hemácias (células do sangue, nossos glóbulos vermelho) temo a denominação POLI (muitos) glóbulos vermelhos, em decorrência do aumento desses glóbulos.

Sendo assim o Sinal de Poliglobulia nada mais é que o aumento do número de glóbulos vermelhos (aumento do número de hemácias de forma compensatória, visando busca o máximo de oxigênio que conseguir em ar considerado rarefeito.

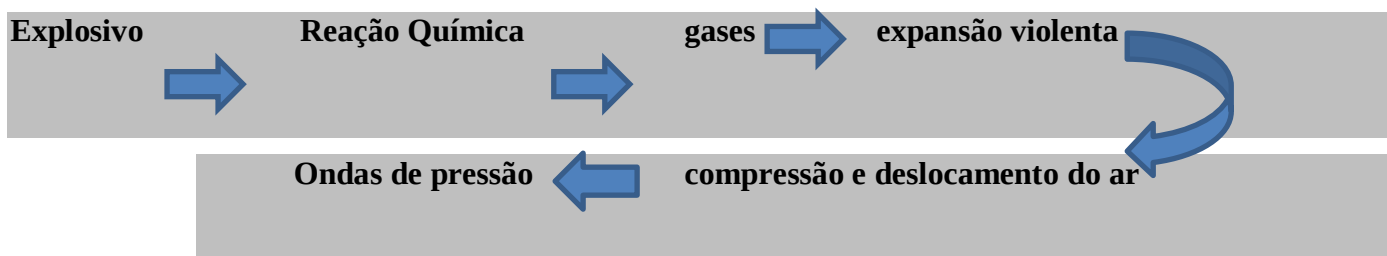


DICA DE PROVA - Qual é o principal substrato patológico do “Mal das Montanhas” associada à Doença de Monge?

Poliglobulia compensatória. (que serve para compensar a redução de oxigênio no ar atmosférico).

Explosões

As Explosões são Baropatias.



Na sequência podemos observar que qualquer explosão decorre de uma reação química, em um material explosivo de qualquer natureza que leva à formação de gases de forma muito rápida e violenta. A expansão desses gases ocorre de forma rápida e violenta causando a alteração da pressão. Isso porque há uma compressão e deslocamento do ar que causa modificações na pressão atmosférica ao redor do indivíduo formando as chamadas ondas de pressão.

Quais são os fatores responsáveis pelos efeitos lesivos das explosões?

117

São as ondas de pressão. E vale mencionar que estas causam danos e também os chamados BLASTS.

O que são BLASTS?

Conjunto de efeitos lesivos de uma explosão causados pelas ondas de pressão.

É uma Baropatia, ou seja, uma lesão decorrente de pressão atmosférica, de alteração súbita de pressão devido a proliferação de gases da explosão.

Classificação dos Blasts

(Tipos de Blasts – muito importante que o candidato saiba classificar cada um deles, vez que indicam lesões diferentes ocorridas em determinadas situações de explosões)

- ✓ Blast primário
- ✓ Blast secundário
- ✓ Blast terciário
- ✓ Blast quaternário



✓ Blast primário

Decorre da onda de choque propriamente dita, ou seja, teremos uma lesão no corpo da vítima que vai decorrer da diretamente da transferência dessa alteração de pressão ao corpo. Sabemos que nas explosões temos alterações muito súbitas de pressão atmosférica, com isso SE essa alteração “súbita” for transferida diretamente ao corpo da pessoa próxima a explosão, os órgãos que mais irão sofrer com isso são aqueles capazes de absorver essa pressão.

Quais são esses órgãos?

São os órgãos que possuem ar e que diante de situações de alteração de pressão atmosférica súbita em decorrência de explosão podem sofrer rupturas.

Resumindo: Blast primário são Baropatias de explosões nos órgãos que contem ar.
(pulmões, ouvidos e tubo digestivo)

DI CA DE PROVA - Quando a prova apresentar questionamento envolvendo a ruptura de órgãos que contêm ar em decorrência de alteração de pressão atmosférica súbita teremos o Blast primário.

✓ Blast secundário***** (importante esse tipo – maior atenção)

O Blast secundário por sua vez, resulta de estilhaçamento do material explosivo ou de objetos próximos. O estilhaçamento do material envolvido na explosão formará “micro projéteis”.

A logica é a seguinte: da mesma forma que a alteração da pressão atmosférica súbita pode causar rupturas e lesões nos órgãos que contêm ar da pessoa próxima ao evento, poderá ela também impactar objetos que estejam próximos, causando sua destruição/estilhaçamento (janela de vidro, garrafa, aparelhos eletrônicos, etc..). Os fragmentos oriundos desse estilhaçamento funcionarão como micro projéteis, podendo afetar de forma considerável aqueles que estiverem no local.

******Importante:** pedimos maior atenção no presente tópico, porque recentemente o Blast secundário “apareceu” de forma “maquiada” na ultima prova de **Delegado de Polícia do Estado de Minas Gerais**.

O examinador trabalhou com o evento de uma explosão de caixa eletrônico.

Sabemos que além do material de ferro, alumínio, entre outros, temos nos caixas eletrônicos a presença de vidro que geralmente servem como tela “touch” para a realização das operações bancárias. Com a ocorrência de uma explosão, o vidro presente no caixa eletrônico alvo do evento, certamente se estilhaçará e será lançado para várias direções, momento no qual poderá causar lesões às pessoas próximas.



A banca FUMARC questionou qual seria a lesão mais provável de ocorrer em uma explosão em caixa eletrônico. Na sequência apresentou várias alternativas:

- lesões corto-dilacerantes;
- lesões contuso dilacerantes;
- perfuro dilacerantes;
- corto contusa;

Ocorre que não obstante a apresentação das alternativas, vimos no início do presente Manual Caseiro que em Medicina Legal **NÃO EXISTE LESÕES DILACERANTES.**

Com isso a alternativa correta seria a corto contusa, vez que todas as outras opções tinham a palavra dilacerante presente, e dilacerante não existe.

Desdobramento da Prova: muitos candidatos recorreram da questão, contudo a Banca FUMARC não considerou as razões dos recursos.

Os candidatos alegaram que Genival Veloso de França entende que as lesões explosivas são contusas predominantemente. (o que é verdade – o mecanismo é contundente). Alegaram ainda que não existe lesão cortante em explosão, haja vista que não tem vidro, sendo uma lesão causada pela alteração súbita de pressão atmosférica.

Porém pode existir no Blast secundário como vimos. Sendo assim existe essa possibilidade de lesão cortante em explosão, principalmente em casos concretos como o apresentado na questão.

Por fim, ocorre que a Banca indagou qual seria a lesão **MAIS PROVÁVEL**, não afirmando, portanto, que seria a única.

As lesões mais importantes de uma explosão são as causadas pelo mecanismo contundente/ lesões traumáticas, mas podemos ter também lesões cortantes nas situações de Blast Secundário. Se no caso concreto houver um objeto de vidro próximo ao foco explosivo ele poderá estilhaçar formando-se “micro projéteis” que poderão ser lançados em direção ao corpo da vítima causando lesões cortantes.

Com isso questionamos: a lesão causada por explosões são exclusivamente contusas? NÃO!

✓ Blast terciário

O Blast terciário resulta do arremesso do corpo à distância.

Nesses casos teremos a vítima próxima ao foco da explosão, onde receberá os efeitos do Blast primário nos ouvidos, pulmões e tubos digestivo. Poderá sofrer ainda lesões causadas por fragmentos de vidro e de outros objetos que se estilhaçaram com a explosão. Além dos pontos mencionados poderá também ser arremessada em decorrência da formação de intensos ventos explosivos, causados pela súbita alteração de



pressão. Com arremesso e queda, teremos no Blast terciário a presenta predominantemente de lesões contusas.

✓ Blast quaternário

Para o Blast Quaternário, temos todas e quaisquer outras lesões que forem causadas pelos efeitos da explosão que não se encaixe em nenhum dos outros Blast acima mencionados. Ou seja, temos uma classificação que abarca os efeitos residuais da explosão.

Apesar de várias possíveis lesões, as mais comuns de se enquadrem nesse tipo de Blast são as lesões relacionadas com intoxicações (em decorrência dos gases tóxicos) e queimaduras (em decorrência do aumento de temperatura).

Obs: Intoxicação e Queimadura são mecanismos contundente?

NÃO. Queimadura é energia de ordem física e intoxicação é energia de ordem química.

Com isso é errado dizer que as explosões causam lesões ~~EXCLUSIVAMENTE~~ contusas, vez que podem causar lesões contusas, lesão cortante e lesões oriundas de mecanismos de energia de ordem física e química.

Traumatologia Forense – Energias de Ordem Física – Outras energias de ordem física.

120

- ✓ Radiodermites
- ✓ Lesões nas gônadas
- ✓ Lesões oculares
- ✓ Lesões auditiva: zumbido, otalgia e PAIR

Radiodermites – lesão na pele decorrente de radiação.

Lesões nas gônadas – lesão dos ovários e testículos. A pessoa poderá ficar infértil se for submetida a radiação por muito tempo.

Lesões oculares - lesões oculares que podem causar até a perda da visão.

Lesões auditiva: zumbido, otalgia e PAIR – (perda auditiva induzida pelo ruído crônico).

ENERGIA DE ORDEM QUÍMICA

Traumatologia Forense – Energias de Ordem Química

Sobre o presente tópico é muito importante que o candidato não confunda as energias de ordem física com as energias de ordem química.



Energias de ordem química

“Todas as substâncias que, por ação físico-química ou biológica, são capazes de, entrando em reação com os tecidos vivos, causar danos à vida ou à saúde”.

(França).

Principais

- ✓ Cáusticos
- ✓ Venenos
- ✓ Embriaguez alcóolica
- ✓ Toxicofilias/Toxicomanias

Diferenciação entre cáusticos e venenos:

A diferença entre uma substância caustica e uma substância venenosa está relacionada ao modo de ação o organismo. Observem que quando falamos em modo de ação, estamos nos referindo às ações internas ou externas. Podemos, portanto ter uma ação meramente EXTERNA ou INTERNA.

Ação meramente externa

Quando estamos diante de uma ação meramente externa, basta o simples contato da substância com a pele para que ocorra a lesão. Nos casos em que a lesão é externa denominamos de tegumentar. (Tegumento - pele).

Quem faz lesão externa é cáustico. Para que se tenha lesão cáustica basta o mero contato com a pele.

Se as lesões externas são causadas pelos cáusticos, as Lesões Internas são causadas pelo veneno.

O veneno para causar lesão dever ser inserido no organismo uma “porta de entrada”, não bastando mero contato com a pele. O veneno não penetrando no organismo não poderá agir e com isso não causará lesão.

Principais portas de entrada dos venenos no organismo:

- **Inalação** – aspirar, cheirar o veneno.
- **Ingestão** – ingerir – via oral
- **Injeção** – injetar o veneno na corrente sanguínea

✓ Cáusticos

São substâncias que, por sua natureza química, provocam **reações externas** com os tecidos e lesões tegumentares potencialmente graves.

Principais exemplos de substâncias cáusticas:



- Ácidos
- Sais
- Bases ou Alcalis

Como vimos os ácidos causam lesões tegumentares, ou seja, lesões na pele (extrema), tais lesões externas possuem 02 tipos de efeitos principais: efeito Coagulante e efeito Liquefacientes.

Cáusticos coagulantes e Cáusticos liquefacientes:

- **Coagulante:** substância que desidrata os tecidos. Fazem com que a pele em decorrência do contato perca água. Quando estamos diante de lesões que causam perda de água na pele temos consequentemente uma lesão dura. Lesões causadas por substâncias coagulantes causam escaras (crostas, cascas) secas e endurecidas.
- **Liquefacientes:** as substâncias liquefacientes não desidratam os tecidos, eles mantem a água na pele, e consequentemente as lesões se apresentarão em forma de escaras moles, úmidas e untuosas (seboso e gorduroso).

As diferenças das lesões causadas por cáusticos são fáceis de compreender e decorar, contudo nas provas são cobradas questões envolvendo quais das duas são mais graves em profundidade e extensão. Nessa toada, adiantamos aos candidatos que:

Lesões Coagulantes - em decorrência da formação de crosta/escara/casca dura na pele, teremos uma “capa protetora” que impedirá que a substância cáustica seja absorvida e tenha contato em profundidade com a pele. A escara atua como uma barreira à absorção pela pele da substância.

Lesões Liquefacientes - devido às lesões moles, úmidas e untuosas, temos que a substância poderá adentrar no organismo causando maior lesão em profundidade, diante da abertura da lesão/ferida.

DICA DE PROVA – Questão Cespe/Cebraspe

“Lesões causadas por Cáusticos Liquefacientes são mais graves em profundidade, enquanto as lesões causadas por Cáusticos Coagulantes são mais graves em extensão.”

CORRETA. A lesão causada por cáustico liquefacientes não tem capa protetora, com isso a substância vai penetrar causando maior dano em profundidade; já a lesão causada por cáustico coagulante forma casca que impedem a penetração, mas que favorece que substância se espalhe na pele (lesão de extensão).

Principais cáusticos coagulantes: ácidos e sais.

Principais cáusticos liquefacientes: bases (soda cáustica, amônia, potassa).



Importância da perícia

- Distinção de escaras produzidas em vida e *post mortem*

(lembramos aqui que toda ferida produzida em vida tem reação inflamatória). Pele com vida inflama, pele de cadáver não inflama. Distinção então se dá em decorrência da reação inflamatória.

- **Identificar a substância utilizada** – as escaras entre si podem se apresentar de formas diferentes e cada uma delas podem indicar o tipo de substância utilizada. Para identificar as substâncias utilizadas podem ser realizadas reações com substâncias químicas e que dizem a aparência da escara (nomes das substâncias não aparecem na prova, mas a aparência sim).

- **Natureza jurídica** – a natureza jurídica mais relevante das lesões cáusticas costumam ser predominantemente acidental ou criminosa.

Principais substâncias e os aspectos das escaras.

SUBSTÂNCIA	ASPECTO DAS ESCARAS
Ácido Sulfúrico – (desidrata)	Secas e Brancas
Ácido Nítrico - (desidrata)	Secas e Amarelada
Ácido Clorídrico - (desidrata)	Secas e Marrom/Cinza
Sais - (desidrata)	Secas e Brancas
Álcalis/Bases – mantém líquido Principal base que é cobrada em prova: SODA CÁUSTICA, mas também temos potassa e amônia como substâncias básicas alcalinas que podem causar lesão cáustica na nossa pele.	Moles, úmidas, untuosas e em alguns casos translúcidas meio transparentes.
Observação: Vitriolagem – lesão causada por ácidos, muito importante e muito cobrada em provas.	O nome Vitriolagem surgiu porque o ácido sulfúrico já foi chamado de óleo vitríolo antigamente. Todavia, atualmente essa denominação não é utilizada somente para se referir as lesões causadas por ácido sulfúrico, mas sim para fazer referência a QUALQUER LESÃO causada por ácido. Vitriolagem a lesão causada por quaisquer tipos de ácidos. Essas lesões a depender do aspecto das escaras têm a origem em um ácido específico.





Imagem 01 e 02 – temos lesões cicatriciais, ou seja, com aspecto cicatricial e a depender do aspecto da lesão também a configuração de deformidade permanente.



Imagem 01 – lesão extensa, que muitas vezes são de situações de Vitriolagem. São decorrentes de crimes passionais, onde a intenção do agressor (clara e nítida) é a de causar deformidade permanente na vítima em área exposta. Observamos na imagem 01 que as escaras apresentadas na face da vítima são secas e duras. Diante do aspecto apresentado, já podemos considerar que as lesões foram causadas pela ação de ácido ou sal.

Ocorre que escara de sal (como vimos na tabela acima) são brancas, e não é o caso presente na imagem, que contém lesões duras, escuras, com tonalidade marrom e em alguns pontos até acinzentada.

Com base nos estudos já feitos, temos então na presente imagem um caso clássico de Vitriolagem causada por ácido clorídrico.

124

✓ Venenos

Conceito de veneno

“Qualquer substância que, introduzida pelas mais diversas vias no organismo, mesmo homeopaticamente, danifica a saúde ou causa a morte.”

(França).

“Um veneno é uma substância que, quando introduzida no organismo em quantidades relativamente pequenas e agindo quimicamente, é capaz de produzir lesões graves à saúde, no caso do indivíduo comum e no gozo de relativa saúde.”

(Peterson).

Observando os conceitos apresentados temos que são conceitos bem amplos e trabalham com a expressão “qualquer” substância. A ideia que devemos ter sobre veneno é exatamente essa QUALQUER substância – isso porque qualquer uma pode agir como veneno, até mesmo a água.



Injeção de 1 litro de água na veia de uma pessoa, ou ainda a injeção de glicose na veia de pessoa diabética. A princípio água ou glicose não são consideradas como veneno, todavia no exemplo exposto podem muito bem incorporar esse papel.

Com isso temos que o conceito Médico Legal de veneno é exatamente esse mesmo, o de abarcar todas e quaisquer substâncias. Nessa logica todas têm potencial de agir quimicamente com os organismos humanos funcionando como veneno, ainda que em pequenas doses.

Conceitos de venenos que sempre caem em prova

- ✓ **Mitridatização** – ocorre quando a pessoa adquire elevada resistência ao veneno. Estado de elevada resistência em razão de seu uso crônico e repetido em doses crescentes. (palavra-chave em Mitridatização é RESISTÊNCIA)
- ✓ **Intolerância** - o contrário de Mitridatização é a intolerância. Quando estamos diante de quadro de intolerância, temos alta sensibilidade a doses ínfimas consideradas inócuas para outras pessoas. Ou seja, uma pequena dose de veneno que não causa dano algum na maioria das pessoas, causa danos severos à determinada. (Palavra-chave é SENSIBILIDADE).
- ✓ **Sinergismo** – no sinergismo temos uma ação potencializadora de duas ou mais substâncias. A ação potencializadora desses efeitos tóxicos é decorrente de ingestão simultânea de várias substâncias químicas. Muito comum termos a ocorrência de sinergismo nos casos de ingestão de álcool e remédio. (Palavra-chave é ação POTENCIALIZADORA).

Ordem de fases de veneno no organismo

(trata-se de uma ordem de mecanismos de processos químicos que não podem aparecer de forma alterada na prova. Bancas vêm cobrando o tema nas provas de Medicina Legal frequentemente).

Algumas observações importantes:

➤ Fases no organismo:

penetração, absorção, distribuição, fixação, transformação e eliminação.

DICA DE PROVA – Pode cair em prova:

Examinador fala das fases do metabolismo da substância química no organismo (insere as fases) e afirma que estão relacionadas às substâncias cáusticas.



ERRADA. Porque as substâncias cáusticas não precisam entrar no organismo para causar lesões, visto que são lesões de ação externa (Coagulantes ou Liquefacientes).

Sendo assim as fases que se referirem a penetração da substância no organismo só pode estar relacionada a veneno. Isso porque o veneno diferentemente da substância cáustica que é a que vai penetrar no organismo (contato interno) causando lesões.

- **Penetração** – fase da penetração é necessária porque precisamos de uma “porta de entrada” já que estamos diante de uma substância com ação interna.

(lembramos aqui que temos 03 principais portas de entrada: inalação, ingestão e injeção)

- **Absorção** – consequência da penetração no organismo. Ao ser inserido no organismo a tendência da substância é de ser absorvida.
- **Distribuição** – após a absorção pelo organismo a substância vai para a circulação sanguínea. A substância venenosa somente entrará na corrente sanguínea se for absorvida. Lembrando ainda que a fase de distribuição também é chamada de fase de circulação.

(momento em que o veneno circula no corpo)

- **Fixação** – temos nessa fase a fixação das substâncias nos órgãos. Os órgãos por sua vez, sofrendo a ação tóxica desse veneno irão tentar transformar esse veneno em outra substância menos tóxica.
- **Transformação** – transformação do veneno em substâncias menos tóxicas pelos órgãos como tentativa de defesa.
- **Eliminação** – a eliminação ocorre depois das fases acima com a expulsão pelo corpo das substâncias tóxicas. Nesse sentido, o corpo só consegue eliminar um veneno/substância tóxica após sua transformação. A principal transformação dos venenos ocorre no fígado e nos rins.

DICA de PROVA - RINS e FIGADOS são considerados órgãos de transformação. São órgãos que transformam o veneno em outras substâncias e que são eliminadas nas fezes, urina, suor, saliva, bile e lágrima. (principais vias de eliminação do veneno a partir das fases acima).

ATENÇÃO - Mais uma vez alertamos que o Examinador gosta de dizer que essas fases são dos cáusticos e costuma trocar a fase da absorção pela distribuição. Os candidatos devem se lembrar de que:

- somente o veneno age através de ação interna;
- somente após a absorção haverá a distribuição;

➤ Qualificação do Homicídio – Medicina Legal e Direito Penal

O emprego de veneno qualifica o homicídio.

➤ Possibilidade de identificação em exumação – Medicina Legal e Processo Penal

É possível que haja a identificação de veneno em material de exumação.



DICA DE PROVA – Já caiu em prova da FUMARC a afirmativa dizendo que veneno não poderia ser identificado em material oriundo de exumação.

ERRADA. Venenos podem ser sim identificados em materiais exumados. E, para que seja identificado em material de exumação, deve-se colher terra, assim como fragmentos da roupa do cadáver e do tecido que estava revestindo o caixão. Isso porque, na putrefação cadavérica o veneno é metabolizado, transformado e consequentemente eliminado nos líquidos de putrefação. Os líquidos de putrefação por sua vez, irão sujar a terra que estava ao redor do cadáver, suas vestes e os objetos próximos.

➤ Coleta e identificação de veneno em cadáver recente

No cadáver recente a colheita de veneno será realizada de forma (predominantemente) direcionada aos fragmentos do fígado e dos rins. A colheita se justifica porque são órgãos onde mais identificamos a presença de veneno, vez que quando vivos atuam como órgãos transformadores.

Todavia, nada impede que sejam colhidos fragmentos de outros órgãos como intestino, pulmão, entre outros. A escolha dos órgãos para exames/análises toxicológicas irá depender do tipo de veneno que está sendo procurado, de como é absorvido pelo organismo, etc..

DICA DE PROVA - predominantemente temos a colheita rins, fígado e conteúdo do estômago.

➤ Síndromes

127

Síndrome de Body Packer e Body Pusher

Ainda dentro do tema pertinente aos venenos é necessário mencionar a existência das síndromes de Body Packer e Body Pusher. Ressaltamos a que as síndromes são tratadas dentro do tema veneno e não de tóxicos, porque se trata daqueles casos em que temos as famosas “mulas” – pessoas que transportam cápsulas de drogas dentro de seu corpo para fins de tráfico de drogas. Sendo assim, não estamos diante de casos de toxicomania - não é situação de vício em drogas/substâncias tóxicas.

Caso uma cápsula dessas contendo substância tóxica se rompa dentro do organismo desses indivíduos, a morte se dará por intoxicação aguda.

Vejamos os casos:

- ✓ **Body Packer** – se configura quando temos a ingestão de cápsulas de drogas para fins de tráfico. As cápsulas serão encontradas no estomago e no intestino. E, para que se tenha um diagnóstico, é preciso que seja **NECESSARIAMENTE** realizado exame de imagem – radiografia, ultrassom.

Exames de imagem são obrigatórios para o diagnóstico da Síndrome de Body Packer.

- ✓ **Body Pusher** – ocorre quando temos indivíduos que irão inserir as cápsulas de drogas em orifícios naturais. Diferentemente do Body Packer, o Body Pusher se realiza não através da ingestão de



cápsulas, mas sim de sua **INSERÇÃO** em orifícios. E, os orifícios de inserção são predominantemente o ânus e a vagina.

- **Body Packer – ingestão**
- **Body Pusher – inserção**

Complicações

Em **ambos os casos** podemos ter complicações caso ocorra à ruptura dessas cápsulas. Todavia, as complicações mais letais ocorrem (quase sempre – 99%) nos casos de **Body Packer**, haja vista que a absorção da droga no intestino ou estômago se dá de forma muito mais rápida e agressiva.

As mortes ocorrem por intoxicação aguda.

É claro que também podemos ter a absorção da substância tóxica nos casos de Body Pusher, mas é mais raro e a absorção bem mais discreta.

Complicações por absorção: ruptura de cápsula – letal.

Complicações por obstrução intestinal: aqui não temos a ruptura, a substância permanece dentro do invólucro, temos somente obstrução. A obstrução causa sintomas obstrutivos – náusea, vômito – não letais.



Imagem 01 – cápsulas no estômago e intestino

Imagem 02 – cápsulas no estômago.



Imagem 01 – cápsulas encontradas em peça de necropsia, imagem de estômago de indivíduo que morreu por intoxicação aguda, em síndrome de Body Packer, em decorrência de ruptura de cápsula.

Curiosidade: atualmente as pessoas estão armazenando essas cápsulas em invólucros fabricados em materiais emborrachados, (material opaco) cuja finalidade é de fazer com que as pessoas passem pelos equipamentos de raio-x, e as drogas ingeridas ou inseridas não sejam percebidas/capturadas pelas imagens.

DICA DE PROVA – Já foi cobrado em provas as seguintes afirmações:

“Nos pacientes com sinais de intoxicação em Síndrome de Body Packer não é obrigatório a realização de exames de imagens”

ERRADA. A perícia é mandatória para a realização de exames de imagens nos casos de Síndrome de Body Packer com forma de localizar e identificar as cápsulas das drogas.

✓ Embriaguez alcóolica

“Embriaguez alcóolica é o conjunto de manifestações neuropsicossomáticas resultantes da intoxicação etílica aguda, de caráter episódico e passageiro.”

(França)

“É a intoxicação alcóolica, aguda, imediata e passageira.”

(Croce)

Temos que diferenciar no primeiro momento 03 (três) ideias que podem aparecer nas provas:

129

Embriaguez: como embriaguez temos a Síndrome clínica – conjunto de manifestações orgânicas, psíquicas, somáticas, neurológicas, e que são decorrentes de uma intoxicação etílica aguda. Nos casos envolvendo embriaguez estamos falando de casos episódicos, temporários de efeitos bruscos no tempo. Vale mencionar ainda que a embriaguez depende de múltiplos fatores: idade; peso corporal; ingestão com comida ou não;

(Palavra-chave: Aguda)

Alcoolemia: a alcoolemia é a dosagem de álcool no sangue. A embriaguez diferentemente da alcoolemia não depende de múltiplos fatores, vez que é mera dosagem laboratorial.

(Palavra-chave: Laboratorial, Exame, Teste)

Alcoolismo: quando falamos em Alcoolismo, diferentemente da embriaguez temos um quadro/estado crônico de ingestão repetida e imoderada de álcool.

(Palavra-chave: Crônico).



Observação:

É perfeitamente possível que tenhamos uma pessoa em alcoolismo crônico que agudamente se embriaga. Ou seja, podemos ter uma embriaguez superposta ao alcoolismo crônico. Mas cuidado, o alcoolismo é necessariamente um processo repetido, crônico, prolongado no tempo, causando lesões de várias ordens que iremos estudar mais a frente.

DICA DE PROVA – Questão recente de prova de Delegado de Polícia cobrou dos candidatos questões envolvendo as expressões acima mencionadas, afirmando que seriam sinônimas. ERRADA – alcoolemia não é sinônimo de alcoolismo nem embriaguez, alcoolemia como vimos é a dosagem de álcool no sangue.

A questão afirmava ainda que toda vez que se tem alcoolemia positiva tem a embriaguez. (ERRADA – embriaguez para Medicina Legal é uma síndrome clínica, sendo assim o diagnóstico, de embriaguez é eminentemente clínico. Com isso nem sempre que tivermos alcoolemia, teremos embriaguez. Nesse sentido não é a mera alcoolemia que leva a embriaguez. A embriaguez depende da alcoolemia associada a questões orgânicas de cada indivíduo – pré-disposição, metabolismo, etc.).

➤ Embriaguez

Quando vamos estudar embriaguez para a Medicina Legal é muito comum aparecer nas provas tanto os aspectos médico-legais da embriaguez, quanto os aspectos jurídicos. 130

Quando estivermos diante dos aspectos jurídicos devemos nos remeter ao CTB – Código de Trânsito Brasileiro – inclusive para as Resoluções do CONATRAN.

DICA DE PROVA - O CTB também aparece nas provas de Delegado dentro da disciplina de Medicina Legal quando falamos de casos de embriaguez.

Aspectos Médico-legais e Jurídicos da Embriaguez

Para a Medicina Legal temos alguns tipos de embriaguez que são fundamentais para o entendimento do tema. É necessário, portanto, que o candidato saiba quais são os tipos de embriaguez existentes e sua relação/reflexo para a correta aplicação de possível exclusão ou não da imputabilidade penal.

• Classificação das 04 principais MODALIDADES de embriaguez

- ✓ **Não acidental** – quando falamos em embriaguez acidental, teremos a participação de alguma forma da vontade. Diante das circunstâncias que envolvem a situação de embriaguez não acidental, já adiantamos que ela **não exclui a imputabilidade penal**. A justificativa apresentada para a não exclusão da imputabilidade penal, em regra, nos casos de embriaguez não acidental possui base na **“Teoria da actio libera in causa” – Teoria da Ação Livre na causa.**



- **Voluntária:** aquela embriaguez em que o agente tem a intenção real/definida/ de se embriagar. O agente tem a intenção e atingir o estágio de ebriedade. Em suma, quer beber para ficar embriagado, bêbado. Temos uma vontade direcionada e específica de ficar embriagado.

- **Culposa:** aquela embriaguez onde o agente quer beber, mas não tem a intenção de atingir um estágio de ebriedade, não tem a intenção de ficar embriagado, todavia, por negligência acaba por ficar Nesse caso a vontade foi direcionada a beber, não existindo a vontade direcionada de ficar embriagado.

Aplicação da Teoria da *actio libera in causa*

Em ambas as situações de embriaguez (voluntária ou culposa) teremos a aplicação da Teoria da *actio libera in causa*.

✓ **Acidental** – (a depender do caso exclui a imputabilidade ou reduz a pena)

- **caso fortuito**

- **força maior:** como exemplo, temos os casos em que a pessoa é obrigada a ingerir bebida alcoólica, etc..

Patológica – (a depender do caso exclui a imputabilidade ou reduz a pena)

É aquela associada à alteração comportamental do indivíduo ao ingerir a substância alcoólica. Teremos nesses casos a predisposição orgânica a uma reação exagerada pelo álcool.

Nesses casos o indivíduo ingere pequena quantidade de álcool (que não faz mal a ninguém, não faz mal ao homem médio), mas que por motivos fisiológicos que o agente desconhecia atinge estado mental mórbido que lhe retira a vontade livre.

Medicina Legal e Direito Penal - matéria afeta as duas disciplinas

CUIDADO - Embriaguez patológica em que o agente já sabe de sua condição (já foi previamente diagnosticado) não terá a exclusão da imputabilidade penal.

Nesses casos iremos aplicar a Teoria da “*actio libera in causa*”. PORTANTO, ATENÇÃO E CUIDADO PORQUE ESSE PONTO JÁ FOI COBRADO EM PROVA NO TÓPICO DE MEDICINA LEGAL e não em Direito Penal.

Na embriaguez patológica, NÃO SE APLICA EM REGRA a Teoria da *actio libera in causa*, porque a o agente EM TESE NÃO SABE que era portador de uma predisposição orgânica a ter súbita alteração neurológica a ponto de não ter autodeterminação e discernimento.

131



Na embriaguez **patológica ou acidental**, podemos a depender do caso, ter a exclusão da imputabilidade como a redução da pena. Tudo irá depender do grau de discernimento e autodeterminação do agente no momento do cometimento do ato.

- ✓ **Preordenada** – ordenada previamente ao cometimento de delitos. Situação em que o agente se embriaga para “ganhar” coragem e cometer delitos. (obviamente temos aqui uma situação agravante). Com isso, não discutimos na embriaguez preordenada eventual exclusão ou manutenção da imputabilidade penal – discute-se o agravamento da pena.

Não há exclusão de imputabilidade penal.

Não obstante aos apontamentos já realizados sobre cada tipo/modalidade de embriaguez é necessário que mencionemos no presente momento como a legislação pátria trata cada um dos tipos/modalidade de embriaguez.

➤ **Não Acidental:**

Voluntária – ocorre quando o agente tem a finalidade de atingir o estado de ebriedade. A vontade do agente está diretamente relacionada ao alcance do estado de ebriedade.

De certa forma e, aplicando o art. 28 do CP, em regra não há o que se falar em exclusão da imputabilidade penal, EXCETO:

Se a prática do delito era imprevisível e o agente não queria ou não assumiu nenhum risco de produzi-lo.

Exemplo: agente sai para curtir a noite e beber com os amigos com a intenção de se embriagar (não estava dirigindo, mas sim de carona). Todavia o amigo que estava responsável pelo transporte daquela noite (e que não estava ingerindo bebida alcoólica), tem mal súbito que exige atendimento médico rápido, fato que obriga o agente a realizar condução de veículo automotor sob efeito de álcool. (vejam – fato superveniente e imprevisível).

Culposa – ocorre quando o agente assumiu o risco de produzir o resultado. Ou seja, tinha a consciência de que o resultado poderia ser a ação criminosa. Sendo assim de acordo com o art. 28 do CP o agente é imputável. Ocorre quando o agente imprudentemente atinge o estágio de ebriedade.

Vejam que na embriaguez culposa a diferença é sutil, o estágio de ebriedade ocorre a título de imprudência, ou seja, sem a intenção de atingir tal estado.

Na voluntária temos a intenção de embriaguez, já na culposa a intenção de tão somente beber.

Vejam que a diferença encontra-se na VONTADE de atingir o estágio de ebriedade ou ingestão de bebida.



- **Acidental** – (Atenção: são as modalidades de embriaguez mais cobradas em provas de Medicina Legal)

Caso fortuito - a palavra-chave para os casos de embriaguez na modalidade de caso fortuito é **erro compreensível**.

Força maior – quando estivermos diante de casos de força maior estaremos diante de sujeito que é forçado a ingerir bebida alcoólica.

Ocorrendo embriaguez completa de forma acidental, exclui-se a imputabilidade se comprovado que o agente não tinha nenhuma capacidade de entendimento ou de autodeterminação no momento do crime. Se incompleta, atenua a pena.

Olharemos nesses casos o **DISCERNIMENTO E A AUTODETERMINAÇÃO DO AGENTE** – questões referentes à imputabilidade.

Em resumo na Embriaguez Acidental: (Força maior ou Caso fortuito – exclui ou atenua a pena)

! Cuidado com uma questão de Genival Veloso de França !

Qualquer hipótese de erro compreensível pode se enquadrar em uma embriaguez acidental por caso fortuito. Todos os autores colocam essa circunstância de erro compreensível – qualquer hipótese de embriaguez por ERRO COMPREENSÍVEL está inserida numa EMBRIAGUEZ ACIDENTAL POR CASO FORTUITO.

Todavia, Genival Veloso de França traz uma hipótese de erro compreensível, mas classifica como embriaguez “acidental pura” e não embriaguez acidental decorrente de força maior.

Exemplo apresentado por Genival V. França (livro página 412 da 11ª Edição):

Agente está em uso de medicamento e ingere álcool. Ocorre que o álcool potencializa o efeito do medicamento, ficando o agente em estado de embriaguez de forma não intencional.

Vejam, que mesmo assim se trata de “erro compreensível” porque o agente não sabia que o álcool potencializaria o efeito do medicamento usado. (mecanismo do sinergismo – mesmo que ocorre com os venenos)

Assim:

Quando cair em prova questão que apresente as opções **Embriaguez Acidental Pura** e **Embriaguez Acidental Por Força Maior** e a Banca adotar a obra de Genival como referência bibliográfica o candidato deverá prestar muita atenção e assinalar a opção que se refere à embriaguez acidental pura, quando o fato narrado fizer menção a potencialização de efeitos de medicamentos com o consumo de álcool e, quando tais efeitos eram desconhecidos do agente.

(Cuidado com esse ponto – normalmente iríamos considerar como uma embriaguez acidental e classificar como força maior, já que se trata de um erro compreensível. **Todavia, Genival tem entendimento diverso e por hora não justificou somente se manifestou nesse sentido**).



DICA DE PROVA – quando vier este exemplo de medicamento com sinergismo - com o uso do álcool, lembrar que existe doutrinador no Brasil que trata esse exemplo como forma de **EMBRIAGUEZ ACIDENTAL PURA**, não estando relacionado a caso fortuito ou força maior.

- **Patológica** – aplica-se nos casos de embriaguez patológica o artigo 26 do CP, podendo o agente ser considerado inimputável (embriaguez completa) ou ter sua pena reduzida (embriaguez incompleta) dependendo de sua capacidade de entender o caráter ilícito da conduta, no momento em que foi cometida.

Ocorre quando: o agente entra num estado mental mórbido após a ingestão de pequenas quantidades de bebida alcoólica.

(A consequência será a mesma da embriaguez acidental – podendo o agente ter excluída a imputabilidade ou reduzida sua pena) – questão também envolve **discernimento e autodeterminação**.

DICA DE PROVA - Se vier na prova o termo Psicose alcoólica – especialmente associada à expressão inesperada, brusca, incompreendida pelo agente, etc. – estaremos diante de embriaguez patológica.

Lembramos ainda que:

- Poderá ocorrer a embriaguez total ou parcial mesmo nos casos de pequenas ingestões de álcool;
- se o agente tinha a ciência dessa predisposição genética, orgânica, fisiológica no que tange a ingestão de bebida, responderá com sua capacidade plena.

- **Preordenada** - de acordo com o artigo 61, II, alínea “I” do CP, essa modalidade de embriaguez caracteriza-se como situação agravante.

Ocorre quando: há um especial fim de agir do agente. Nesses casos temos o agente ingerindo bebida alcoólica como forma de tomar coragem para o cometimento de delitos. Obviamente diante das circunstâncias mencionadas não se fala em exclusão da imputabilidade, mas sim em situação agravante.

Observação: lembrar também que a embriaguez da vítima é agravante para o acusado, vez que impossibilita a execução de manobras de defesa pela vítima. As situações referentes aos vulneráveis são as mesmas.



- **Classificação dos TIPOS de embriaguez** – (relacionada à profundidade do comprometimento psíquico).
 - ✓ **Embriaguez Completa** – quando comprometimento psíquico é profundo. Ausência total de vontade livre.
 - ✓ **Embriaguez Incompleta** – quando se tem ainda alguma vontade livre, ainda existe alguma forma de manifestação de vontade ou capacidade de autodeterminação

Logicamente que quanto maior for a ingestão de álcool mais o agente se aproxime da embriaguez completa.

- **Fases da Embriaguez**

- ✓ **Fase do Macaco:** também chamada de fase de excitação ou euforia. Agente apresenta-se muito falante (verborreia), cheio de graça, risadas, feliz, entre outras características.

(não tem muita importância para a Medicina Legal)

- ✓ **Fase do Leão:** Atenção - trata-se da verdadeira fase médico-legal da embriaguez. É também chamada de fase da confusão e onde temos um aprofundamento maior do estado de embriaguez. O agente começa a apresentar sinais de irritação e agressividade.

(situações em que as pessoas geralmente cometem delitos) – fase mais importante par Medicina

- ✓ **Fase do Porco:** também conhecida como fase do sono, comacosa (coma) ou da depressão. Nessa fase o agente mal consegue manter-se em pé, sendo, portanto, quase impossível que cometa algum delito.

(não tem muito importância para a Medicina Legal)

- **Ações do Álcool**

- ✓ **Alterações motoras:** dismetria (quando não se consegue medir os movimentos) e lentificação motora.
 - ✓ **Alterações sensitivas:** aparentemente estimulação, alegria, verborreia, agressões, obscenidades, perda de autocrítica.

Obs: um dos testes que aparece em prova é o Index-index e o Index-nariz – Avaliações de Dismetria.

Index-index – colocar o dedo no local onde aquele que faz o teste coloca. Seguir todos os movimentos dos dedos feitos por aquele que aplica o teste.

Index-nariz – colocar o dedo na ponta do nariz por várias vezes alternando as mãos.



➤ Dados da Perícia na Embriaguez Alcoólica

- ✓ **Hálito:**
- ✓ **Motricidade:**
 - **Escrita**
 - **Marcha** – (andar: geralmente andar com a marcha ampliada – pernas abertas)
 - **Index-nariz, index-index, calcanhar joelho** (“fazer o 4”)
 - **Elocução** – (se pessoa está com a fala eloquente)

- ✓ **Romberg espontâneo e o provocado:** Romberg é um teste de equilíbrio.

Já caiu em prova que teste de Romberg é patognomônico de embriaguez alcoólica.

FALSO. Teste de Romberg é teste de equilíbrio. Se uma pessoa tem labirintite e realizar o teste de Romberg terá Romberg positivo e não estará embriagada. Sendo assim, muito cuidado.

O Teste de Romberg é utilizado na perícia de embriaguez, contudo teste de Romberg alterado não é patognomônico de Embriaguez, vez que afirma apenas que a pessoa está com falta de equilíbrio que poderá ter ocorrido por diversas causas. (Labirintite – Lesão Neurológica – etc.)

- ✓ **Aparência geral:** analisa os sinais externos do agente
- ✓ **Atitude:** verifica se o agente está alterado, excitado, deprimida, etc.
- ✓ **Psiquismo:**
 - Consciência
 - Atenção
 - Memória
 - Afetividade
 - Vontade
- ✓ **Funções Vitais:**
 - **Pulso:** álcool causa aceleração de pulso,
 - **Pupila:** dilatação de pupila – midríase.
 - **Sensibilidade:** sentidos

130

Análise de imagens



Imagem 01 – marcha – andar ampliado.

Imagem 02 – olhos – congestão da conjuntiva.

Imagem 03 – teste para agente andar nas pontas dos pés – equilíbrio e coordenação.

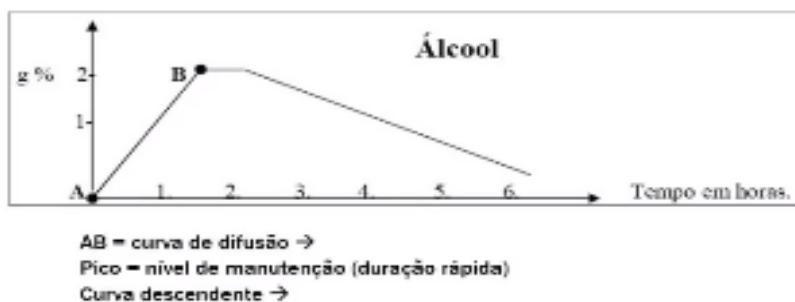
Imagem 04 – hálito etílico.

Imagem 05 – teste index-index.



➤ Curva Alcoólica de Calabuig

Trata-se de uma curva para **avaliar a metabolização do álcool no tempo**, estimando a alcoolemia provável no momento do cometimento do delito.



- **Curva AB:** curva de **Difusão ou Absorção**. Está localizada em aproximadamente 1 hora e 30 minutos. Isso significa que após 1 hora em meia de ingestão de álcool, teremos alcoolemia (concentração de álcool no sangue - curva ascendente).
- **Pico Máximo: Reta de Manutenção:** Após esse período teremos um platô que **dura cerca de 30 minutos** – nível da manutenção – duração rápida – significa dizer que o pico máximo que se tem de alcoolemia no sangue se dá por cerca de 1 hora e meia 2 horas após ingestão. (reta indicando a manutenção do nível de álcool o sangue)
- **Curva Decrescente: Metabolização, Eliminação, Desintoxicação.** A partir de 2 horas de ingestão alcoólica, o organismo começa a metabolizar o álcool e posteriormente eliminá-lo pelo suor, urina, etc.. (Curva descendente – Curva de metabolização). Metabolização, Eliminação, Desintoxicação.

Transformação do álcool – oxidação em substâncias que são solúveis na água e serão eliminadas na urina.

A oxidação do álcool ocorre exatamente na “**Curva de Eliminação ou Descendente de Calabuig**”. (CORRETA)

Eliminamos álcool oxidando

(BANCA CESPE/CEBRASPE – já inseriu esse tipo de frase em provas)

Curva de Eliminação ou Descendente de Calabuig serve para avaliar a evolução temporal do metabolismo do álcool.

Importância: Aspectos jurídicos – CTB – Código de Transito Brasileiro:

Exemplo: agente foi pego ou causou acidente no momento da oxidação, mas nessa hora não forneceu sangue para análise de alcoolemia. Todavia, ao ser levado ao IML, reconsiderou e forneceu sangue – isso ocorreu 04 horas após o fato.

Sabemos que 04 horas depois do evento criminoso o agente tinha determinada dosagem de álcool no sangue e que esta seria diferente da existente no momento da conduta, porém pela curva alcoólica de Calabuig conseguimos estimar (em faixas variadas de acordo com sexo, peso, idade, etc) a concentração aproximada que estava presente no sangue no momento dos fatos.



➤ Alcoolismo Crônico

(Palavra-chave: ingestão continuada e imoderada)

Conceito

Síndrome causada pela ingestão continuada no tempo de quantidade imoderada de bebida alcoólica. E que levará ao aparecimento de manifestações de 03 ordens:

Manifestações do alcoolismo crônico

- ✓ **Somáticas:** aparece no fígado – cirrose hepática – tremor de extremidades.
- ✓ **Neurológicas:**
 - Polineurite: inflamação de vários nervos periféricos – pode causar redução da sensibilidade cutânea
 - Síndrome de Wernicke-Korsakow - lesões no SNC – Sistema Nervoso Central – lesões que se manifestam com:
 - Amnésia anterógrada (esquecimento dos fatos recentes: depois do início do consumo imoderado e continuado de bebida alcoólica) – aparece 1º na Síndrome.
 - Amnésia retrógrada (esquecimento de fatos antigos: de antes do início do consumo continuado e imoderado de bebida alcoólica) – aparece depois do aprofundamento do seu estado de lesão neurológica.
- ✓ **Psíquicas:** nas manifestações psíquicas temos uma TRÍADE:
 - Delirium tremens e alucinoses: alucinações alcoólicas
 - Epilepsia alcoólica: convulsões – crises convulsivas
 - Dipsomania: vontade irreprimível, irrefreável de beber grande quantidade de bebida alcoólica em qualquer lugar e qualquer horário do dia.

138

Aspectos jurídicos – CTB – Código de Trânsito Brasileiro (Lei 9.503/1997)

Art. 165 dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substâncias psicoativa que determine dependência:

Infração – gravíssima, pena de multa, suspensão de dirigir por 12 meses – medida administrativa – recolhimento do documento de habilitação.

Art. 276 – Qualquer concentração de álcool por litro de sangue ou ar alveolar sujeita o condutor às penalidades previstas no art. 165 deste Código.

Parágrafo Único – O Contran disciplinará as margens de tolerância quando a infração for apurada por meio de aparelho de medição, observada a legislação metrológica.



MANUAL CASEIRO

Para a prova de Medicina Legal o candidato deverá se atentar para as dosagens que podem aparecer – Alcoolemia e Etilômetro (Bafômetro) e na configuração da infração administrativa, infração penal e eventual margem de tolerância (especialmente no Etilômetro).

- ✓ **Infração Penal do art. 306 do CTB**
- ✓ **Infração Administrativa do art. 165 do CTB**
- ✓ **Margem de tolerância**

	Margem de Tolerância	Infração Administrativa (art. 165 do CTB)	Infração Penal (art. 306 CTB)
ETILÔMETRO (Bafômetro-ar expirado) Resolução 432/2013 do Contran – Conselho Nacional de Trânsito.	De acordo com o paragrafo único do art. 276 do CTB temos que o CONTRAN poderá regulamentar eventual margem de tolerância quando a concentração for medida por aparelho de medição considerando o erro de calibração. Ou seja, EXISTE uma margem de tolerância no Bafômetro. Margem de Tolerância: 0,04 mg/l, ou seja, menor que 0,05 mg/l OU > ou igual a 0,05 mg/l	> ou igual 0,05 mg/l	> ou igual 0,3 mg/l De álcool por litro de ar Cuidado ! Não virá assim na prova de Medicina Legal, porque a prova de ML quando trata do tema de aspectos jurídicos ela coloca o CTB. Menciona a resolução do Contran e trata da polêmica acerca de ser um ato infralegal e não poderia alterar o CTB que é lei ordinária, etc. O que poderá a Banca fazer é somar o valor de 0,3 mg/l com a tolerância de >0,05 mg/l (0,04 mg/l) e afirmar que poderá ser de até >0,34 mg/l (isso será questão de Direito Penal). Para a Medicina Legal, cai exatamente o CTB e a

139



MANUAL CASEIRO

			dosagem de 0,3 mg/l de ar. Atenção também para a unidade de medida.
ALCOOLEMIA (dosagem-álcool sangue)	NÃO EXISTE margem de tolerância XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Aqui teremos análise de sangue e qualquer dosagem de álcool no sangue já sujeita o infrator as penalidades administrativas.	Qualquer concentração Não temos margem de tolerância quando o álcool é dosado no sangue.	> ou igual 6,0 dg/L DECIGRAMAS de álcool por litro de sangue OU > ou igual 0,6g/L GRAMAS de álcool por litro de sangue Simplesmente conversão de decigrama para gramas. Cuidado porque na conversão a Banca tenta inverter para confundir com os valores já existentes na lei, etc. (Por exemplo: colocando 0,6 mg/l e não 0,6 g/l). Se tivermos uma dosagem menor que essa, na alcoolemia, simplesmente pela dosagem não se configura a infração penal, porém pode se configurar a infração administrativa. Porém devemos analisar o inciso II do §1º do art. 306 do

140



			CTB e com isso temos: OU Exame Clínico alterado Lembrando que para a Medicina Legal como já mencionamos anteriormente o diagnóstico de embriaguez é clínico e não somente por meio de dosagem. Atenção: pode aparecer dosagem menor que a tolerada, mas o agente está clinicamente alterado. Nesses casos a configuração será do art. 306 do CTB.
--	--	--	--

Bafômetro
Limite para que o condutor não seja multado:

ANTERIOR	ATUAL
0,1 miligramas de álcool por litro de ar	0,05 miligramas de álcool por litro de ar

Exames de sangue
Limite para que o condutor não seja multado:

ANTERIOR	ATUAL
2 decigramas de álcool por litro de sangue	nenhuma quantidade de álcool será tolerada

Bafômetro – tínhamos anteriormente uma margem de tolerância específica. Observem que a resolução do Contran menciona o valor de 0,05 mg/l. Sendo assim podemos considerar como margem de tolerância a quantidade 0,04 mg/l ou > 0,05 mg/l.

Cuidado: quando falamos em Bafômetro/Etilômetro a ordem de medida é a **de miligrama de álcool por litro de ar (mg/l)**

** muitas vezes o Examinador inverte a grandeza da ordem de medida (ordem de medida – grandeza diferente da Alcoolemia).

A MARGEM EXISTE PELA POSSIBILIDADE DE ERRO DE CALIBRAÇÃO NO APARELHO. Lembrando que não é princípio da insignificância, é erro de calibração do aparelho mesmo.

Alcoolemia – tínhamos anteriormente também uma margem de tolerância para os testes de alcoolemia (não existe mais). Com isso atualmente nenhuma quantidade de álcool no sangue será tolerada. **NÃO EXISTE ERRO DE CALIBRAÇÃO EM EXAME DE SANGUE.**

Art. 277 – O condutor de veículo automotor envolvido em acidente de trânsito ou que for alvo de fiscalização de trânsito poderá ser submetido a teste, exame clínico, perícia ou outro procedimento que, por meios técnicos ou científicos, na forma disciplinada pelo Contran, permita certificar influência de álcool ou outra substância psicoativa que determine dependência.

(...)

§2º A infração prevista no art. 165 também poderá ser caracterizada mediante imagem, vídeo, constatação de sinais que indiquem, na forma disciplinada pelo Contran, alteração da capacidade psicomotora ou produção de quaisquer outras provas em direito admitidas.



Infração Penal

Art. 306 – Conduzir veículo automotor com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de substância psicoativa que determine dependência:

Penas – detenção de 06 meses a 3 anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou habilitação para dirigir.

(...)

§ 1o As condutas previstas no caput serão constatadas por:

I - concentração igual ou superior a 6 decigramas de álcool por litro de sangue ou igual ou superior a 0,3 miligrama de álcool por litro de ar alveolar; OU

II - sinais que indiquem, na forma disciplinada pelo Contran, alteração da capacidade psicomotora.

Importante !

Observação - “em razão da influência de álcool” o trecho da lei vem trazendo entendimento concordando com a ideia da Medicina Legal de que o diagnóstico de embriaguez é clínico e não necessariamente de medição.

Atenção: o exame clínico alterado aparece também como forma de tipificar a conduta prevista como infração penal no art. 306 do CTB, independentemente de qualquer dosagem porque a embriaguez e a alcoolemia não são sinônimos.

Aspectos jurídicos da embriaguez alcoólica – Dolo e Culpa

Não podemos presumir dolo eventual, a jurisprudencial do STJ entende que é necessário analisar a circunstância concreta para que se faça quaisquer considerações.

Lei 13.546 de dezembro de 2017

Lei que trouxe causa de aumento de pena de reclusão para as situações de homicídio culposo e lesão corporal culposa na condução de veículo automotor em situação de embriaguez.

Para aprofundamento no tema indicamos a leitura do artigo publicado no site do Professor e Promotor de Justiça Rogério Sanches Cunha: <https://meusitejuridico.editorajuspodivm.com.br/2017/12/20/lei-13-54617-altera-disposicoes-codigo-de-transito-brasileiro/>

Segue pequeno trecho sobre o tema:

(...)

A entrada em vigor da Lei nº 13.546/17 impõe nova disciplina na relação entre os crimes de homicídio e lesão corporal e o crime de embriaguez ao volante, afastando-se novamente a possibilidade de concurso.



Com efeito, a nova lei acrescenta nos artigos 302 e 303 parágrafos que tratam a embriaguez como circunstância qualificadora dos crimes de homicídio e lesão corporal culposos.

No caso do homicídio, se o motorista causador da morte estiver dirigindo sob a influência de álcool ou qualquer outra substância psicoativa que determine dependência, a pena passa a ser de reclusão de cinco a oito anos (art. 302, § 3º). Já no caso da lesão corporal culposa, se o agente estiver com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência, e se do crime resultar lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, a pena passa a ser de reclusão de dois a cinco anos.

(...)”

Toxicofilias ou Toxicomanias

Droga ou Tóxico

Conceito: qualquer substância natural, semissintética ou sintética que tenha o condão de causar tolerância, dependência e crise de abstinência. Ou seja, os conceitos de **tolerância**, **dependência** e **abstinência** estão dentro do conceito de droga. (Fins Médico-legal)

- **Tolerância** – a necessidade de uso cada vez maior da droga para obter os mesmos efeitos esperados. Isso porque, a interação do organismo com o consumo já é máxima.

- **Dependência** – interação entre o organismo e o consumo da droga.

(para que tenhamos uma substância natural, sintética ou semissintética que seja considerada como droga ela tem que ter o potencial de interagir com o organismo numa relação de dependência). E, é exatamente essa dependência a responsável por causar tolerância farmacológica (lembra muito à tolerância ao veneno).

O organismo do agente já está tão dependente da substância que tolera seus efeitos, e para que possa se conseguir os efeitos que antes se tinha, o agente precisa fazer um uso cada vez maior da substância.

- **Crise de Abstinência:** síndrome clínica que aparece com a supressão abrupta do uso da droga.

- **Observação** – Forma Abrupta – sem o **“Desmame”**

- **Desmame** – interromper o seu uso de forma escalonada, aos poucos, gradual, evitando com isso o aparecimento de crise de abstinência.

143



MANUAL CASEIRO

Droga	Consumo Brasil	Consumo Mundo	Nocividade	Dependência	Crise de abstinência	Modo de usar
Maconha	Grande	Grande	Relativa	Não	Não	Aspiração
Morfina e derivados	Pouco	Grande	Elevada	Sim	Sim	Injeção
Cocaína	Grande	Pouco	Elevada	Sim	Não	Aspiração ou fricção gengival
Ópio	Pouco	Nulo	Relativa	Sim	Sim	Aspiração
LSD	Pouco	Nulo	Elevada	Não	Não	Ingestão oral
Psicoestimulantes	Grande	Grande	Relativa	Sim	Pode determinar	Injeção ou Ingestão
Soníferos***	Grande	Grande	Relativa	Sim***	Relativa***	Injeção ou Ingestão
Crack	Grande	Grande	Elevada	Sim	Sim	Aspiração

Fonte – Quadro Genival Veloso de França – 11ª edição – p. 390.

Obs: Todos os dados são importantes mais os que mais interessam para a Medicina Legal são sem dúvida a DEPENDÊNCIA e a CRISE DE ABSTINÊNCIA

Obs – Dependência - Observem que a maconha e o LSD não causam dependência. São, portanto, drogas tidas como não causadoras de dependência típicas.

Obs – Crise de Abstinência - Morfina e derivados, Ópio e Crack causam típicas crises de abstinência.

***** Soníferos:** Os medicamentos de abuso que serão estudados mais a frente estão muito relacionados aos indutores do sono, medicamentos utilizados para fazer com que o agente consiga dormir. Eles podem causar crises de abstinência, mas não causam crises típicas de tremor, de agitação e irritabilidade. Seriam então crises de insônia e que o agente não consegue dormir quando para abruptamente de tomar o medicamento.

➤ Maconha – Cannabis Sativa

Princípio Ativos

THC (Tetraidrocanabinol) e **CBD** (canabidiol)



manualcaseir@outlook.com



THC – Psicoativo – neurotóxico – ainda que a neurotoxicidade seja relativa e não seja considerada de grandes proporções.

CBD – Não Psicoativo – considerado neuro protetor (maconha medicinal).

Curiosidade – CFM Conselho Federal de Medicina autorizou o uso no Brasil do CBD – (Canabidiol - e não a composição toda) para questões relacionadas a epilepsia em crianças, etc.

Em alguns países se usa a substancia como controlador de dor e tratamento de câncer.

➤ Maconha e Haxixe

Haxixe: resina seca das folhas da planta

Nocividade: são pequenas pedras e têm nocividade maior que a maconha. Possui maior concentração de THC, sendo assim maior nocividade.

Sintomas e sinais: sobre os sintomas e sinais da maconha, podemos dizer que esta não é considerada nem estimulante do SNC (Sistema Nervoso Central), nem depressor. Por mais que a maconha dê ao usuário a sensação de lassidão (lentidão, esgotamento, diminuição de força, fadiga) boca seca, fome, tais sintomas são considerados como alteração qualitativa no SNC.

Obs: Maconha costuma aparecer pouco nas provas.

➤ Morfina e Derivados

A **Heroína** é um derivado da morfina e ambas são opióides são Alcaloides derivado do ópio e possuem ação anestésica.

145

Morfina

- **Uso do narcótico:** líquido incolor – anestésico -
- **Apresentação:** injeção intramuscular (todavia pode ocorrer a injeção intravenosa)
 - **Heroína:** é um derivado da morfina, todavia 05 vezes mais potente, letal e danosa que esta.

Mas muita atenção porque apesar de ser derivada da morfina que é líquida e incolor, a heroína tem sua apresentação em pó branco sintético.

Causa dependência rápida - em poucas semanas – muito mais rápida que a dependência causada pela morfina.

DICA DE PROVA – foi cobrado em prova da FUMARC em MG:

“....Pó branco sintético....”

Muitos candidatos ao lerem a afirmativa assinalaram como se fosse cocaína e erraram a questão, porque se tratava de heroína.

➤ Cocaína



Alcaloide extraído das folhas da coca

▪ **Apresentação:** pó branco

▪ **Uso:**

- aspiração nasal,
- fricção na gengival (mucosa da boca possui muita vascularização e com isso tem poder de absorção rápido – funciona no mesmo sistema dos remédios sublingual)
- injeção após a diluição

▪ **Sintomas e sinais:** excitação cerebral- SNC (a cocaína é a droga mais clássica excitante do SNC – Sistema Nervoso Central) – agitação, irritabilidade, euforia, coração acelerado, pulso rápido e acelerado, pressão arterial aumentada, etc.

- **Atenção 1:** existe um sinal absolutamente típico da cocaína – perfuração do septo nasal, ocorre quando o individuo usa muita cocaína por aspiração nasal – há casos de grande consumo em que até o céu da boca pode ser perfurado. Isso ocorre porque a cocaína é um potente vasoconstritor – comprime, constri, diminui a circulação de sangue no local, causando ausência de oxigênio, consequentemente hipóxia e necrose do tecido. (Imediatamente lembrar-se da cocaína)
- **Atenção 2:** mortes em indivíduos jovens por parada cardíaca em uso de droga ilícita. (imediatamente lembrar-se da cocaína).

146

➤ LSD – Ácido Lisérgico

Produto semissintético extraído da ergotina do centeio. Trata-se da droga de maior poder alucinógeno conhecida na atualidade.

DICA DE PROVA – Banca apresenta a seguinte afirmativa – Delegado Minas Gerais

“O ácido lisérgico conhecido como LSD é a droga de maior poder alucinógeno conhecida na atualidade.” CORRETA

▪ **Apresentação:** tabletes de açúcar ou fragmentos de cartolina (papel) com a substância/droga diluída.

▪ **Uso:** ingestão oral – colocado na língua.

▪ **Sintomas e Sinais:** quatro grupos

- Alucinações auditivas e visuais;
- Reações megalomaniacas; (pessoas acham que tem mega poderes, voar, etc.)
- Depressão profunda após a estação de euforia e alucinação mental;
- Confusão mental grave

Mais importantes:

Alucinações auditivas e visuais;

Reações megalomaniacas; (pessoas acham que tem mega poderes, voar, etc.)



O uso está associado ao cometimento de delitos e também casos de suicídio acidental (pessoa que não quer se suicidar, mas pula do prédio porque acha que voa).

➤ Crack e Merla

Subproduto da pasta base de cocaína

Crack

- **Apresentação:** Pedras (o nome “crack” vem do barulho da quebra do cristal de cocaína),
- **Uso:** em cigarros e cachimbos com pedras trituradas
- **Sintomas e Sinais:** excitação no SNC - Sistema Nervoso Central – agitação, irritabilidade, euforia, coração acelerado, pulso rápido e acelerado, pressão arterial aumentada, etc. (como é derivada da cocaína os sintomas são praticamente os mesmos)

Merla

- **Apresentação:** odor característico da pele – isso porque para produzir a merla são colocados solventes e substâncias em seu preparo, e nosso metabolismo gera odores muito ruins e fortes.
 - **Atenção:** Assim como a perfuração do septo é típico da cocaína o odor forte é característico nos usuários de merla.
- **Uso:** aspiração nasal por fumo - como o crack – cigarros, cachimbos, ou charutos. (inalação)
- **Sintomas e Sinais:** como os do crack.

➤ Oxi

Produzida a partir do refino de folhas de coca oxidadas com outras substâncias. O nome oxi vem da oxidação, ou seja, do processo de refino. Tem sido uma droga que vem trazendo grande preocupação à saúde pública do país, vez que é muito barata.

- **Apresentação:** pedras amareladas
- **Uso:** aspiração nasal por fumo - como o crack – cigarros, cachimbos ou charutos. (inalação)
- **Alta letalidade e baixo preço:** droga de altíssima nocividade e de baixo valor o que facilita a aquisição.

DICA DE PROVA – caiu recentemente em Prova de Delegado MG a afirmação de que a droga Oxi, seria uma droga cara e pouco nociva.

ERRADA. Totalmente o inverso, trata-se de substância barata (mais barata que o crack), de fácil aquisição e muito mais letal e nociva que a cocaína.



➤ Medicamentos

Mais disseminados – 03 grupos de medicamentos de abuso – são drogas lícitas, são fármacos, porém utilizados ilicitamente.

- **Barbitúricos:**

- **Benzodiazepínicos:**

- Nesses medicamentos acima temos efeitos depressores do SNC;
- Indutores do sono;
- Em baixas doses são utilizados em quadros de depressão, insônia, ansiedade, etc.
- Em alta doses são medicamentos que produzem efeito neurotóxico.

Muitas vezes causa euforia inicial, mas seu efeito causa grave depressão do sistema nervoso central. Portanto, toda a substância, droga, medicamento que for depressor do SNC pode levar a morte por parada respiratória, por coma.

- **Anfetaminas:** Ecstasy é um tipo de anfetamina – MDMA

- Anfetamina é uma substância excitante do SNC – Sistema Nervoso Central;
- São drogas, fármacos, medicamentos normalmente usados para o controle de obesidade, todavia, como tem efeito excitante do SNC deixa a pessoa agitada, acordada, acelerada, e muitas vezes são usadas para se manter acordado.

DICA DE PROVA – Bancas que utilizam o livro de Genival Veloso de França, irão trazer todas essas substância que foram mencionadas. **Contudo, muito cuidado com as Bancas que trazer como referência bibliográfica adotada o autor Hygino C. Hércules**, porque o referido autor tem uma classificação das drogas em: PSICOLÉPTICAS, PSICOANALÉPTICAS e PSICODISLÉPTICAS.

➤ Classificação das Drogas por Hygino de Carvalho Hércules

- ✓ **Psicolépticas**
- ✓ **Psicoanalépticas**
- ✓ **Psicodislépticas**
- ✓

PSICOLÉPTICAS	PSICOANALÉPTICAS	PSICODISLÉPTICAS.
DEPRESSORA do SNC	EXCITANTE do SNC	Perturbadoras do SNC – alteração do SNC de forma qualitativa Sendo assim não são consideradas nem



MANUAL CASEIRO

		depressoras nem excitantes, elas perturbam, alteram o SNC de forma qualitativa e não quantitativa.
▪ Etanol É o mais típico depressor do SNC Cuidado: muitos acham que o Etanol é uma substância excitante, tendo em vista a primeira fase dos efeitos – fase do macaco – momento no qual o agente fica eufórico, mas não. (a primeira fase do etanol é eufórica porque inibe o sistema inibitório do SNC do agente). Trata-se de substâncias depressora do SNC: tanto é que, quando agente morre pela ingestão de álcool, a morte é em decorrência de parada respiratória – coma alcoólico. OBS: muito cobrado em prova de Delegado – portanto – lembrar: NÃO É EXCITANTE É DEPRESSOR !!!!!	▪ Cocaína ▪ Crack ▪ Anfetaminas Droga mais clássica dessa categoria é a cocaína.	▪ Maconha Outro erro comum é que muitas pessoas acham que a maconha é depressora e classificam-na como Psicolépticas, mas quando na verdade são perturbadoras e não depressivas. ▪ LSD ▪ Mescalina Silobina (Peyote) origem em uma espécie de cacto
▪ Opiáceos (Morfina e Derivados) Temos como exemplo a Heroína. Cuidado: muitos costumam errar e colocam a Heroína como substância excitante.		
Barbitúricos Benzodiazepínicos		

Classificação adotada pela maioria dos autores de Medicina Legal – Hygino de Carvalho Hércules e Roberto Blanco.

Lembrar que as Bancas do **Rio de Janeiro, FUNCAB e FCC** costumam cobrar esses autores e utilizam essa classificação das drogas em depressoras, excitantes e perturbadoras do SNC.

149



6. Tanatologia Forense

Conceito

Inicialmente, cumpre compreendermos o que seria a Tanatologia Forense.

Tanatologia Forense é o ramo da medicina que estuda a morte e o morto, bem como os sinais que indicam tal condição fisiológica. A partir do momento que o ser nasce, ele já começa a se desintegrar, morrendo aos poucos. A expressão “Tanato” surge com a mitologia grega, que o considerava o Deus da morte.

Assim, o estudo da **tanatologia** é o estudo da morte, do cadáver e suas repercussões jurídicos-sociais.

- Estudo médico-legal: da morte, cadáver e suas repercussões jurídicos-sociais.

Para Genival Veloso de França:

Tanatologia médico-legal é a parte da Medicina Legal que estuda a morte e o morto, e as suas repercussões na esfera jurídico-social.

A expressão **Tanatopsia** refere-se ao exame realizado no indivíduo morto. A palavra autopsia, utilizada pelo Código de Processo Penal, é, igualmente, o exame da morte, assim como necropsia.

150

No presente tópico estudaremos de forma detalhada a distinção entre morte natural, morte violenta e morte suspeita, suas implicações médico-legais em questões ligadas ao interesse criminal ou cível.

Nessa esteira, existem vários tipos de morte, no entanto, estudaremos as de maior interesse para a medicina legal, que são as mortes do **tipo natural, violenta ou suspeita**.

Nos dias atuais, por meio de critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução nº 1.480/97, a morte, se dá com a parada total e irreversível das atividades encefálicas, sendo definida pelo que se chama de **morte encefálica**.

Nessa toada, dando abertura ao tema iniciamos nas Necropsias.

➤ Necropsias

Conceito - Primeiramente não podemos confundir o conceito de Necropsia com o conceito de Perinecropsia.

- ✓ **Necropsia** - ou autópsia é o exame EXTERNO e INTERNO de um cadáver. Exame este feito normalmente por **médicos**. Quando temos uma necropsia médico-legal, ou seja, uma necropsia forense no caso de morte violenta e suspeita, são os **médicos legistas** no IML que irão rebaixar exame.



Quando a morte ocorrer por questões naturais a necropsia será realizada por médicos e será considerada como clínica (veremos mais a frente).

- ✓ **Perinecropsia** - estudos e exame dos fatos. Devemos nos atentar que tratamos como local dos fatos e não como local da morte ou local do crime especificamente, porque iremos a princípio, trabalhar os fatos ocorridos. Sendo assim esse exame de Perinecropsia não é realizado por médicos, mas por **Peritos Criminais**.

São os profissionais que isolam o local, e realizam os primeiros exames. Posteriormente o corpo será levado ao IML onde será realizado então o exame interno e externo do cadáver (Necropsia).

Finalidades da Necropsia: podem ser Clínica ou Forense. Vejamos:

- **Clínica (patologistas)** – a necropsia será clínica quando estivermos diante de morte natural (morte por doença – por antecedentes patológicos).
- **Forense (médicos legistas)** – teremos necropsia forense quando estivermos diante de morte violenta (por causa externa – aquela que teve influência da transferência de energia do meio para o corpo: energias de ordem mecânica, física, físico-química, química, ou seja, as energias já apresentadas). Nos casos de morte violenta ou suspeita precisamos aferir quais foram às causas jurídicas da morte.

Relembrando as causas jurídicas da morte: Homicídio - Suicídio - Acidente: nesses casos a pessoa tem que obrigatoriamente ser examinada. NECROPSIA FORENSE É OBRIGATÓRIA POR LEI (morte violenta ou suspeita).

Causa Jurídica x Causa Médica

Vale ainda mencionar que não podemos confundir **causa jurídica da morte** com **causa médica da morte**. A causa médica da morte irá aparecer nos casos de morte natural ou violenta, tendo em vista que é o processo biológico da causa da morte (hemorragia, choque, parada cardíaca, infecção, etc.). Causa jurídica é aquela elencada pela autoridade judicial após a análise de todos os elementos e informações dadas pelos profissionais da área médica em relação ao fatos vistos e observados, podendo ser: Homicídio, Acidente ou Suicídio.

Necropsia Clínica

Abaixo algumas indicações de necropsia clínica – são aquelas que podem ser realizadas em casos de mortes por antecedentes patológicos – morte por doença.

- ✓ **Mortes sem uma devida explicação durante a internação;**



- ✓ **Enfermidades raras;**
- ✓ **Pacientes que se submeteram a protocolos de pesquisa clínica;**
- ✓ **Mortes perinatais e infantis precoces**
- ✓ **Sem diagnóstico clínico confiável**
- ✓ **Mortes naturais obstétricas (Genival Veloso de França inclui)**

Há obrigatoriedade normativa de necropsia clínica?

Quando estamos diante da NECROPSIA CLÍNICA é muito importante que saibamos que esta **NÃO É OBRIGATÓRIA** sendo obrigatória somente de morte violenta e suspeita.

Diante da não obrigatoriedade de exames em caso de morte natural temos que rol acima é de mera sugestão da doutrina elencando casos em que a necropsia clínica seria recomendável, mas não obrigatória.

DICA DE PROVA – Banca de Delegado de Polícia que tenha Genival V. de França como referência bibliográfica. Registre-se que ele acrescenta ao rol acima as mortes naturais obstétricas. Para Genival nos casos de morte de mulher durante a gravidez ou parto – ainda que de causa natural – a necropsia clínica estaria recomendada.

Mas repetimos: jamais é obrigatória a necropsia clínica.

152

▪ **Necropsia Forense ou Médico-legal**

Por outro lado, a Necropsia Forense ou Médico-legal que é realizada no IML – Instituto Médico Legal ou Postos Médico-legais é OBRIGATÓRIA.

E quais seriam os principais propósitos de uma necropsia forense?

Porque uma necropsia forense diferentemente da necropsia clínica é obrigatória?

Trata-se de procedimento obrigatório porque visa, nos casos de morte violenta ou suspeita, materializar uma conduta delitiva. A necropsia (exame cadavérico) fará parte do corpo de delito, na verdade será um dos elementos do corpo de delito.

Finalidade da necropsia forense

- ✓ **Materializar o delito;**
- ✓ **Identificar o corpo;**
- ✓ **Contribuir para a identificação da causa jurídica da morte: Homicídio, Suicídio ou Acidente.**

Obs: lembrando que a necropsia é somente um dos elementos do corpo de delito não cabe ao médico legista (como vimos no início do Manual Caseiro) determinar com certeza a causa jurídica da morte.



Isso porque a indicação por Homicídio, Suicídio ou Acidente é ato que reflete juízo de julgamento, ou seja, é indicado e determinado em decisão judicial e não pelo médico ou perito.

Lembrar do Ver e Reportar (SOMENTE)

Guardar bem - “**CONTRIBUIR** para identificação”

Quando é necessária uma necropsia médico-legal?

Duas Indicações básicas

- ✓ **Morte por causas externas** – leia-se morte violenta, quando há transferência de energia do meio para o corpo.
- ✓ **Morte suspeita** – a doutrina vai trazer como conceito de que a morte suspeita aquela em que há possibilidade de não ter sido natural a sua causa. Diante das circunstâncias concretas havendo a possibilidade da morte ocorrida não ter sido de forma natural, teremos a chance de esta ser de causa externa, portanto, é obrigatória a necropsia.

Há dados de que 20% das mortes suspeitas acabam sendo morte violentas.

Observação - Questionamentos:

▪ Morte por antecedentes patológicos?

Quando aparecer nas provas mortes por antecedentes patológicos, leia-se de morte natural.

Não será feita a necropsia médico-legal/forense, todavia pode ser feita uma necropsia clínica. E, para que esta ocorra deve se ter a autorização dos familiares do morto.

Caso essa morte por antecedentes patológicos/natural, ou seja, por doença e ou morte natural sem assistência médica é atribuição do SVO – Serviço de Verificação de Óbitos analisar os casos..

Atenção, no SVO temos a realização de necropsias clínicas (não é forense), vez que se trata de local onde se verificam mortes de causas naturais, porém sem assistência médica.

Obs: quando tivermos morte natural com assistência médica (pessoa internada ou com doença), não haverá a necessidade de necropsia, e quem irá preencher todos os documentos e inclusive a declaração de óbito será o **médico assistente**.

O fato é que muitas pessoas morrem de causas naturais sem acompanhamento médico e quando morrem precisam que suas Declarações de Óbito sejam preenchidas. É justamente nesse momento que o Serviço de Verificação de Óbito - SVO atua. Lembrando mais uma vez que o SVO não realiza necropsias forenses (IML), mas tão somente necropsias clínicas.

▪ Morte por omissão de socorro?

Morte por omissão de socorro é considerada morte por causa externa, portanto, violenta. Entende-se que nesses casos se o socorro tivesse sido prestado a vítima poderia sobreviver.



Considerando então que fatores externos (omissão) influenciaram na morte do agente deve-se avaliar a atribuição de responsabilidade pelo crime de omissão de socorro.

(ATENÇÃO – O tema já foi objeto de cobrança em prova de Delegado, sendo assim registrar e lembrar que nesses casos de omissão de socorro a necropsia médico-legal/forense é obrigatória – (classificação como causas externas – morte violenta – necessidade de avaliação de responsabilidade – crime de omissão de socorro do CP).

▪ **Necropsia Branca:**

Necropsia Branca refere-se as circunstancia em que a *causa mortis* permanece indeterminada mesmo após a realização de necropsia, ou seja, não temos resultados.

DICA DE PROVA - Já caiu em prova a porcentagem aceitável de necropsia branca. (Vunesp) – “A porcentagem de necropsia branca aceitável é de 50%”.

ERRADA. A porcentagem apresentada na afirmativa é muito alta, normalmente o admitido é de 0,5%. A doutrina trata em percentual menor que 1% admissível de casos em que não se determina a causa médica/clínica da morte.

Outro ponto que deve ser mencionado é que “partes de cadáver”, “partes do corpo humano” e “segmentos ósseos”, devem sempre ser levados ao IML, para que seja realizada identificação. A medida se faz necessária porque um dos objetivos do exame médico legal ou forense é também identificar o corpo.

154

Morte suspeita

Algumas situações que a doutrina médico-legal traz como morte suspeita:

- ✓ **Pela subtaneidade**
- ✓ **Por violência oculta**
- ✓ **Por violência indefinida**
- ✓ **Por infortúnio do trabalho**

- ✓ **Pela subtaneidade – a chamada morte súbita – MUITO CUIDADO !**

- Para que for fazer prova de Delegado do Rio de Janeiro, Banca FUNCAB, ou bancas que usem a doutrina do professor **Hygino de Carvalho Hércules** saibam que: para Hygino toda a morte brusca, de efeitos imediatos, súbita deve ser considerada suspeita e deve ser necropsiada.
- **Genival Veloso de França**, Delton Croce falam que morte súbita só é considerada suspeita quando ela não for claramente natural.



Vejam então que o tema é alvo de divergência entre doutrinadores – para Hygino toda a morte súbita é suspeita e para os demais nem todas são suspeitas.

✓ **Por violência oculta** – quem gosta muito desse tópico é a Banca VUNESP.

○ A violência oculta se apresenta nos casos em que não temos lesões externas indicativas de violência, mas temos 03 circunstâncias que podem estar ocultas:

- **Traumas internos**
- **Envenenamento**
- **Corpos em estado avançado de putrefação** (não tem como ver os sinais externos caso existam)

DICA DE PROVA – como que a banca VUNESP já cobrou?

1ª - A Banca já cobrou exatamente pedindo os exemplos de circunstâncias ocultas:

Resposta: Traumas internos - Envenenamento - Corpos em estado avançado de putrefação

2ª - A banca já cobrou afirmando que a violência oculta é aquelas situações em que há sinais leves, discretos de violência externa.

ERRADA – Se a violência está oculta não há nenhum sinal externo de violência, vez que se tem sinal externo de violência é morte violenta.

✓ **Por violência indefinida**

É quando se tem indícios externos. Mas, vejamos, tratam-se somente indícios e não sinais claros. 15
Todavia, mesmo sendo somente indícios não se consegue precisar a causa e, portanto se faz necessária a necropsia.

✓ **Por infortúnio do trabalho**

Teremos aqui elencados os acidentes do trabalho e doenças do trabalho. As questões relacionadas com o trabalho são consideradas suspeitas pela doutrina médico-legal pelo fato de haver a necessidade de se apurar a possibilidade de existência de responsabilidade do empregador.

Nesses casos a necropsia é obrigatória e serão realizadas nos IML's ou nos Postos Médico-legais por médicos legistas.

ATENÇÃO – Genival Veloso de França – Morte de Custodiados

02 (duas) circunstâncias são trazidas claramente por Genival Veloso de França.

Caiu recentemente na prova de Delegado no Estado de Minas Gerais.

Pessoa que aparentemente possuía uma doença cardíaca (fazia uso de medicamento) e estava sob a custódia da polícia de determinada cidade. Custodiado veio a óbito durante o transporte realizado pela própria polícia.

Como classificar essa morte?



Muitos candidatos ao verem as expressões “possuía doença” e “fazia uso de medicamento” consideraram a morte como natural, e erraram a questão. Em quaisquer das hipóteses que sejam apresentadas, o candidato deve se lembrar de que QUANDO HOUVER A SITUAÇÃO DE ÓBITO DE PESSOA CUSTODIADA, a NECROPSIA SERÁ OBRIGATÓRIA, vez que será considerada e classificada como suspeita, **mesmo que a morte ocorra durante um mero transporte.**

- ✓ **Morte sob Custódia** - mortes de pessoas que estão sob custódia (cuidados/responsabilidade) do Estado. Nesses casos os cadáveres **devem obrigatoriamente ser necropsiados** no IML.

Possíveis situações de Custódia:

Delegacia, Penitenciária, Hospital de Custódia, Hospital Judiciário de Tratamento Psiquiátrico, Estabelecimento de cumprimento de Medida de Segurança, Estabelecimento de cumprimento de medidas socioeducativas - menores que cometeram atos infracionais, quaisquer casos de transporte de um local a outro, pessoa presa em flagrante, etc..

Nesses casos não interessa se o indivíduo tinha doença, se fazia uso de medicamento de uso controlado ou não, entre outros. Ocorrendo a morte de pessoa sob custódia do Estado deve obrigatoriamente realizar necropsia.

- ✓ **Morte em cirurgia eletiva** - sobre a cirurgia eletiva temos que esta é aquela cirurgia em que a pessoa elege, escolhe o dia de sua realização. O indivíduo está bem e resolve fazer se submeter a procedimento cirúrgico em data certa e determinado (ele escolheu), porém morre na cirurgia.

150

Genival Veloso de França elenca o caso como morte suspeita.

Porque Genival Veloso de França diz que esse tipo de morte deve ser considerada como suspeita?

Porque aparentemente a pessoa submetida ao procedimento estava em boas condições de saúde, e com isso existe a necessidade de verificação de possível responsabilidade por parte do médico. Para o autor há a necessidade de se verificar o que ocorreu realmente: erros, intercorrências, etc.

Nesses casos temos a obrigatoriedade de encaminhamento do cadáver ao IML e a realização de necropsia.

▪ Cremação

Art. 77, §2º da Lei n 6.015 de 1973 (LRP – Lei de Registros Públicos)

Art. 77 (omissis)

§2º A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o **atestado de óbito houver sido firmado por**



02 (dois) médicos ou por 01 (um) médico legista e, no caso de MORTE VIOLENTA, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

Diante da leitura do texto legal, observa-se que para a realização de cremação é necessário que haja obrigatoriamente assinatura de 02 médicos ou 01 médico legista e, nos casos de morte violenta autorização judicial (isso porque após a cremação extinguem-se todas as possibilidades de exumação)

▪ Exumação

O tema é recorrente em provas de Delegado Civil tendo em vista que a autoridade policial possui dentro de suas atribuições o dever de acompanhar o procedimento de exumação juntamente com o médico legista. Nesse sentido as bancas de concursos públicos para o referido cargo vêm cobrando dos candidatos o conhecimento dos procedimentos mínimos obrigatórios na exumação. Em tempo, asseveramos que esses procedimentos mínimos aparecem em boa parte elencados em nosso CPP – Código de Processo Penal.

Art. 163. Em caso de exumação para exame cadavérico, a autoridade providenciará para que, em **DIA E HORA* PREVIAMENTE MARCADOS**, se realize a diligência, da qual se lavrará **AUTO CIRCUNSTANCIADO****.

Parágrafo único. O administrador de cemitério público ou particular **INDICARÁ***** o lugar da sepultura, sob pena de desobediência. No caso de recusa ou de falta de quem indique a sepultura, ou de encontrar-se o cadáver em lugar não destinado a inumações, a autoridade procederá às pesquisas necessárias, o que tudo constará do auto.

DICA DE PROVA* – Exumação DEVE ser PREVIAMENTE agendada.

Diferentemente da Necropsia que pode ser feita em qualquer horário, a exumação deve obrigatoriamente ser agendada previamente.

DICA DE PROVA- Qual é o documento elaborado após a exumação AUTO ou LAUDO?**

O documento elaborado após a exumação é AUTO CIRCUNSTANCIADO e não ~~LAUDO~~.

DICA DE PROVA * - INDICAÇÃO do local da sepultura.**

Procedimento obrigatório na exumação sob pena de desobediência.

Auto de Exumação e Reconhecimento



Necessidade de realização de Auto de Exumação e Reconhecimento, lembrado que existe diferença entre Auto e Laudo.

Auto e Laudo são espécies de relatórios:

✓ **Laudo** – aquele relatório que é escrito pelo próprio perito após a realização da perícia.

(Roberto Blanco afirma que o Laudo é elaborado posteriormente com mais cautela e aprofundamento, mais minucioso que o Auto).

✓ **Auto** – aquele relatório que é ditado pelo perito ao escrivão durante a realização do exame.

(Roberto Blanco afirma que o Auto é aquele feito na hora sem tantos detalhes e minúcias).

Em uma exumação o médico legista vai ditando ao escrivão o que está ocorrendo durante o procedimento de exumação e o escrivão vai reduzindo tudo a termo.

Principais procedimentos para a realização de uma exumação

O mais é cobrado em provas sobre exumação são os dados sobre DIA e HORA. Na exumação estes devem ser AGENDADOS, devendo ainda haver a indicação prévia da sepultura onde está localizado o cadáver a ser exumado, isso porque é realizada a exumação e o reconhecimento (local onde foi realmente enterrado).

158

DICA DE PROVA – Assim como ocorre com as necropsias a exumação pode ser realizada em qualquer dia e hora do plantão médico-legal.

ERRADO. As exumações devem ser obrigatoriamente realizadas em dia e hora PREVIAMENTE AGENDADOS.

Ainda sobre a exumação o candidato não pode se esquecer da obrigatoriedade da presença de pessoas tidas como “convidadas” ao procedimento de exumação pela autoridade policial: familiares do morto e testemunhas (pessoas que estavam presentes no dia do sepultamento – e que possam confirmar que o corpo realmente foi sepultado naquele local indicado).

Pontos importantes:

- ✓ **A urna será identificada e indicada pelo administrador do cemitério.**
- ✓ **Serão feitas fotografias (documentação fotografia é obrigatória).**
- ✓ **Deve ainda ser realizada coleta para exame toxicológico e histopatológico (exame por microscópio).**
- ✓ **Exumação pode ser feita em qualquer fase processual e da putrefação.**

DICA DE PROVA – Bancas já afirmaram em provas:

“No procedimento de exumação não são realizadas fotografias em respeito a família do morto.”



ERRADA. Documentação fotográfica nos procedimentos de exumação são obrigatórias.

DICA DE PROVA – Bancas já afirmaram:

“Procedimento de Exumação só poderá ser realizado na fase de inquérito”.

ERRADA. Procedimento de exumação pode ser realizado em qualquer fase do processual, assim como em qualquer fase da putrefação.

DICA DE PROVA- Bancas já afirmaram:

“Procedimento de exumação só poderá ser realizado após o cadáver completar a fase de Esqueletização da putrefação”.

ERRADA. O procedimento de exumação pode ocorrer em qualquer momento e em qualquer fase da putrefação, inclusive no dia seguinte de seu enterro.

OBS: NAO CONFUNDIR QUALQUER DIA E QUALQUER HORA COM QUALQUER FASE.

Poderá ocorrer a exumação em qualquer fase, todavia o dia e a hora devem ser **PREVIAMENTE AGENDADOS**.

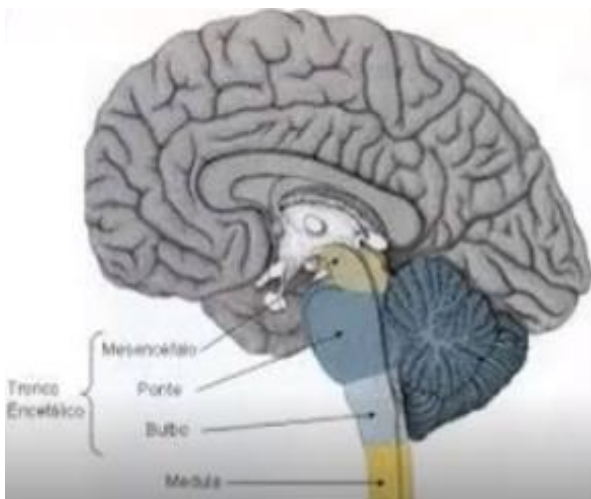
159

➤ Morte Encefálica - Alguns aspectos da Lei de Transplantes

Como morte encefálica a medicina conceitua que é a condição final, irreversível, definitiva de cessação das atividades do tronco encefálico. A morte encefálica grosso modo é a verdadeira morte para fins jurídicos e para fins médicos.

DICA DE PROVA – Morte cerebral é a verdadeira morte para fins jurídicos e médicos.

ERRADA. Não é morte cerebral, mas sim morte encefálica.



Morte Encefálica x Coma

Vale mencionar que morte encefálica é diferente de coma. Podemos ter uma pessoa em coma, mas que ainda esteja com as estruturas do tronco encefálico funcionando. No quadro clínico chamado de coma o paciente não está morto, não se pode extinguir sua personalidade jurídica, que somente ocorrerá no momento após a confirmação de sua morte encefálica.

Morte Encefálica – Diagnóstico



MANUAL CASEIRO

Para que se confirme a morte encefálica é necessária à realização de diagnóstico (Resolução CFM 2.173 de 2017). Prova de Delegado de Polícia Civil exigem na disciplina de Medicina Legal que o candidato faça a leitura de legislações infraconstitucionais a respeito do tema. Indicamos os links abaixo:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm

(Legislação anexa ao final do Manual Caseiro)

Os candidatos devem ser atentar também a resolução recente do Conselho Federal de Medicina, assim como nas mudanças na legislação referente aos transplantes no final do ano de 2017.

(Muito cuidado com a resolução de questões antigas que não estão de acordo com a nova legislação).

Procedimentos de diagnostico de morte encefálica

- ✓ Exame neurológico
- ✓ Teste de apneia
- ✓ Exame complementar

Exames de diagnóstico de morte encefálica:

- **02 exames clínicos** – realizados por 02 médicos diferentes e não integrantes da equipe de transplantes.

Os médicos irão examinar o corpo, um de cada vez num intervalo de tempo que varia de acordo com a idade do paciente que está em possível morte encefálica.

IDADE	INTERVALOS (EM HORAS)
07 dias a 02 meses incompletos	24 horas
02 meses a 02 anos incompletos	12 horas
Maior de 02 anos *	01 hora

* É o mais cobrado em provas - teve alteração em 2017 - Sendo assim desde sempre até a data da entrada em vigor da nova legislação o prazo era de 06 horas. Agora não mais, sendo, portanto a partir de 2017, utilizado o prazo de intervalo de 01 hora.

DICA DE PROVA – Cuidado para não confundir o prazo de 01 hora do intervalo de diagnóstico de morte encefálica com o prazo do artigo 162 do CPP.

Art. 162 do CPP

O prazo do artigo 162 do CPP é um prazo de 06 horas. O respectivo artigo traz que se deve aguardar o prazo de 06 horas para realizar o exame após o óbito quando não se tiver certeza dos sinais de óbito.

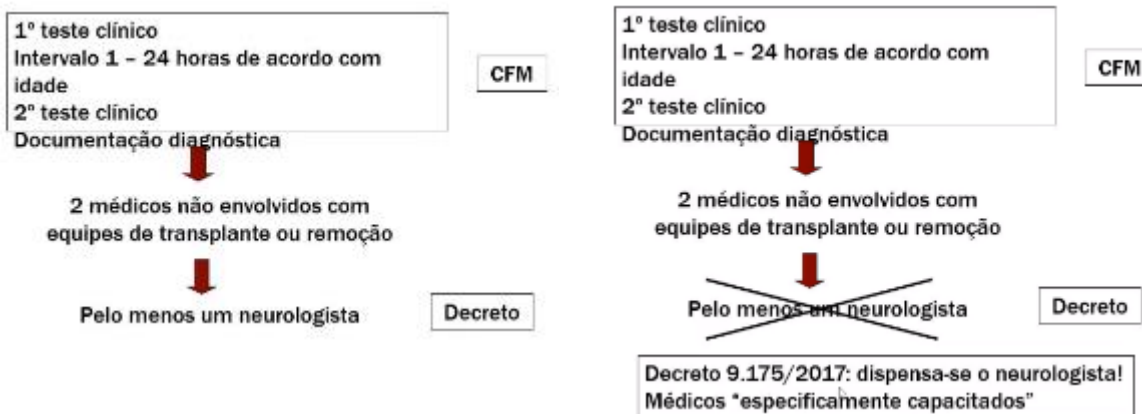
O prazo de 01 hora (que sempre foi de 06 horas até 2017) é um prazo para a realização **de exames clínicos** e verificar se determinada pessoa está ou não em morte encefálica para doar seus órgãos.



Já o prazo de art. 162 do CPP (que continua sendo de 06 horas) é prazo legal para a realização de necropsia (quando não se tem mesmo certeza se a pessoa está realmente morta).

Resolução do CFM – Conselho Federal de Medicina

A Direção técnica do hospital irá indicar os médicos especificamente capacitados para o procedimento e, estes não podem participar da equipe de remoção e transplante. (art. 10).



DICA DE PROVA – Mudança recente costumam ser cobrada em prova.

Antes de 2017, ou seja, antes do decreto tínhamos que o exame deveria ser realizado por 02 médicos, e um deles deveria ser obrigatoriamente um neurologista. Após o decreto há a dispensa de médico neurologista - a obrigatoriedade da especialidade foi suprimida, exigindo somente que sejam capacitados.

Consentimento para realização de transplante

Lei n. 9.434 de 1997 – Lei dos Transplantes - Muito importante que saibamos que quando a Lei de Transplante é cobrada em prova são cobrados exatamente os artigos da Lei.

Consentimento para a doação *post mortem*:

Sobre o consentimento para doação em casos de transplantes post mortem (também temos casos de doadores vivos), até 1997 quando a Lei foi editada tínhamos o chamado consentimento presumido forte – doação que deveria constar na carteira de identidade ou CNH indicando se a pessoa era ou não doador de órgãos.

Ocorre que a situação acima mencionada não existe mais desde 2001, quando a situação foi suprimida, restando tão somente a autorização dos familiares. Aqui é muito importante que o candidato saiba que há um distanciamento do entendimento da esfera do Direito Civil para com o da Medicina Legal no que diz respeito ao tema.

Explicamos:



No **Direito Civil** estudamos a questão da autonomia da vontade e que esta prevalece sobre consentimento dos familiares quando o tema é a doação de órgãos. De veras temos até a existência de enunciado de Jornada de Direito Civil afirmando que prevalece a vontade dos familiares quando houver a omissão do doador morto, todavia para a Medicina Legal tais considerações e entendimentos não possuem validade.

Sendo assim, em prova de Medicina Legal, não se discute autonomia – temos a literalidade da Lei.

Nesse sentido para a realização de prova de Medicina Legal o consentimento é o que está presente o art. 4º da Lei dos Transplantes, onde teremos as seguintes situações:

- cônjuge/ companheiro (incluído pelo decreto de 2017);
- parente até o 2ª grau;

Com isso reforçamos que para prova de Medicina Legal não deve o candidato discutir autonomia da pessoa, se ela se manifestou em vida ou não, se queria ou não doar órgãos – isso não aparece na prova de Medicina Legal.

Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de **peçoas falecidas** para transplantes ou outra finalidade terapêutica, **dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive,** firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Parágrafo único. (VETADO)

(Incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

***Vejam – post mortem**

**** Não se discute autonomia – para Medicina Legal somente a literalidade**

Doação Post Mortem- Consentimento

Consentimento informado: cônjuge ou familiar até 2º grau na presença de duas testemunhas – lembrando ainda que está incluído o companheiro pelo Decreto 9.175/2017. (equiparação do companheiro ao cônjuge).

Temos ainda que se o doador for:

- **juridicamente incapaz:** autorização de ambos os pais se vivos ou responsáveis legais;
- **pessoa não identificada:** não pode ser doadora. (Atenção sempre cai em prova – isso porque a autorização depende dos familiares). Sendo assim temos nos casos de pessoas não identificadas temos vedação legal.

Doação em vida – Consentimento



Pessoa **JURIDICAMENTE INCAPAZ** pode dispor gratuitamente de Tecidos, Órgãos e partes do corpo humano (T/O/PCH) para fins terapêuticos:

- para cônjuges ou parentes consanguíneos até o 4º grau, inclusive, ou
- para qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial (exceto para medula óssea).

Atenção – Doação de órgãos de parentes mortos x Doação de T/O/PCH em vida

Muito cuidado para não confundir o 2º grau da autorização do consentimento para a doação de órgão de parente morto com o consentimento de doação em vida para cônjuge, parentes consanguíneos até o 4º grau ou qualquer pessoa com autorização judicial, com exceção dos casos de doação de medula óssea.

DICA DE PROVA – Já foi cobrada a seguinte afirmativa em prova:

“Qualquer pessoa pode dispor gratuitamente de órgãos para cônjuge e parentes consanguíneos, inclusive até o 4º grau”.

ERRADA. Não é qualquer pessoa, é somente qualquer pessoa JURIDICAMENTE CAPAZ que pode doar órgãos, tecidos e partes do corpo humano em vida.

Doação em vida - Aprofundamento – Atenção:

- ✓ Existe alguma situação em que se pode realizar a doação de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano, sendo estes oriundo de doador com vida, porém que seja incapaz?
- ✓ Um criança poderia doar um rim para seu irmão em vida com a autorização dos pais ?

Em regra: não.

Exceção: Sim, para os casos de medula óssea. Para que isso é necessário que tenhamos o consentimento dos pais ou responsáveis legais E (+) autorização judicial. (Requisitos Cumulativos)

✓ Pacientes grávidas podem doar órgãos em vida?

Em regra: não.

Exceção: Sim, para os casos de medula óssea e DESDE que haja a existência de atestado médico afirmando que a doação não causará problemas ou quaisquer prejuízos nem a gestante nem ao feto.

Transplantes - Ordem de inscrição

No que tange ao tema é de conhecimento de todos, porém convém ressaltar a existência de fila de espera para a realização de transplante.

Filas estaduais



- ✓ Não se admite a inscrição de receptores em mais de uma Central Estadual, para o mesmo órgão ou tecido. Ou seja, a inscrição é por Estados para cada órgão.
- ✓ A ordem de inscrição (e não “filas”) poderá deixar de ser observada:

- Incompatibilidade entre Doador e Receptor;
- Distância e Condições de Transporte – (cuidado com o órgão/viável);
- Deslocamento do receptor; (quando o receptor não tem como se deslocar até o local)
- Questões relacionadas à urgência (pessoas que estão em posições mais abaixo na lista, mas que subitamente apresentam piora considerável e passam a correr risco de morte)
- Transplante “inter vivos” - doação de órgãos em vida – Doador vai doar para aquele que tem interesse que não será obrigatoriamente o 1º da fila. Certamente doará para seu parente.

Sigilo

Decreto 9.175 de outubro de 2017.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm

Art. 52. Na hipótese de doação post mortem, será resguardada a identidade dos doadores em relação aos seus receptores e dos receptores em relação à família dos doadores.

Vejam então que o Decreto deixou claro que as identidades deverão ser resguardadas.

164

Doação e Transplantes de Órgãos x Necropsia

Nas hipóteses de doação de órgão é pressuposto que se tenha uma morte encefálica (e aqui lembramos que não podemos confundir com estado de coma). Com frequência temos essa situação de morte encefálica em acidente de trânsito e em casos de morte violentas.

Todavia, sabemos que em casos de morte violenta a necropsia é obrigatória. Com isso, não raras vezes teremos doação de órgãos, mas também a necessidade de necropsia, porque o paciente que está em morte encefálica veio a óbito em razão de acidente.

Nessas situações temos a possibilidade de afastar a realização da necropsia no caso de doação de órgãos?

Não, em hipótese alguma. A necropsia será obrigatoriamente realizada quando a morte ocorrer de forma violenta ou por ação externa (ou ainda existindo qualquer outro motivo para realização de necropsia).

DICA DE PROVA – Já foi afirmado em provas:



“A possibilidade de doação de órgãos exclui a obrigatoriedade de realização de necropsia médico-legal”.

ERRADA. Afirmativa completamente equivocada. A doação de órgãos não exclui de forma alguma a obrigatoriedade da realização de necropsia, vez que esta ultima prevalece sobre a doação de órgãos.

Nos casos de doação de órgãos, quando a necropsia é obrigatória (morte violenta, ação externa, ou outro) é necessária à autorização do Ministério Público para sua realização.

ERRADA. Não há necessidade de autorização de nenhum órgão.

Seção IV

Da Necropsia

Art. 25. A necropsia será realizada **OBRIGATORIAMENTE*** no caso de morte por causas externas ou em outras situações nas quais houver indicação de verificação médica da causa da morte.

§ 1º A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano poderá ser efetuada desde que não prejudique a análise e a identificação das circunstâncias da morte.

§ 2º A retirada de que trata o § 1º será realizada com o conhecimento prévio do serviço médico-legal ou do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação, e os dados pertinentes serão circunstanciados no relatório de encaminhamento do corpo para necropsia.

§ 3º O corpo será acompanhado do relatório com a descrição da cirurgia de retirada e dos eventuais procedimentos realizados e a documentação será anexada ao prontuário legal do doador, com cópia destinada à instituição responsável pela realização da necropsia.

§ 4º Ao doador de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano será dada a precedência para a realização da necropsia, imediatamente após a cirurgia de retirada, sem prejuízo aos procedimentos descritos nos § 2º e § 3º.

* Doação de órgãos não exclui a obrigatoriedade de realização de necropsia.

Muito importante que o candidato realize a leitura da Lei dos Transplantes assim como os decretos relacionados ao tema trabalho no presente tópico, vez que nesse tópico é cobrado exatamente a literalidade da lei.

Os textos estarão disponíveis ao final do seu Manual Caseiro em Anexos.

CRNOTANATOLOGIA

Diagnósticos dos fenômenos cadavéricos. (Atenção: tema denso e muito cobrado em provas)

O que é Cronotanatognose?



- ✓ Crono – tempo
- ✓ Tanato – morte
- ✓ Gnose – conhecimento

Cronotanatognose – Diagnóstico do tempo de morte. O tema é de grande valia quando em especial estamos diante do encontro de cadáveres expostos ao ar. Todas as faixas temporais que serão vista no presente tema não se aplicam aos corpos já sepultados, até mesmo porque, se tivermos um sepultamento oficial, o diagnóstico do tempo de morte não faz mais sentido.

É inegável então que as faixas temporais fazem mais sentido nos casos de cadáveres expostos ao ar.

Curiosidade: normalmente aumentam de 03 a 05 vezes a decomposição cadavérica quando o corpo está inumado – sepultado.

DICA DE PROVA – Já foi afirmativa de prova:

“As faixas temporais estudadas na Cronotanatognose relacionam-se a cadáveres inumados, sepultados”.

ERRADA. Essas faixas temporais dizem respeito a cadáveres expostos, encontrados ao ar livre e não se sabe quando ocorreu o óbito.

160

Faixas temporais extremamente variáveis

Mesmo com toda a evolução da Medicina e da Medicina Legal não é possível avaliar com precisão, com exatidão o instante em que a morte acontece. Isso porque, a **morte é um processo, não sendo um instante. “A cessação das funções vitais é progressiva e gradativa”.**

As funções vitais não se acabam todas ao mesmo tempo, mas sim gradualmente e, é justamente por esse motivo que os fenômenos cadavéricos vão aparecendo forma progressiva e gradativa no tempo:

- ✓ **A morte é um processo e não um instante;**
- ✓ **As faixas de tempo são tão variáveis;**
- ✓ **É difícil dizer com certeza em que instante exato determinada pessoa morreu.**

São de suma importância para prova de Medicina Legal: os **Marcos Temporais Típicos/Clássicos**. E, dentro desses marcos temporais típicos/clássicos deve o candidato se atentar para as situações apresentadas nas questões de prova e se lembrar dos sinais de cada fase.

Cronotanatognose - Fenômenos cadavéricos (Segundo Borri):



Dentro do tema temos 02 grandes grupos de fenômenos, os chamados **Abióticos e os Transformadores**.

✓ **Abiótico, avitais ou vitais negativos:**

- **Imediatos** – sinais de incerteza de morte
- **Consecutivos ou mediatos**
 - Evaporação cadavérica (perda de água)
 - Esfriamento cadavérico (algidez cadavérica ou *algor mortis*)
 - Mancha de hipóstase (*livor mortis*)
 - Rigidez cadavérica (*rigor mortis*) – progressão

Obs: Evaporação cadavérica e esfriamento cadavérico estão sempre em conjunto.

Embora a perda da temperatura ocorra de forma concomitante com as mesmas explicações da evaporação cadavérica o que é chamado de algidez é a perda de temperatura.

✓ **Transformativos:**

- **Destrutivos**
 - Autólise
 - Putrefação
 - Maceração
- **Conservadores** – conserva a matéria orgânica do cadáver e não destrói.
 - Mumificação
 - Adipocera ou Saponificação
 - Calcificação
 - Corificação
 - Congelação
 - Fossilização

167

Mais cobrados em provas

Obs1: muito cuidado com os fenômenos **Mediatos e Imediatos** porque constantemente o examinador tenta confundir os candidatos invertendo esses fenômenos.

Fenômenos abióticos mediatos ou consecutivos: são aqueles que estão relacionados ao art. 162 do CPP que traz o período de incerteza de Tourdes. Esse período de 06 horas após o óbito para a realização de necropsia se faz necessário porque nos primeiros momentos teríamos apenas sinais de incerteza, somente fenômenos imediatos.

Deve-se então aguardar o aparecimento de fenômenos mediatos ou consecutivos para que se possa realizar a necropsia quando não se há certeza de que a pessoa está mesmo morta.

Exceção: temos como exceção em que se poderia fazer uma necropsia antes do período de 06 horas de óbito – quando diante de evidencia de sinais de morte.



Exemplo: decapitação – quando diante de decapitação, obviamente a pessoa está morta, nesse sentido pode ser realizada a necropsia em qualquer momento.

Lembrar: Quando não se tiver certeza desses sinais de morte não podemos realizar a necropsia antes do período de 06 horas da suposta morte.

➤ **Fenômenos Abióticos IMEDIATOS** – tratam de sinais de incerteza, de possibilidades de morte e que precisam ser confirmados pelos fenômenos consecutivos.

- ✓ Perda da consciência
- ✓ Perda de sensibilidade
- ✓ Abolição da motilidade (movimentação) e do tônus muscular
- ✓ Parada cardiorrespiratória
- ✓ Ausência de atividade cerebral

Obs: Art. 162 do Código de Processo Penal de 1941.

Art. 162. A autópsia será feita pelo menos **seis horas depois do óbito**, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto.

Parágrafo único. Nos casos de morte violenta, bastará o simples exame externo do cadáver, quando não houver infração penal que apurar, ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa da morte e não houver necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante.

Atenção: mais uma vez reforçamos que o prazo de 06 horas para a realização de autópsia é contado após o suposto óbito e não 06 horas após a localização ou identificação do cadáver.

➤ **Fenômenos Abióticos MEDIATOS**

- ✓ **Evaporação cadavérica ou Desidratação Cadavérica**
 - Pergaminhamento da pele;
 - Redução de peso e volume do cadáver (decorrente da perda de água)
 - Dessecamento/ressecamento de mucosas e alterações no globo ocular:
 - Tela viscosa (opacificação da córnea)
 - Sinais de Sammer e Larcher (Mancha Negra escleral)
 - Depressibilidade do globo ocular;
- ✓ **Esfriamento cadavérico (algidez ou *algor mortis*):**
- ✓ **Manchas de hipóstase (*livor mortis*):**



✓ Rigidez cadavérica (*rigor mortis*) – progressão

Fenômenos Abióticos Mediatos – Especificações e Peculiaridades

- ✓ **Evaporação cadavérica ou Desidratação Cadavérica** - também chamada de desidratação cadavérica – trata-se da perda progressiva da água que vai ocorrer com o tempo, demonstrando alguns sinais importantes:

- **Pergaminhamento da pele;**
- **Redução de peso e volume do cadáver (decorrente da perda de água)**
- **Dessecamento/ressecamento de mucosas e alterações no globo ocular.**
 - Tela viscosa (opacificação da córnea) – início de 1 a 3 horas – varia muito de acordo com a ventilação e temperatura do meio ambiente do local e se o cadáver permaneceu com os olhos abertos.
 - Sinais de Sammer e Larcher (Mancha Negra escleral) – significa a perda de água -consequência do ressecamento. Trata-se do pigmento da coróide, visto por transparência pelo dessecamento ou ressecamento (perda de água) da esclera (ou esclerótica).

*A esclera (ou esclerótica) quando perde água e perde volume, e com isso tem sua espessura reduzida – ela só é branca, porque é grossa, ou seja, porque possui água. Quando a esclera reduz seu volume ficando com espessura fina, torna-se transparente e com isso conseguimos ver um pigmento que temos internamente no globo ocular.

A mancha negra escleral ou Sinal de Sammer e Larcher também assim como a tela viscosa de 1 a 3 horas após a morte, fica negra em torno de 6 horas de morte.

- Depressibilidade do globo ocular;

A perda de água do cadáver irá depender das condições ambientais vez que o corpo encontra-se ao ar livre e exposto às condições externas de clima.

(Exemplo: clima mais quente, com maior ventilação a perda de água ocorre de forma mais rápida).

Análise de imagens

Primeiro marco temporal, a saber, é a tela viscosa.

Tem início em um período de 1-3 horas de morte.





Imagem 01 – imagem de globo ocular opaco e, justamente a parte mais opaca do globo ocular é considerada tela viscosa. Opacificação da córnea.

Imagem 02 - imagem de olho brilhante. Quando o olho ainda estiver brilhante, não houver rigidez cadavérica estamos diante de menos de 01 hora de morte.



Imagem 01 – globo ocular não mais brilhante, opaco, temos mais de 1 a 3 horas de morte.

Imagem 02 – Globo ocular foi apertado com o dedo pelo médico legista. Ao ser pressionado comprimiu-se e não retornou ao estado anterior – Depressibilidade do globo ocular. Se o globo ocular estiver depressível e não voltar ao estado anterior temos um quadro de mais de 08 horas de morte.



Imagem 01 e 02 – Mancha negra escleral ou Sinal de Sammer e Larcher. Observem que o médico legista está abrindo as pálpebras justamente para mostrar que existe uma linha negra na esclera. A parte escura do globo foi a parte que ficou em contato com o ar, vez que os olhos estavam semiabertos. Já a parte que aparece branca estava encoberta pela pálpebra no ressecando.

✓ Esfriamento cadavérico (algidez ou *algor mortis*):

- Algor mortis ou algidez
- Tempo de morte
- Resfriamento extremamente variável – como toda Cronotanatognose porque depende de condições do meio ambiente
- Tendência ao equilíbrio com o meio ambiente progressivo e não uniforme – ou seja, a tendência é que com o tempo o cadáver atinja a mesma temperatura em equilíbrio com o meio ambiente.
- Perda de cerca de 1,5° C por hora (mas é variável – existem posicionamentos doutrinários)

- Temos 02 formas aceitas para se falar desse tema:

- **1ª corrente** – utiliza o tempo médio de uma redução de 1,5° C (um grau e meio) por hora na temperatura do cadáver. A fórmula utilizada para essa corrente seria a seguinte:



37,2° C – temperatura média corporal normal – temperatura retal (ânus)

1,5° C – grau perdido por hora após a morte

37,2° C (temperatura média corporal normal) **menos (-)** a temperatura retal (pelo ânus – temperatura dos órgãos internos) do cadáver **dividido** por 1,5° C (um grau e meio).

- **2ª corrente** - (talvez a que esteja sendo utilizada como parâmetro para os concursos de Delegado de Polícia). Para essa corrente a perda de temperatura é de aproximadamente 0,5° C (meio grau) por hora. E nas horas subsequentes até 12 horas de morte teremos a redução de 1,0° C (um grau) por hora.

Obs: as duas situações podem aparecer nas provas de Medicina Legal para Delegado de Polícia. Isso ocorre porque a Cronotanatognose é muito variável essas faixas são mesmo variáveis, é uma variabilidade normal e que realmente existe.

Muitos métodos são aceitos, não existe um método mais correto que o outro.

Todavia o método da 2ª corrente vem aparecendo mais em provas, no seguinte sentido:

DICA DE PROVA – Como costuma aparecer:

“Um cadáver foi encontrado com uma perda de temperatura de 2,5° C (dois graus e meio) de rigidez em ‘x’ e ‘y’ lugar. Diante dos dados apresente o tempo estimado de morte”.

Análise da afirmativa:

Perda de 0,5° C grau por hora nas primeiras 3 horas.

Nas primeiras 3 horas o cadáver perdeu 1,5° C, na quarta hora ele perdeu mais 1,0° C. Com 2,5° C temos aproximadamente 4 horas de morte.

Observação:

Vejam então que as provas mais recentes têm utilizado mais o segundo método. Todavia, se aparecer que em média se perde 1,5° C (um grau e meio) por hora de acordo com a fórmula utilizada para medir a temperatura do cadáver com a temperatura habitual, a questão também pode ser considerada correta.

Lembrando ainda que a variação ocorre pela influência das condições do meio ambiente, ou seja, condições ambientais.

Ambientes: mais frios, mais quentes, mais ventilados, mais secos, mais úmidos, etc, tudo fará diferença. E com isso é claro que os métodos de medidas variam muito no tempo.

✓ **Manchas de hipóstase (livor mortis):**

Também conhecidos como **Livores Cadavéricos** ou ainda pode aparecer em provas como **Hipóstase**.

- ✓ **Hipo** – área baixa
- ✓ **Stase** – parada



Porque ocorre?

Quando o indivíduo está vivo seu coração está batendo e bombeando sangue para todo seu corpo e órgãos. Consequentemente quando a pessoa morre o coração para de bater, o sangue para de circular e se acumula nas regiões de declive pela ação da gravidade.

Com isso temos que a mancha de hipóstase nada mais é que o acúmulo de sangue em área de declive pela ação da gravidade.

Essas manchas ainda podem ser chamadas de manchas de “**Posição**”, isso porque se as manchas se originam em locais específicos a depender da posição do cadáver.

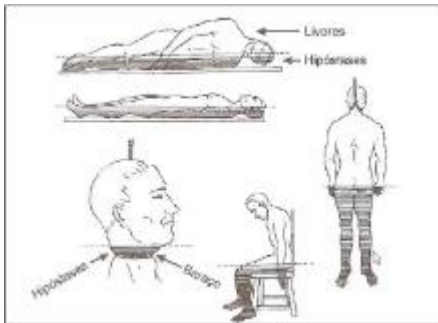


Imagem 01 – temos na imagem manchas de hipóstase situadas:

- na região dorsal;
- na região lateral esquerda;
- nas extremidades dos membros inferiores e superiores e na porção superior do laço cervical;

DICA DE PROVA – Já apareceu em prova de Delegado a seguinte afirmativa:

“Enforcamento suicida típico: manchas de hipóstase situadas nas extremidades dos membros inferiores e superiores, assim como na porção superior do laço cervical.”

CORRETA.



Imagem 01 – observa-se na imagem locais/regiões com áreas mais avermelhadas que são justamente as manchas de hipóstase onde o sangue encontra-se acumulado. Noutro viro, as áreas mais claras indicam as regiões que estavam em contato com o chão (vagos sanguíneos nessas regiões estavam comprimidos), ou apoio – vejam na cintura a marca de cinto/cós da calça. De acordo com a imagem podemos deduzir que o cadáver estava em posição decúbito dorsal.

Marcos de aparecimento de manchas de hipóstase

Essas manchas surgem em torno de 2 a 3 horas após a morte e começam geralmente como pequenos pontos (aproximadamente 30 minutos). As manchas mais evidentes, os “verdadeiros livores” aparecem aproximadamente somente como já mencionado após 02 e 03 horas de óbito. Elas se generalizam em torno de 06 horas e se fixam em torno de 12 horas de morte.



Isso significa dizer que:

- **Antes de 12 horas após a morte as manchas são móveis** – nas primeiras 12 horas de morte o sangue vai se acumular nas áreas de declive dentro dos vasos sanguíneos. Após esse período os vasos começam a se romper e o sangue consequentemente começa a sair dos vasos. Após o período de 12 horas não se movem mais, contudo, antes desse período são móveis, e a depender da alteração de posição do cadáver elas irão mudar de local. (fato importante pra identificação de alteração de cadáver em local de crime)

- **Depois de 12 horas após a morte as manchas são fixas.** Se o cadáver permaneceu por 12 horas na mesma posição e as manchas se fixaram, ainda que o cadáver tenha sua posição alterada, as manchas permanecerão onde estão.

Nesse sentido, uma das importâncias das manchas de hipóstase é a possibilidade de avaliar se alguém mexeu no cadáver a partir do momento da fixação das manchas.



Manchas de Hipóstase não fixas: menos de 12 horas

Imagem 01 e 02 - percebam na imagem que as manchas de hipóstase estavam na região ventral (na frente), com isso temos que esse corpo estava de barriga para baixo (decúbito ventral). Vejam que o Médico legista aperta o local mais escuro e pressiona, após um tempo retira o dedo e verifica que o sangue do local se move, deixando o local levemente mais claro. Isso ocorre porque as manchas não estão fixas. Nesse caso, deduzimos que o corpo tem menos de 12 horas de morte.



Imagem 01 – Figura indicando pressão de mão feita por médico legista em local que havia mancha de hipóstase, deixando o mesmo com coloração mais clara indicando que o sangue se movimentou na medida em que o tecido fora pressionado. Temos na imagem corpo com menos de 12 horas de morte.

Se as manchas estivessem fixas, ao serem pressionadas pelo médico não ficariam claras e manteriam o mesmo aspecto.

Importâncias da Avaliação de Manchas de Hipóstase:

- ✓ **Sinal de certeza de morte;**
- ✓ **Fornece Cronotanatognose** – tempo de morte. Lembrar que as manchas começam:
 - A surgir com 2-3 horas;
 - Se generalizar com 6 horas;
 - Se fixar com 12 horas;
- ✓ **Fornecem indícios sobre a posição do cadáver** – porque sangue se acumula na posição de declive.



DICA DE PROVA – Já caiu em prova de Delegado de Goiás:

“Cadáver foi encontrado em posição de suspensão completa por meio de laço cervical e as manchas de hipóstase estavam localizadas no dorso”.

A questão queria que o candidato indicasse que alguém havia mudado o cadáver de lugar, porque as manchas de hipóstase estavam nas costas/dorso, quando deveriam estar nas extremidades dos membros superiores e inferiores.

Com isso temos que o cadáver permaneceu deitado de costa no chão por mais de 12 horas e após esse tempo, e após as manchas se fixarem é que foi colocado em suspensão completa.

Evidentemente temos que cena do crime alterada.

- ✓ **Tonalidade das manchas de hipóstase** – a tonalidade das manchas de hipóstase nos dá às vezes a indicação da causa da morte.

- Manchas de hipóstase são manchas de tonalidade mais violácea, **mas se elas forem de tonalidade azulada/escura/enegrecida** devemos nos recordar do ‘sangue asfíxio’ (tríade asfíxia: sangue asfíxio, congestão polivisceral e marcha de Tardieu).

O sangue asfíxio é um sangue mais ralo/fino/fluido e mais escuro.

Se tivermos um sangue mais escuro as manchas de hipóstase serão mais escuras; Se o sangue é mais fino/ralo/fluido na pessoa que morreu de asfíxia a mancha de hipóstase poderá aparecer antes do período de 2-3 horas (se tivermos sangue denso e viscoso ele demora mais tempo para acumular, e o contrário é verdadeiro), sendo assim um sangue mais fluido/ralo se acumulará de forma mais rápida.

DICA DE PROVA - Nas asfíxias as manchas de hipóstase são mais escuras e mais precoces. (CORRETA).

- Quando as **manchas de hipóstase forem de coloração carmim (vermelho cereja, vermelho vivo)**, lembraremos nos do CO – Monóxido de Carbono, lembrar que o organismo produz mais hemácias em busca de oxigênio.
- Outra substância que também faz com que as manchas de hipóstase fiquem de coloração viva, carmim, é o **cianeto**.

DICA DE PROVA -

Grandes chances de cair em provas – Incêndio na Boate Kiss – RS – nos cadáveres encontrados no local foram identificadas grande quantidade de cianeto. Todos eles tinham manchas de hipóstase de cor vermelho vivo.



✓ Rigidez cadavérica (*rigor mortis*) – progressão

Lei de Nysten: lei que trata da progressão da rigidez. Temos que saber quais são as principais causas de rigidez e como se dá essa progressão.

De acordo com a Lei de Nysten a rigidez cadavérica segue uma progressão **crânio-caudal, ou seja, de cima para baixo**. Essa progressão é clássica de aparecimento de rigidez e também de desaparecimento (o cadáver fica rígido e passado algum tempo fica flácido). A flacidez posterior à rigidez segue a mesma progressão da rigidez.

DICA DE PROVA – Já foi caiu em prova:

“A flacidez cadavérica posterior à rigidez segue a ordem contrária da Lei de Nysten.”

ERRADA. A flacidez cadavérica posterior à rigidez segue a mesma ordem de progressão da rigidez – crânio caudal.

Além de crânio caudal a rigidez cadavérica ocorre dos menores para os maiores grupos musculares e o primeiro musculo a ficar rígido é o masseter (músculo da mastigação).

▪ Aparecimento da rigidez:

Os primeiros grupos musculares a ficarem rígidos são os músculos da face e da nuca:

- 1 a 2 horas de morte – primeiros grupos
- 8 horas de morte essa rigidez se generaliza – corpo todo.

DICA DE PROVA - Quando a prova trouxer na afirmativa ou questão que o cadáver está totalmente rígido ou que a rigidez já atingiu os membros inferiores teremos aproximadamente 08 horas de morte.

▪ Desaparecimento da rigidez:

A rigidez desaparece com o início da putrefação e como já mencionado ocorre na mesma ordem de seu aparecimento. Com isso temos que os primeiros músculos a apresentarem o desaparecimento da rigidez não os músculos da face e da nuca, posteriormente os dos membros superiores e por ultimo os membros inferiores.

DICA DE PROVA – quando a prova trouxer afirmativa ou questão mencionando que o cadáver não tinha ainda nenhum grupo muscular rígido e os olhos ainda estavam brilhantes temos aproximadamente menos de 01 hora de morte.

175



▪ Início da putrefação:

Em aproximadamente 24 horas de morte. (+-20 a 24 horas de morte)

Etiologia da rigidez: a causa da rigidez cadavérica é multifatorial, mas podemos mencionar quais são as suas principais:

✓ Redução de ATP e de O₂ dentro dos músculos

ATP (Adenosina trifosfato - molécula que produz energia para a célula)

Dentro dos músculos temos duas moléculas que se chamam: actina e miosina. Tais moléculas se ligam e são responsáveis pela contração muscular. Já o ATP desliga essa duas moléculas, tem como função o relaxamento dos músculos. (grosso modo o ATP se liga as moléculas de actina e miosina “soltando-as”).

Consequentemente quando não tivermos a presença do ATP às moléculas ficarão sempre ligadas e com isso o musculo sempre contraído, vez que o ATP funciona e participa na fase de relaxamento muscular.

DICA DE PROVA – Mortes decorrentes de intenso esforço físico extenuante geram mais rigidez.
CORRETA.

Fenômenos Cadavéricos TRANSFORMATIVOS

Fenômenos Cadavéricos Transformativos

- Destrutivos
- Conservadores

Fenômenos Cadavéricos Transformativos Destrutivos – principais

- ✓ Autólise
- ✓ Putrefação*
- ✓ Maceração

Fenômenos Cadavéricos Transformativos Conservadores - principais

- ✓ Mumificação
- ✓ Saponificação (ou Adipocera)*
- ✓ Calcificação
- ✓ Corificação

* são os mais cobrados em provas de Delegado de Polícia.



Fenômenos Cadavéricos Transformativos Destrutivos – principais

Fenômenos Cadavéricos Transformativos Destrutivos – principais

- ✓ Autólise
- ✓ Putrefação*
- ✓ Maceração

- ✓ **Autólise** – primeiro fenômeno cadavérico – é o mais precoce/muito precoce – fenômeno de morte celular - não se fala propriamente em horas e ele ocorre em decorrência de enzimas.

* **Não há qualquer interferência bacteriana** – as bactérias participam na putrefação, na autólise ainda não estão presente (um dos temas mais cobrados em provas).

DICA DE PROVA - A ideia de que todos os fenômenos destrutivos têm relação com a proliferação bacteriana é falsa.

A autólise que é um fenômeno destrutivo não tem proliferação bacteriana e ela ocorre por causa da presença de enzimas. Enzimas estas das próprias células que fazem a digestão celular resultando em acidez.

- **Mais intensa em tecidos ricos em enzima.**
- **Fermentação anaeróbica intracelular – ACIDEZ:** o principal substrato da autólise é a acidez, formação de acidez fermentação intracelular formando ácido.
- **Particularidades da córnea (6 horas iniciais)** – a córnea é a única estrutura do corpo que permanece algumas horas após a morte sem ficar ácida. Geralmente permanece por aproximadamente 06 horas sem que ocorra a acidez. Por esse motivo é que podemos realizar transplante de córneas ainda que a fase da autólise já tenha se instalado.

[córnea é única estrutura do corpo humano que sofre autólise tardia (possui poucas células, menos vasos sanguíneos, menos sangue – trata-se de uma membrana muito fina)– Já as demais estruturas do corpo humano começam a sofrer autólise nos primeiros momentos após a morte].

- **Sinal de Forcipressão Química de Icard** – sinal para que se possa ver a acidez.

Técnicas do método:

- arranhar o cadáver até que este solte substância líquida;
- colocar um papel azul de tornassol em contato com esse líquido;
- presente a acidez o papel irá mudar de cor;

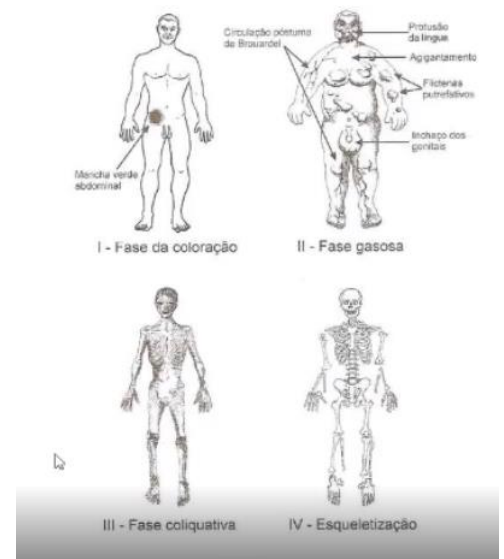


Obs: existem mais ou menos uns 15 tipos de testes (todos com nomes diferentes) para se falar do teste de acidez na autólise. Todavia esses nomes não são cobrados em provas, tendo aparecido uma vez apenas o Sinal de Icard.

DICA DE PROVA - Todos os testes acima mencionados utilizam papel azul de tornassol para verificação de acidez no cadáver. Nesse sentido, alertamos que aparecendo na prova **PAPEL AZUL DE TORNASSOL** lembrar imediatamente do teste de acidez na autólise pelo Sinal de Forcipressão química de Icard, ou ainda, somente sinal de Icard.

✓ **Putrefação*** - principal fenômeno transformativo destrutivo e possui 04 fases que se sucedem no tempo, porém se misturam uma com as outras. Vejamos:

- **Período cromático (de coloração)**
- **Período gasoso (enfisematoso)**
- **Período coliquativo (de liquefação)**
- **Período de Esqueletização**



- **Período cromático (de coloração)** – o cadáver nessa fase apresenta coloração VERDE.

No primeiro esquema temos o primeiro sinal da putrefação macroscopicamente evidente que é a mancha verde abdominal. Nessa região está localizado o abdômen do cadáver que com o passar do tempo após a morte ficará com sua coloração esverdeada.

- **Período gasoso (enfisematoso)** – enfisema é AR, nessa fase temos o acúmulo de ar.

Cadáver apresenta um aspecto aumentado, gigantesco – temos então o chamado agigantamento, protrusão da língua, circulação póstuma de Brouardel, flictenas putrefativas (bolhas), inchaço dos genitais (pseudo ereção).

- **Período coliquativo (de liquefação)** –

O cadáver nessa fase começa a perder as partes moles que o compõem.



- **Período de Esqueletização** - fase bastante tardia - 03 a 05 anos

Temos nesse momento somente a presença de ossos.

Putrefação:

- **Período cromático (de coloração)** – o cadáver nessa fase apresenta coloração VERDE.

- **Decomposição fermentativa da matéria orgânica por germes**, bactérias e outros microrganismos. É nesse momento que passamos a ter a ação bacteriana, porque até então na autólise não tínhamos a presença de bactérias no corpo.

- **É mais rápida** quando o cadáver se encontra em **locais quentes, em crianças, em obesos**. Em tempo sinalizamos que a água e a gordura interferem na dinâmica da putrefação.

- Ambiente quente: ambientes quentes aceleram a putrefação – ao contrário se estivermos diante de uma temperatura de 0° C, paramos/paralisamos a putrefação;
- Criança e recém-nascidos: maior quantidade de água corporal;
- Obesos: maior quantidade de gordura.

Obs Peculiaridade de França:

Genival V. de França fala claramente que a marcha da putrefação se interrompe ou não se inicia abaixo de 0° C (zero) grau.

- Primeiro sinal de putrefação em adultos – Mancha Verde Abdominal

Em adultos o primeiro sinal da putrefação (fase cromática) que é a ‘Mancha verde abdominal’. A mancha verde se inicia na fossa ilíaca direita – isso não significa que ela não possa se apresentar ao lado direito, todavia, predominantemente ela se apresenta inicialmente ao lado direito.

Mas porque à direita? Questão de disposição de órgãos

Porque nessa região temos uma parte do intestino que se chama ‘Ceco’ (parte mais ampla, mais calibrosa e superficial). Seguindo a lógica e o fato de que a putrefação tem haver com bactérias, ela também estará intimamente relacionada com fezes. O local do intestino que apresentar maior anatomia certamente terá mais fezes armazenadas, e com isso mais bactérias. Ressalta-se que essa parte do intestino além de ser mais ampla, está mais próxima da parede do intestino e isso permite que seja possível visualizar a mudança de tonalidade do órgão mais facilmente do lado externo.

A coloração esverdeada decorre da produção de compostos sulfurados com enxofre e que ficam mais perto da parede abdominal, ou seja, da pele.

(o lado esquerdo nosso intestino é mais profundo e com isso a aparência esverdeada demora mais a ser vista).



A mancha verde abdominal **aparece em adultos em torno de 20 a 24 horas após a morte**. Com isso consideramos que esse período de 20 a 24 horas trata-se do período inicial de putrefação, e consequentemente o início do desaparecimento da rigidez cadavérica. **Temos ainda que a mancha verde se estende a todo corpo em torno de 03 a 05 dias após a morte.**

DICA DE PROVA

No que tange às situações com **baixas temperaturas (inverno ou em países frios)** a **mancha abdominal pode aparecer em torno de 36 horas de morte.**

CORRETO.

Coloração verde por quê?

Tem relação com o enxofre produzido pela ação bacteriana que se liga a hemoglobina (molécula que carrega oxigênio) e formam um composto chamado sulfometahemoglobina (hemoglobina + enxofre = cor verde).



Imagem 01 e 02 – cadáver com mancha verde abdominal: cerca de 24 horas de morte. Mancha de coloração esverdeada localizada na fossa ilíaca direita.



Imagem 01 – anatomia abdominal – localização e indicação do Ceco. Podemos perceber que área que se encontra circulada é visivelmente uma região mais calibrosa, ampla - maior que demais.



Imagem 01 - mancha verde em adultos aparece predominantemente no abdômen na região da fossa ilíaca ao lado direito.



Mancha verde em outros locais carecem de análise de outras hipóteses.

Quais as prováveis hipóteses a serem consideradas no caso de mancha verde localizadas em outros locais que não sejam o abdômen?

1. **Afogamento** – o início se dará em local diverso, geralmente na região do pescoço e tórax tendo em vista a aspiração de água suja. No afogamento teremos mais quantidade de bactérias os locais mencionados, o que induz o aparecimento da mancha verde.



Imagem 01 – cadáver de afogado – mancha verde localizada na região do tórax, do pescoço em decorrência da aspiração de água suja.

2. **Putrefação em recém-nascidos** – no caso dos recém-nascidos não teremos a presença de fezes no abdômen - ainda não se alimentaram pela primeira vez. Seu primeiro contato com bactérias será em decorrência de sua respiração. Com isso os casos de óbito nos primeiros minutos de vida o local onde teremos mais bactérias será o pulmão. A mancha verde aparecerá primeiramente no pescoço e tórax.
3. **Em torno de lesões** – nos casos de lesões devemos nos lembrar de que as bactérias ‘gostam’ de sangue é meio de cultura ideal para elas (local de proliferação). Quando estivermos diante de lesões causadas por projétil de arma de fogo, ou por grandes mutilações a área do sangue que está em contato com o meio externo e é ideal para proliferar bactérias, será aonde encontraremos a mancha verde.



Imagem 01 – cadáver com lesão causada por projétil de arma de fogo e ao redor mancha verde, devido o acúmulo de sangue ao redor dos ferimentos e que aquele é meio de cultura para bactérias.

Questão temporal da mancha verde – Resumindo:

- 20 a 24 horas para o início de seu aparecimento em adultos;
- aproximadamente em torno de 36 horas para seu aparecimento em locais frios ou no inverno;
- quando a mancha verde se instala temos o início da putrefação e com isso consequentemente o desaparecimento da rigidez cadavérica;



- a mancha verde se estende a todo o corpo no período de 03 a 05 dias, ficando o cadáver com coloração totalmente esverdeada.

DICA DE PROVA – Já foi cobrada em prova a seguinte questão - VUNESP:

“Um cadáver foi encontrado com 04 dias de morte, nessas circunstâncias quais sinais encontramos.” – uma das alternativas era:

- coloração difusamente esverdeada no corpo. (CORRETA)

Obs: esse prazo de 04 dias de óbito geralmente é muito cobrado em provas, sendo assim o candidato deve dar grande atenção aos sinais que o cadáver apresenta nesse período.

- **Período gasoso (enfisematoso)** – enfisema é AR, nessa fase temos o acúmulo de ar.

Essa fase dura em média 2 semanas.

Apresenta sua fase máxima com cerca de 5 a 7 dias de morte.

Características externas (aspecto):

- **Cadáver com aspecto gigantesco;**
- **Com formação de bolhas – flictenas – bolhas de putrefação/putrefativas;**
- **Pseudo ereção (falsa ereção do pênis em decorrência dos gases);**
- **Distensão alças intestinais** – em decorrência do aumento de volume interno.
- **“Posição do lutador”** – na putrefação o cadáver não está mais rígido, encontra-se flácido e cheio de gases. Os braços podem ficar mais levantados simulando posição de luta. (braços elevados e mãos voltadas para o corpo)
- **Circulação póstuma de Brouardel** - temos a presença visível da circulação póstuma de Brouardel com mais de 24 horas de morte, ficando bem intensa e visível com cerca de 48 horas de morte.

Esse fenômeno ocorre porque temos dentro de nossos vasos sanguíneos temos sangue (sangue é meio de cultura). Assim, onde houver sangue as bactérias irão se proliferar produzindo gases e consequentemente dilatar os vasos, empurrando o sangue para sua periferia. A circulação fica evidente.

Gases da putrefação – detalhes – (Já foi cobrado em prova de Delegado/MG)

- **1º dia** – não inflamáveis
- **2º a 4º dia** – inflamáveis (principalmente hidrogênio/hidrocarboneto)
- **5º dia em diante** - voltam a ser não inflamáveis



Análise de imagens



Imagem 01 e 02 – circulação póstuma de Brouardel - cadáver com a presença de circulação evidente, apresentando desenho vascular evidente, tanto nas pernas (membros inferiores) quanto no tronco.



Imagem 01 – projeção da língua, projeção dos olhos em decorrência da existência de gases.

Imagem 02 – posição do lutador em decorrência de gases nos membros. Lembrando que nessa fase o cadáver está flácido, apesar de passar a impressão de rigidez.

- **Período coliquativo (de liquefação) – Fase coliquativa**

O cadáver nessa fase começa a perder as partes moles que o compõem.

- **Dissolução pútrida do cadáver por germes**
- **Duração muito variável** – meses – quanto mais longe da data da morte mais fica difícil dar a estimativa dessa data.
- **Estudos da fauna cadavérica (entomologia)** – muito importante mencionar que entomologia forense que é responsável pelo estudo dos insetos da fauna cadavérica nos ajuda em alguns pontos.

(Temos oito legiões de espécies de insetos – são legiões muito variadas e não costumam aparecer muito nas provas – a única que costuma ser cobrada é a 1ª legião)

- 1ª Legião
- 2ª Legião
- (...)
- 8ª Legião

1ª Legião – os insetos, bichos típicos da primeira legião são chamados Dípteros (mosca doméstica). Esses insetos irão fazer oviposição, ou seja, postura de ovos no cadáver formando larvas e dissolvendo as partes moles do corpo.

Observação: moscas não colocam ovos em locais com iluminação solar, somente em locais escuros. Com isso as primeiras regiões que servem de depósitos para ovos e proliferação de larvas são os orifícios como boca, nariz e ouvidos.





Imagem 01 – fase coliquativa inicial com a presença de moscas no orifício da boca

Imagem 02 – fase coliquativa mais avançada com a presença de larvas, nas partes mais moles do cadáver.

Teremos essa fase coliquativa por vários meses até se chegar à fase de Esqueletização.

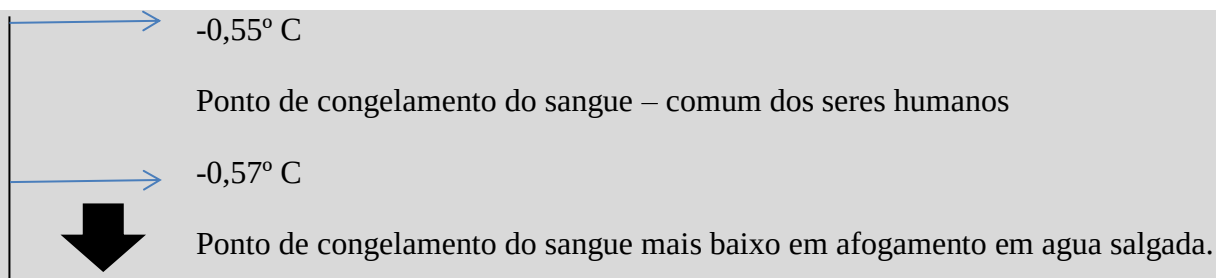
Ainda na fase Coliquativa temos alguns pontos interessantes a serem mencionados:

Exames laboratoriais

- Alteração do ponto crioscópico
 - Cristais no sangue putrefeito - Westenhoffer-Rocha-Valverde
 - Exames do conteúdo do estômago
 - Concentração de Potássio (K) no humor vítreo
- **Alteração do ponto crioscópico:**

Ponto Crioscópico (vimos esse assunto quando falamos de afogamento – ponto de crioscópico de Carrara – ponto de congelamento do sangue).

- Temos como ponto normal – 0° C



Lembrando que podemos ter a redução do ponto crioscópico no afogamento em água salgada em decorrência da presença de mais sódio (Na) no organismo. **E também quando estivermos na fase gasosa da putrefação.**

Com isso temos que a produção de gases na putrefação dissolvidos no sangue reduz o ponto crioscópico. **Podendo chegar até -0,7° C graus – cai em Prova!**

DICA DE PROVA – Já caiu a seguinte afirmativa:

“Poderiam explicar o encontro de sangue com baixos pontos de congelamento: o afogamento em água salgada e a fase gasosa avançada da putrefação”.

CORRETA.



- **Cristais no sangue putrefeito Westenholfer-Rocha-Valverde:** (Rocha e Valverde são dois autores brasileiros que descreveram os sinais que serão apresentados).

Os cristais de Rocha-Valverde são cristais que aparecem no sangue putrefeito que é perceptível no microscópio e que aparecem com 03 a 05 dias de morte (mesmo período em a mancha verde se generaliza).

Lembramos que o aparecimento dos cristais de Rocha-Valverde coincide com a fase gasosa da putrefação.

DICA DE PROVA – já caiu questão sobre Cristais de Rocha-Valverde:

“Com que fase da putrefação coincide com o aparecimento dos Cristais de Rocha-Valverde ”:

- a) Coloração
- b) Gasosa
- c) Coliquativa
- d) Esqueletização

- **Exames do conteúdo do estômago:**

Nesse tipo de exame se realiza a necropsia, e posteriormente a abertura do estômago do cadáver, para que se possa ver o conteúdo presente, visando com isso verificar em média quanto tempo depois de se alimentar que ocorreu a morte.

185

(detalhes que Bancas adoram – FUMARC, por exemplo)

- **Conteúdo estomacal:**

- **alimentos totalmente reconhecíveis:** nesses casos temos uma morte que ocorreu de 1 – 2 horas após a última refeição.
- **alimentos em fase final de digestão:** temos alimentos, mas estão digeridos. Nesse caso temos de 4 – 7 horas após a última refeição.
- **estômago vazio:** encontramos o estômago totalmente vazio com mais de 7 horas após a última refeição. (nesse período o organismo teve tempo suficiente para terminar toda a digestão).

- **Concentração de Potássio (K) no humor vítreo**

Vítreo é uma estrutura existente dentro do olho (líquido, “gelatina”). Com a morte temos o aumento da concentração de potássio o humor vítreo.

Obs: a quantidade de concentração de potássio no humor vítreo não aparece em provas porque temos “quantum” muito variado e se apresentam e tabelas específicas para profissionais da área.



O único ponto que é cobrado nas provas sobre o tema é a existência de aumento ou não de potássio na estrutura localizada no olho do cadáver com a progressão dos fenômenos cadavéricos.

- **Período de Esqueletização** - fase bastante tardia - 03 a 05 anos

Temos nesse momento somente a presença de ossos – trata-se da fase final dos fenômenos cadavéricos.



Imagem 01 – elementos de exumação de materiais. – data de 30 anos após a morte

DICA DE PROVA – Afirmativas possíveis sobre o tema:

“As últimas estruturas do corpo a sofrerem desintegração são os dentes.”

CORRETA.

✓ **Maceração**

No tocante à maceração afirmamos que se trata de um fenômeno cadavérico transformativo e podemos mencionar que pode ser trabalhada pela banca sobre dois prismas: **Maceração Séptica e Maceração Asséptica.**

- **Maceração Séptica (contaminada)**: como maceração séptica citamos como exemplo clássico a maceração do afogado, isso porque a maceração como visto anteriormente é um fenômeno transformativo do corpo em ambiente líquido ou com excesso de umidade. Nesse sentido, o afogado se enquadra perfeitamente vez que o cadáver está diretamente em contato com meio líquido. Nesses casos o corpo ao invés de entrar em processo de putrefação irá sofrer fenômenos cadavéricos peculiares e próprios de ambientes líquidos e a Medicina Legal trabalha esse fenômeno como Maceração.

No caso do afogado sabemos que o cadáver se encontra com conteúdo aspirado de água suja, seja esta salgada (mar) ou doce (rio, piscina, etc.), por isso a classificação em séptica (contaminada).





Imagem 01 e 02 – podemos verificar nas imagens a descamação das mãos e dos pés – também chamada de descamação da epiderme em “dedos de luva”, justamente por conta da expressão “mãos de lavadeira”. Típico de maceração séptica.

- **Maceração Asséptica (não contaminada)**: já no caso da maceração asséptica, ou seja, com a ausência de contaminação podemos mencionar como exemplo clássico os casos de aborto – casos de fetos mortos retidos dentro do útero da mãe. (No útero encontramos líquido amniótico* que está em contato direto com o feto)

Líquido amniótico* é o fluido que envolve o embrião, preenchendo a bolsa amniótica e o protegendo de choques mecânicos e térmicos.

Nos casos de feto morto retido no útero da mãe em decorrência e consequência do contato em ambiente líquido temos que este, apesar de morto não entra em processo de putrefação como os demais casos, mas sim no chamado processo de maceração. O feto diante das condições do ambiente apresentará então um aspecto de descamação, coloração avermelhada, conforme a imagem apresentada.



Imagem 01 – feto com pele descamada, descolada, destacada em retalhos, coloração avermelhada brilhante típica do processo de maceração asséptica.

Observem ainda a presença de conteúdo acentuado próximo a nuca do feto: **Sinal de Spalding**.

Sinal de Spalding – cavalgamento das suturas cranianas – ocorre porque os ossos do crânio do feto assim como dos recém-nascidos não estão totalmente formados, e quando ocorre ao processo de maceração os ossos ainda em formação se “amontoam” uns sobre outros, apresentando aspectos de deformidade.

DICA DE PROVA – Já foi cobrado em provas de Delegado:

“Inquérito é aberto para investigar possível crime de infanticídio, (.....caso cita que a mãe estava em estado puerpério e traz longo texto com informações não relevantes para confundir o candidato). Ao final menciona: o perito médico legista encontrou na necropsia uma criança (recém-nascido, feto, não mencionou) com pele toda avermelhada, descamada, brilhante e com um sinal de cavalgamento da sutura craniana e questionava nas alternativas:

- a) crime de infanticídio porque....
- b) crime de infanticídio mas porque ...
- c)



Várias das alternativas apresentavam o crime de infanticídio, todavia a resposta correta seria a que mencionava que **não ocorreu o crime de infanticídio vez que se tratava de natimorto, ou seja, o feto havia nascido sem vida e apresentava aspectos típicos de maceração.**

Justificativa:

Feto macerado = feto que morre ainda dentro do útero. Nascendo morto não há o que se falar em crime de infanticídio. Poderíamos estar diante de possível crime de aborto, mas não de infanticídio.

Fenômenos Cadavéricos Transformativos Conservadores – principais

Fenômenos Cadavéricos Transformativos Conservadores - principais

- ✓ **Mumificação**
- ✓ **Saponificação (ou Adipocera)***
- ✓ **Calcificação**
- ✓ **Corificação**

* são os mais cobrados em provas de Delegado de Polícia.

O fenômeno conservador diferentemente do grupo estudado anteriormente (destrutivo) conserva a matéria orgânica nos cadáveres. Vejamos quais são: 188

- ✓ **Mumificação**
- ✓ **Saponificação (ou Adipocera)***
- ✓ **Calcificação**
- ✓ **Corificação**

✓ **Mumificação**

Trata-se de um processo transformativo conservador que pode ter 03 naturezas:

- **Natural** – mumificação que interessa a Medicina Legal.
- **Artificial** – quando a mumificação como o próprio nome diz é induzida artificialmente.
- **Misto** – quando há a presenças de ambos os tipos acima.

Na mumificação natural vamos ter a necessidade da presença de condições de clima que favoreça a desidratação cadavérica rápida e com isso impeça a proliferação bacteriana.

Obs: Proliferação Bacteriana resulta em putrefação, se temos a ausência de proliferação bacteriana na mumificação não há putrefação, consequentemente conserva e não destrói.



O que seria um clima que favoreça a perda rápida de água?

- Quente
- Ventilação
- Seco

Com isso temos que cadáveres nessas condições climáticas podem entrar em mumificação natural, vez que terão uma perda muito rápida de água e irão ressecar impedindo a putrefação.

(Mumificação NÃO TEM PUTREFAÇÃO – é um processo conservador).

Sexo feminino – mais comum ocorrer a mumificação nos cadáveres de pessoas do sexo feminino.

Idade – mais comum em recém-nascidos e crianças.

Causa da morte – mais comum em casos de morte por grande desidratação e em situações em que foram usados antibióticos por muito tempo.

Importância da Mumificação: favorece a identificação cadavérica, porque não destrói a matéria orgânica.



Imagem 01 – mumificação parcial

Imagem 02 – crânio mumificado

Imagem 03 e 04 – mão relativamente preservada – foi possível desenvolver um processo de hidratação e colher impressões digitais do cadáver para reconhecimento.

✓ Saponificação ou Adipocera

Trata-se de um processo tardio que parece de algumas condições importantes de solo.

- Processo tardio
- Condições especiais de solo

Saponificação acontece em áreas gordurosas do corpo e ocorre em decorrência de processo tardio de putrefação, diferentemente da mumificação.

Nos casos de saponificação a putrefação irá começar, as bactérias irão se proliferar e com isso destruir as gorduras do corpo e chegarão a um estágio em que ocorrerá a formação de ácidos graxos (tipo de gordura).

Por sua vez o ácido graxo irá reagir com substâncias minerais da argila encontradas no solo e formar uma substância que parece sabão ou cera - por isso o nome de saponificação ou adipocera.



Condição ambiental: solos argilosos (com pouco ar), úmidos – os ácidos graxos reagem com os minerais da argila do solo formando cera.

Obs: é possível ocorrer também (raro mais pode ocorrer) a saponificação em situações em que vários corpos são enterrados juntos em valas públicas, comuns de cemitério.

Análise de imagens



Imagem 01 e 02: imagem de saponificação – corpo que mesmo após meses tem sua gordura corporal conservada.

✓ Outros Fenômenos transformadores

- Calcificação
- Corificação
- Congelação
- Fossilização

190

São fenômenos que aparecem menos em provas, todavia teceremos algumas considerações sobre os pontos.

- **Calcificação** - pode ser cobrado em provas o significado de Litopédio.

Lito – pedra

Pedio – criança

Criança de pedra - nesses casos teremos a ocorrência de morte fetal – feto morto retido dentro do útero materno. Esse cadáver de feto morto irá macerar num primeiro momento e posteriormente com o depósito de cálcio (Ca^{++}) nos tecidos esse feto se calcificará.

- **Corificação** – nos casos de corificação a pele do cadáver se apresentará aspecto de couro. Não é um processo comum de ocorrer na região do Brasil. Ocorrem geralmente em cadáveres que foram enterrados em urnas/caixões metálicos de zinco – hermeticamente fechadas.

No Brasil temos o costume de utilizar urnas/caixões de madeira, sendo assim é muito difícil ocorrer essa reação do cadáver e sua matéria orgânica com esse componente.



- **Congelação** – ocorre nos casos de temperaturas abaixo de - 40° graus negativos
- **Fossilização** – algo absolutamente raro que não ocorre na matéria orgânica humana de forma tão nítida.

7. Identidade e Identificação

No presente tópicos trabalharemos métodos de identificação utilizados para descobrir, aferir a identidade. Para tanto é necessário que apresentemos alguns conceitos iniciais:

Reconhecimento – comparação leiga entre a experiência visual, auditiva, olfativa ou tátil vivenciada no passado com a mesma experiência vivenciada no presente. Nada mais é que o “conhecer de novo”, novamente, mais uma vez. Comparação psíquica entre alguém que conhece algo no passo e que passa a ver novamente essa questão. Por ser uma comparação leiga não se trata de método de comparação.

Reconhecimento não é método, é tão somente comparação leiga feita por qualquer pessoa.

DICA DE PROVA – Pode aparecer em provas a seguinte questão:

“Reconhecimento é ou não método de investigação policial ou judiciária ou antropológica”.

NÃO é. Reconhecimento não faz parte de nenhum dos métodos de investigação estudados, método científico é somente o de identificação.

91

Identidade: sobre a identidade podemos apresentá-la sob 02 aspectos:

- ✓ **Identidade objetiva:** é uma interação entre genótipo, fenótipo e meio ambiente. Trata-se então de uma característica do indivíduo que se resume na interação os elementos acima.

- **Genótipos:** Gens – DNA – carga genética.
- **Fenótipos:** características externas, características físicas.
- **Meio Ambiente:** fatores ambientais que podem alterar ou influenciar em nossa característica física

Como se depreende temos como identidade objetiva a mistura dos fatores acima, individualizando a pessoa, tornando-a alguém individual, com suas próprias peculiaridades e características, diferenciando-a das demais ao seu redor.

As características que tornam alguém próprio e individual é a identidade OBJETIVA e é ela que é trabalhada nos métodos de identificação.



- ✓ **Identidade subjetiva:** para a Medicina Legal a identidade subjetiva não tem importância, vez que não é ela que será avaliada em uma identificação. Isso porque a identidade subjetiva é a consciência que o indivíduo tem de si mesmo. Perícia não visa avaliar a identidade subjetiva, mas sim a objetiva.

Identificação – processo, método científico com metodologia própria pelo qual se estabelece a identidade objetiva. No que tange a identificação é válido mencionar que temos dentro da Medicina Legal dois métodos de identificação que são cobrados em provas:

- **Identificação judicial, judiciária, policial:** não são realizadas por médicos, mas sim por PERITOS PAPILOSCOPIA, isso porque o método utilizado é o método datiloscópico. II – Instituto de Identificação.
- **Identificação médico-legal ou antropológica (antropologia forense)** - realizada por MÉDICOS LEGISTAS no IML – Instituto Médico Legal.

Vejam então que temos identificações diferentes, que utilizam métodos diferentes, realizadas por profissionais diferentes e com objetos diferentes. Contudo ambas visam fornecer a identidade objetiva.

Quando falamos em identificação há um ponto muito importante a ser mencionado: não conseguimos fazer identificação sem comparação. Em outras palavras a comparação é fundamental para qualquer tipo de identificação, e para que ela possa se realizar precisamos dos seguintes elementos:

- um primeiro registro
- um segundo registro
- com a presença dos dois teremos o resultado da comparação e é a comparação que nos trará a identificação.

A comparação entre 02 registros é fundamental para fornecer como método de identificação a identidade objetiva. Não é somente a existência de registro que identifica alguém, mas sim a comparação entre o registro atual e o registro previamente obtido.

Fundamentos dos métodos de identificação

Elementos sinaléticos: sinais e dados utilizados na identificação

Quatro requisitos fundamentais: temos a princípio 04 requisitos (alguns autores trazem um 5º requisito) que devem ser observados para que tenhamos um método de identificação válido e adequado.

1. **Unicidade**
2. **Imutabilidade**
3. **Praticabilidade**
4. **Classificabilidade**



Como que tais requisitos aparecem nas provas?

O tema poderá aparecer de duas formas:

- a) O conceito de cada um dos requisitos;
- b) E se, nossos métodos, principalmente o de identificação por meio da impressão digital, preenche esses requisitos? E o porquê preenche ou não preenchem?

- ✓ **Unicidade** - individualidade; o que é próprio de cada indivíduo, elementos que nos torna únicos. (Talvez seja um dos principais requisitos dos métodos de identificação).
- ✓ **Imutabilidade** – o método que não se modifica facilmente, ou seja, que tem uma relativa estabilidade e não se modifica pela ação externa ou doenças.

Atenção: há autores que entendem e afirmam que imutabilidade é sinônimo da palavra perenidade. Nesse raciocínio o método é estável, não se modificaria pela ação externa ou doenças e **nem pela ação do tempo** – isso porque a perenidade diz respeito ao tempo.

Noutro giro quem separa os conceitos diz que a perenidade diz respeito ao tempo isoladamente e que a imutabilidade diz respeito à ação externa e a ação de doenças.

193

Nesse primeiro momento essa diferença não traz tanta importância e somente será relevante quando trabalharmos o método datiloscópico, momento no qual vislumbraremos divergência entre autores que separam e os que não separam essa perenidade de imutabilidade.

- ✓ **Praticabilidade** – temos a praticidade quando o método tem fácil registro, fácil obtenção, questões referentes a custo acessível, adequação social, aceitação social. Nesses moldes se um método é prático, de baixo custo, aceito e adequado socialmente, preenche o requisito da praticidade.
- ✓ **Classificabilidade** – no que diz respeito à Classificabilidade podemos dizer que esta ocorre quando temos o fácil arquivamento dos dados obtidos - possibilitando a criação de banco de dados por exemplo. E também um fácil desarquivamento – fácil recuperação das informações.

Percebam que a Praticidade diz respeito ao registro, a obtenção e a Classificabilidade diz respeito ao arquivamento e desarquivamento.



Com isso para que tenhamos um bom método de identificação ele deve preencher todos os requisitos acima mencionados.

Atualmente qual seria o método de identificação utilizado no mundo inteiro que preenche todos esses requisitos (a exceção de 01 para alguns autores)?

Método Datiloscópico

Método datiloscópico

- Meio mais utilizado no mundo (Brasil - 1903)
- Sistema decadactilar (dez dedos) de Vucetich:
 - **Unicidade**
 - **Imutabilidade**
 - **Praticabilidade**
 - **Classificabilidade**

Esse método é um método que preenche os requisitos mencionados anteriormente?

Alguns autores irão dizer que o Método de Vucetich preenche sim todos os requisitos necessários para ser considerado um método de identificação. O Sistema decadactilar de Vucetich seria método de estudo pelas impressões digitais, ou seja, obtenção da identidade objetiva por meio das impressões digitais. 194

Trata-se de método singular porque as impressões digitais não se repetem – e até mesmo em gêmeos univitelinos não encontramos impressões digitais idênticas. Portanto é um método único que possui elementos qualitativos, que se chamam pontos característicos e são exclusivos, não se repetindo em dois ou mais indivíduos.

No que diz respeito à imutabilidade o método também preenche o requisito, vez que nem por ação externa ou doença as digitais – que são o objeto do método – se alteram. Ainda que se usem corrosivos, que estes sejam queimados (queimadura de 2º grau) ou que passem por processo de limagem, os dedos irão manter as impressões, isso porque elas retornam.

Mas atenção – temos uma observação a ser feita sobre a perenidade – há divergência.

Há autores que irão dizer que o método datiloscópico preenche adequadamente os dois requisitos, porque as impressões digitais são formadas ainda no ambiente intrauterino (mais precisamente no 6º mês de vida intrauterina), e permanecem até a putrefação.

DICA DE PROVA – Já foi cobrado em prova de Delegado de Polícia:

Em que fase da putrefação as impressões digitais se perdem?



As impressões de digitais começam a se perder na fase em que o cadáver começa a perder pele, ou seja, na fase Coliquativa – (3ª fase).

(relembrando as fases: Coloração, Gasosa, Coliquativa, Esqueletização)

Sobre a Dica de Prova é justamente nesse assunto que temos a “grande questão”, há autores que dizem que preenche o requisito da perenidade – porque se forma ainda no ambiente intrauterino e permanece por algum tempo após a putrefação, ou seja, após a morte. Noutro giro há autores que irão dizer que não preenche o requisito da perenidade, isso porque o tempo, a putrefação destrói, faz com que desapareça. Vejam que a controvérsia gira exatamente em torno dessa questão e, na obra mais recente de Genival Veloso de França, houve uma mudança de posicionamento, onde ele passa a entender que o método decadactilar de Vucetich não preenche o requisito da perenidade, vez que o fato de desaparecerem na 3ª fase da putrefação não concede ao método um tempo tão estável assim.

DICA DE PROVA – pode cair em prova a seguinte afirmativa:

“O sistema decadactilar de Vucetich não preenche adequadamente o requisito da perenidade”.

CORRETO. Porque tem autores que dizem efetivamente isso, ou seja, que preenche a imutabilidade, porém não a imutabilidade.

Observação:

Caso a questão afirme que o sistema preenche todos os requisitos e mencionar somente os 04 grandes grupos: unicidade, imutabilidade, praticidade e Classificabilidade, também estará correto. Nesses casos a questão estará considerando que os dois requisitos são um só.

Continuando análise do preenchimento dos requisitos temos que o método de impressão de digital é um método prático, todos aceitam, a população já está acostumada a ceder, além disso, é um método de baixo custo, preenchendo, portanto, o requisito da praticidade.

Por fim, preenche igualmente o requisito da Classificabilidade vez que é de fácil arquivamento dos dados obtidos assim como de fácil recuperação.

O Sistema Decadactilar de Vucetich pode ser considerado classificável porque por meio dele podemos criar 04 tipos fundamentais de impressão digital e, é a presença desses 04 tipos fundamentais de impressão digital que faz com que o método seja classificável.

DICA DE PROVA - Os tipos fundamentais de Vucetich identificam uma pessoa?

ERRADA. Eles classificam tão somente a impressão de digital, vez que são somente 04 tipos fundamentais de classificação, e mais de uma pessoa pode ter o mesmo tipo.

Sendo assim o tipo fundamental classifica a impressão digital, mas não serve para classificar uma pessoa.



Mas o que serviria para classificar uma pessoa?

Os pontos característicos.

Atenção – sempre é cobrando em provas o que são pontos característicos e o que são tipos fundamentais.

- **Pontos característicos** – pontos iguais (número específico que veremos mais a frente) identifica quem é uma pessoa.
- **Tipos fundamentais** – classificam uma impressão digital, mas não servem para identificar uma pessoa.

Classificação das impressões digitais pelo Sistema de Vucetich

- ✓ Baseado na disposição de estruturas da pele - cristas dermopapilares;
- ✓ Sistemas ou regiões basilar (basal), marginal e nuclear;
- ✓ Ponto de confluência dos 3 sistemas: delta.

Essas disposições da estrutura da pele (cristas dermopapilares) irão formar regiões numa impressão digital, e possuímos 03 regiões: **basal, marginal e nuclear**.

Mencionamos anteriormente que a pele é formada pele derme e epiderme. Quando a epiderme é arrancada temos a escoriação (arrancamento superficial da epiderme). Temos ainda que, a junção da epiderme e da derme formam uma parte ondulada que chamamos de papilas/cristas, cristas dermoepidérmicas, dermopapilares.

DICA DE PROVA – Pode aparecer com afirmativa de questão de prova:

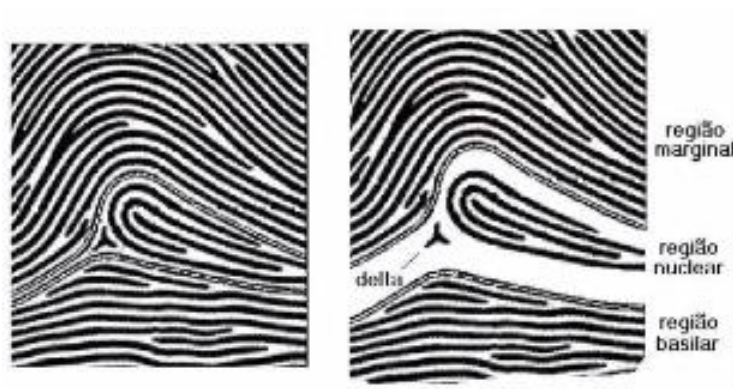
“O desenho da impressão digital é explicado pela disposição das papilas da pele, das cristas papilares.”.

CORRETO. Isso porque a junção entre as duas estruturas que compõe a pele formam essa onda, e são as ondas que formam os desenhos das digitais de cada indivíduo.

Nas impressões digitais encontramos uma região do meio (central) chamada núcleo, uma região basal na base e uma região marginal que é lateral e superior ao núcleo. **E o encontro das 03 regiões se chama “Delta”**.

Delta trata-se de uma estrutura triangular na impressão digital e é essencial para classificar os quatro tipos fundamentais. É com base na localização do Delta em relação ao núcleo em uma impressão digital que teremos uma classificação. **Sendo assim o Delta é, portanto, o ponto de encontro das 03 regiões de uma impressão digital.**





Classificação das impressões digitais pelo Sistema de Vucetich

- ✓ Delta à Esquerda do observador: presilha Eterna*
- ✓ Delta à direita do observador: presilha interna
- ✓ Dois deltas: verticilo
- ✓ Sem Delta: Adéltico: Arco*

*Dica para memorização

Atenção: estamos nesse momento estudando as questões que envolvem a impressão digital, e com certeza todos ao verem esse tema em dado momento olham para seus dedos na tentativa de identificar quais são as características que estes apresentam e em quais dos tipos se enquadram. Todavia, é de suma importância ressaltar que a análise é feita a partir da impressão e não da imagem vista no dedo, ou seja, quando a impressão é colhida as características impressas no papel ou qualquer local em que seja projetada esta se apresentará de forma inversa, invertida, espelhada. Muito cuidado. **(O olhar é diferente da impressão – Lembrar!!) – Toda análise sobre o tema deve ser feita do ponto de vista como observador da impressão e não do dedo em si.**

DICA DE PROVA – Já caiu em prova: “Delta está à direita ou à esquerda sobre o ponto de vista do observador que observa o dedo do periciando...”

ERRADO. Não se observa o dedo, mas sim a impressão digital.

Sendo assim a avaliação será feita justamente com base na presença do Delta e será verificado se ele está à direita ou à esquerda, se é somente um ou são dois em cada digital. Classificação em tipos:



Análise de imagens – tipos fundamentais.

Imagem de Verticilo V4 – a imagem mostra uma região central se arredondada denominada como núcleo. Abaixo temos a região basal e ao redor na região lateral temos a região marginal. Quando temos um núcleo muito redondo nas digitais temos dois deltas, isso ocorre porque teremos o encontro das duas regiões dos dois lados.



Sendo assim, na existência de 02 deltas (região circulada na imagem) na digital dentro encontraremos o verticilo.

Imagem Arco A1- observem que no arco em sua parte inferior temos a região basal. No centro presente ondulação nas laterais a região marginal. Nesse tipo digital não temos núcleo. Se não temos a presença de núcleo na impressão digital temos que esta é adéltica, ou seja, não tem Delta - não há o encontro de 03 pontos, vez que temos somente 02. A digital sem Delta (Adéltica) é classificada como em Arco.

Imagem da Presilha Externa E3- na imagem da presilha externa temos a presença de um núcleo que não é tão redondo, sendo mais alongado para um dos lados. Abaixo encontramos o sistema basal e acima o sistema marginal. Teremos o encontro dos dois sistemas mais ao lado esquerdo do observador da impressão (no círculo vermelho). Resumindo nas impressões digitais de presilha externa o Delta se localiza a esquerda do núcleo sob o ponto de vista do observador (a esquerda de quem observa - esquerda da impressão e não do dedo). Lado Esquerdo, temos a presilha Externa.

Imagem da Presilha Interna I2 – já na presilha interna temos a situação contrária da presilha externa. De acordo com a imagem podemos ver um núcleo mais alongado para a esquerda, abaixo a região basal e acima do núcleo temos a região marginal. Além disso, temos apenas um delta no encontro dos três sistemas. Esse delta se encontra a direita do núcleo sob o ponto de vista do observador “da impressão”. Dica: fica localizando internamente.

Apresentamos acima os 04 tipos fundamentais de digitais que NÃO IDENTIFICAM a pessoa, mas CLASSIFICAM uma impressão digital e são baseados nas disposições das cristas papilares da pele. Vale mencionar aos candidatos que a classificação se faz de acordo com localização do delta “nas impressões”.



Imagem 01: núcleo arredondado no meio, sistema basal abaixo, um sistema marginal e temos 02 deltas um de cada lado – Verticilo.

Imagem 02: núcleo mais alongado, abaixo o sistema basal, acima o sistema marginal, lateral e superior. A esquerda do núcleo pela visão do observador a presença de 01 delta. Temos uma presilha externa.

DICA DE PROVA – Cuidado:

Examinador pode colocar na questão ou alternativa Presilha ~~ESQUERDA~~.

ERRADO. Presilha ESQUERDA não existe. Na Medicina Legal o que temos é presilha EXTERNA.

DICA DE PROVA

Não existe ~~presilha-esquerda~~ e ~~presilha-direita~~. Existe PRESILHA INTERNA e PRESILHA EXTERNA.

Fórmula Dactiloscópica

Fórmula Dactiloscópica = FD

FD = Série

Secção



A série diz respeito ao que está no numerador, e secção está relacionada ao denominador.

Temos então:

- ✓ **Série = mão direita**
- ✓ **Secção = mão esquerda**

Como se representa essa fórmula?

Iremos sempre começar pelo polegar (tanto na mão direita, quanto na mão esquerda). E na sequência teremos os demais dedos.

- ✓ **Polegar = representado por uma letra.**
- ✓ **Demais dedos = representados por números.**

(mão direita e mão esquerda da mesma forma)

Segue exemplo de uma fórmula dactiloscópica que pode ser cobrada em prova. Como entender?

FD = V 2104
E-333X

Obs 1: números e letras inseridos acima somente a título de exemplo

Obs 2: a fórmula dactiloscópica identifica uma pessoa? Não, ela somente classifica uma impressão digital. Para que haja a identificação precisamos de mais elementos.

MUITA ATENÇÃO NESSE MOMENTO - O candidato deverá saber interpretar a fórmula dactiloscópica, vez que o examinador poderá colocar nas questões uma fórmula qualquer e afirmar, por exemplo, que o dedo médio é um arco e perguntar se é Verdadeira ou Falsa a afirmativa.

Como interpretar? Como fazer essa leitura? Explicamos:

Como forma de auxiliá-los e seguindo as orientações de doutrinadores apresentamos o seguinte esquema a ser decorado:

Veia = 4321 – exatamente nessa ordem !!!!

O candidato poderá decorar a palavra como “**VÉIA**” (idade) ou ainda “**VEIA**” (do sistema circulatório)

V- verticilo
E – presilha externa
I – presilha interna
A – arco

Voltando ao exemplo dado, colocamos de propósito o número 0 (zero) e a letra X.

O que seriam esses elementos?

O (zero) = representa amputações

X = são dedos defeituosos ou com presença de cicatrizes. (mas não é uma mera cicatriz, mas sim uma que não nos permita identificar a impressão digital).



MANUAL CASEIRO

$$FD = \frac{V \ 2104}{E-333X}$$

Com isso temos no exemplo a seguinte interpretação:

FD = formula dactiloscópica

Dedos da mão direita

Polegar – verticilo
Indicador – presilha interna
Médio - arco
Anular – amputado
Mínimo – verticilo

Dedos da mão esquerda

Polegar – E
Indicador – presilha externa
Médio – presilha externa
Anular – presilha externa
Mínimo – cicatriz

V - verticilo = 4
E – presilha externa = 3
I – presilha interna = 2
A – arco = 1

V = 4
E = 3
I = 2
A = 1

Usamos para fazer a “leitura” da impressão o “**Esquema do VEIA**”.

Resumindo

- ✓ **Numerado – (série):**
 - Dedos da mão direita
 - Começando pelo polegar
 - Demais dedos (indicador, médio, anular e mínimo).
- ✓ **Denominador**
 - Dedos da mão esquerda
 - Na mesma sequencia da mão direita (indicador, médio, anular e mínimo).

Fórmula Dactiloscópica – Tabela

TIPO FUNDAMENTAL	POLEGAR	DEMAIS DEDOS
VERTICILO	V	4
PRESILHA EXTERNA	E	3
PRESILHA INTERNA	I	2
ARCO	A	1
DEDOS DEFEITUOSOS	X	X
AMPUTAÇÕES	0	0



Exemplo:

V-2221 - numerador
I - 1134 - denominador

Mão direita - numerador- série

- ✓ **Polegar** - verticilo
- ✓ **Indicador** – presilha interna
- ✓ **Médio** – presilha interna
- ✓ **Anular** – presilha interna
- ✓ **Mínimo** – arco

Mão esquerda - denominador – secção

- ✓ **Polegar** – presilha interna
- ✓ **Indicador** - arco
- ✓ **Médio** - arco
- ✓ **Anular** – presilha externa
- ✓ **Mínimo** – verticilo

Vale mencionar que as fórmulas apresentadas, assim como a sua interpretação não serve para a identificação de nenhuma pessoa, ela tão somente (como já mencionamos várias vezes) serve para classificar uma impressão digital.

Para a identificação das pessoas a fórmula dactiloscópica não é suficiente, pois existem apenas 1.048.576 fórmulas fundamentais. É, portanto, necessário pesquisar os pontos característicos.

201

Pontos Caraterísticos

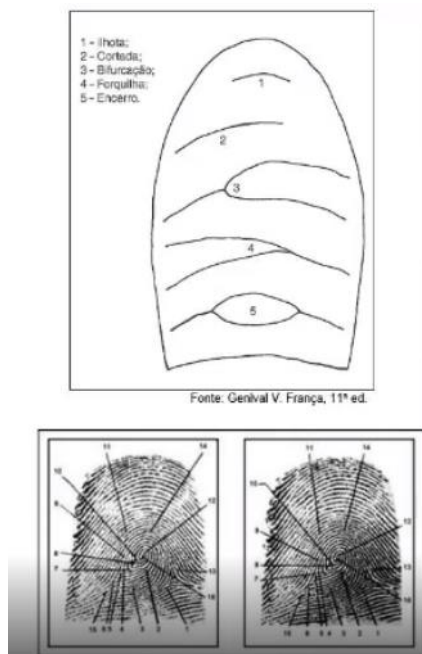
- São os acidentes encontrados nas cristas papilares
- São os elementos individualizadores da impressão digital
- Quantos pontos característicos idênticos permitem estabelecer a identidade de uma pessoa

A **fórmula dactiloscópica** e os **tipos fundamentais** são **elementos de classificação**. Os elementos de identificação são os chamados pontos característicos, todavia não se trata da mera presença dos pontos para que possamos identificar pessoas, mas sim de uma comparação. (análise de um conjunto de informações)

Nesse sentido para conseguir algo concreto seria necessário, por exemplo, a comparação de uma impressão digital obtida na cena do crime, segundo os registros, somado a uma impressão digital previamente arquivada, por meio de um mínimo de 12 pontos característicos e que permitem estabelecer a identidade de uma pessoa.

Pontos característicos - Alguns autores e livros irão trazer que para estabelecer a identidade de uma pessoa é necessário que tenhamos o encontro de **12 a 20 pontos característicos**. Nessa toada se essa afirmativa aparecer em provas podemos considerar como uma afirmativa verdadeira, porém o mínimo de pontos são 12 (não é necessário que tenham os 20). Se encontrarmos 12 pontos característicos já poderemos encontrar uma pessoa.





Pontos característicos são os elementos individualizadores de uma impressão digital. Nas provas de Delegado, não aparece cobrança de questões específicas sobre os pontos característicos, isso porque temos dezenas de nomes. Contudo iremos mencionar alguns nomes de pontos específicos para que o candidato possa ter uma noção superficial sobre as terminologias. Vejamos:

- ✓ **Forquilha**
- ✓ **Encerro**
- ✓ **Ilhota**
- ✓ **Cortada**
- ✓ **Ponto**
- ✓ **Bifurcação**
- ✓ **Etc....**

Lembrando que os nomes acima são pontos característicos e não são tipos fundamentais. Isso sim aparece em questão de prova para Delegado.

DICA DE PROVA – o tema acima já apareceu da seguinte forma:

“Forquilha, ilhota, cortada, são tipos fundamentais classificáveis da impressão digital.”

ERRADO. Os tipos fundamentais são verticilo, presilha interna, presilha externa e arco. Qualquer outro nome que não esteja dentro do VEIA (Verticilo, presilha interna, presilha externa e arco) são pontos característicos e não tipos fundamentais.

DICA DE PROVA - Da mesma forma a prova poderá trazer a seguinte afirmativa:



“Verticilo, presilha interna, presilha externa e arco são pontos característicos individualizadores.”

ERRADO. Verticilo, presilha interna, presilha externa e arco são tipos fundamentais classificatórios e não pontos característicos individualizadores.

Diferentemente do tipo fundamental o ponto característico é elemento individualizador (é elemento de identificação).

Por fim, temos que os desenhos de ilhota, encerro, forquilha, entre outros não irá aparecer nas provas de Delegado de Polícia, para que o candidato diga qual ponto é, mas os desenhos de impressões digitais e a cobrança de qual tipo se enquadra sim. (VEIA).

Outros métodos

Para a identificação Policial e Judiciária o principal método usado é o apresentado no presente tópico. Contudo, é válido ressaltar a existência de outro método de identificação, a chamada **Identificação Antropológica**, ou **Identificação Médico-legal** ou **Antropologia Forense**. Trata-se de identificações feitas por médicos e não por peritos em papiloscopia. (Os peritos em papiloscopia fazem a identificação pelo sistema decadactilar de Vucetich).

DICA DE PROVA – já caiu em prova:

“O sistema de identificação realizado pelos peritos em papiloscopia é decadactilar e, portanto é necessário a presença das 10 digitais para se identificar uma pessoa.”

ERRADO. Podemos identificar uma pessoa com o mínimo de 12 pontos característicos em 01 única impressão digital. Sendo assim, encontrado uma impressão digital com 12 pontos característicos já conseguimos identificar uma pessoa através de comparação com um registro anterior. (não se esquecer da necessidade de haver a comparação).

ATENÇÃO: O sistema é chamado de Decadactilar porque para que seja realizado o REGISTRO/ARQUIVO é necessário que se colha as impressões digitais dos 10 dedos, para montar o banco de dados e classificar as impressões. Entretanto não significa dizer que precisamos de 10 impressões digitais para identificar alguém – basta 01 dedo, uma impressão, com o encontro de 12 a 20 pontos característicos em um primeiro registro comparado com o segundo.

➤ Antropologia Forense - Antropologia Médico-legal

O tema é extenso, complicado, cheio de tabelas e gráficos. Trata-se de matéria que parece não se esgotar. Nesse sentido traremos ao candidato os pontos que mais costumam ser objeto de cobrança em provas de Delegado de Polícia.



Como o tema irá se apresentar nas provas?

Como poderá o candidato saber que o examinador está tratando de assunto afeto à Antropologia Médico-legal?

Quando o examinador apresentar algumas expressões peculiares. Vejam abaixo:

Exames antropológicos: ossadas, carbonizados, putrefados em fase liquefativa, segmentos corporais, exumações de repercussão, entre outros. Havendo a menção de expressões como estas o examinador estará trazendo hipóteses em que teremos que lançar mão de exame de antropologia forense.

O tema é cobrado porque traz ainda estreita parceria com a Delegacia de Desaparecidos.

A Antropologia Forense é o exame de identificação que utiliza basicamente a necropsia de ossadas. É um estudo dos elementos dos ossos para fins de identificação. Nesse aspecto quando tivermos ossadas, corpos carbonizados, corpos em putrefação adiantada (após a liquefação, sem digitais), ou seja, cadáveres sem elementos externos a medicina legal recorre à antropologia forense para a identificação.

Registra-se ainda que a Antropologia Forense (Identificação médico-legal) pode em alguns momentos determinar com certeza algumas características, mas em outros apenas estimar certas características.

204

Exame médico-legal de ossadas:

1. **Espécie:** determinação
2. **Número:** determinação
3. **Sexo:** determinação *
4. **Idade:** estimativa
5. **Estatura e etnia:** estimativa

*(A antropologia forense se refere a sexo biológico, binário e não a gênero – estando inclusive ignorando as questões envolvendo estados intersexo como o hermafroditismo, etc. Trata somente de sexo masculino e feminino)

Determinação da espécie

A determinação da espécie tem caído e provas, para tanto é necessário estudar quais são os elementos e objetos que nos permite avaliar se o corpo se trata da espécie humana ou de outra espécie. **Quais seriam os elementos que permitem ao médico-legista determinar com maior precisão de qual espécie se trata o cadáver encontrado?**

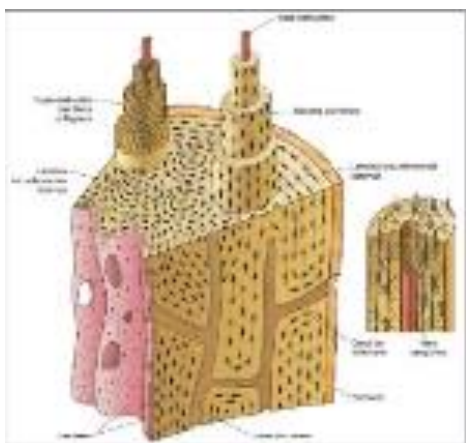
- Osso
- Sangue – exames que avaliam as características e elementos do sangue.



(Os ossos são os mais utilizados)

No que diz respeito ao estudo dos ossos como objeto de uso e manejo para a identificação da espécie através da Antropologia Forense, é fundamental trabalharmos como os chamados **“Canais de Havers e também da Clavícula Humana”**.

Imagem de estrutura de osso



Ossos: morfologia geral, clavícula, microscopia dos canais de Havers. Os buracinhos na imagem são o chamado sistema de canais de Havers, trata-se de segmentos onde passam vasos sanguíneos e nervos dentro dos ossos.

Sendo assim, quando a prova mencionar ‘Canais de Havers’ devemos nos lembrar de que se trata de estruturas microscópicas por onde passam os vasos sanguíneos e que são diferentes na espécie humana, sendo assim fator importante para a identificação.

No homem – leia-se na espécie humana - os ‘Canais de Havers’ são mais largos e em menor número (quantidade), noutro giro, em outras espécies – leia-se outros seres - o canal de Havers são mais estreitos e mais numerosos.

No que tange a clavícula, este é um osso importante porque é o único que tem características exclusivas da espécie humana e também é o primeiro osso a ter um centro de ossificação, a ser formando em um ambiente intrauterino.

DICA DE PROVA – já caiu em prova de investigador - Banca FUMARC - MG

“Quando que se forma a clavícula?”

- a) No 2º mês de gestação
- b) No 3º mês de gestação
- c) No 4º mês de gestação
- d) No 5º mês de gestação

Resposta: aproximadamente no 2º mês de gestação o que corresponde a 5ª/6ª semana de vida intrauterina.

Ossos - Clavícula

Vejam então que a clavícula é um osso relevante para área da perícia e identificação, vez que tem características exclusivas da espécie humana, é o primeiro osso que começa a se formar no ser humano, podendo nos dar a estimativa da idade fetal, porque conseguimos ver a partir do 2º mês de gestação os seus pontos de formação.



Exames relacionados com o sangue

No que diz respeito ao sangue, temos alguns exames importantes.

O primeiro deles é a procura do chamado “Cristais De Teichmann” - são cristais muito pequenos, na verdade microscópicos – que servem para confirmar se o material é realmente sangue. Cristais de Teichmann são bastante úteis quando estamos, por exemplo, em uma cena de crime e nesta são encontradas substâncias que aparentam ser sangue, porém não se tem certeza.

O exame não serve para identificar o tipo de sangue encontrado no local, mas sim para saber se estamos diante de sangue ou não. A identificação da origem do sangue (se humano ou de outro animal) se dará por outros métodos.

DICA DE PROVA - Sinais de Teichmann são métodos identificatórios da espécie?

ERRADO. Sinal de Teichmann serve para identificar a natureza do material, ou seja, verificar se o material é sangue ou não.

A partir do momento que encontramos os cristais e, já sabemos que se trata realmente de sangue, precisamos identificar se esse sangue é de origem humana ou de animais de outras espécies.

Para a identificação da origem do sangue (se humano ou animal) devemos analisar dois aspectos:

1º - Morfologia das Hemácias (glóbulos vermelhos que carregam a hemoglobina, etc.)

OU

2º - Albuminorreação ou Método de Uhlenhuth

Os dois métodos acima, são métodos para avaliar se o sangue encontrado ou periciado é ou não humano.

Morfologia das Hemácias (glóbulos vermelhos que carregam a hemoglobina, etc.)

As hemácias humanas têm forma diferente das hemácias de qualquer outro animal. Elas são circulares e anucleadas. Ou seja, nossas células tem núcleo, já as hemácias não (são anucleadas).

Albuminorreação ou Método de Uhlenhuth

Nesse método, colocamos o material identificado (ou seja, os cristais de Teichmann – que já sabemos que se trata de sangue) junto com soro retirado do sangue (e que possui anticorpos) de vários animais, incluindo o humano.



Se após essa ação tivermos uma reação antígeno- anticorpo com determinado soro de determinado animal é porque o sangue é deste animal. Trata-se de uma ligação do antígeno com o anticorpo, com isso se a substancia se ligar com o soro do animal testado é porque o sangue encontrado é deste animal do teste.

Se no teste a reação for positiva com soro humano é porque tem anticorpo e antígeno humano nesse material podendo, portanto, ser considerado como sangue humano.

Resumindo:

- ✓ Primeiramente se analisa e avalia se estamos diante de sangue ou não pelo exame dos Cristais de Teichmann.
- ✓ Depois se verifica a morfologia das hemácias ou realiza a análise da Albuminorreação/ método de Uhlenhuth.

Lembramos que somente a morfologia das hemácias e a Albuminorreação é que identificam espécies. Com os Cristais de Teichmann identificamos somente se é sangue ou não, ou seja, a natureza do material e não a determinação da espécie.

Determinação do Dimorfismo Sexual - determinação do sexo

O dimorfismo sexual nada mais é que a diferenciação entre o **sexo biológico** feminino e masculino. Verificamos isso principalmente nos exames de antropologia forense por determinados ossos.

Quais são os ossos que mais nos fornecem características do sexo?

PELVE.

Ossos mais importantes:

Pelve, Crânio, Mandíbula, Tórax e Ossos Longos. (ordem de importância e relevância)

A pelve apresenta os ossos com os dados mais abundantes e fidedignos.

Curiosidade:

Determinação em adultos é mais certa. Em crianças e adolescentes é alto o índice de imprecisão. Sendo assim essa determinação do sexo de forma certa é somente em adulto.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:

“A determinação do sexo pelo osso é imprecisa em crianças.”

CORRETA. Criança e adolescentes antes da puberdade. Por quê?

Ainda não têm a influência dos hormônios nos ossos – ainda não formaram de forma completa as características ósseas fundamentais. Com isso os ossos de uma criança muito pequena, seja menino ou menina, podem ser muito parecidos, o que impossibilita a diferenciação do sexo.



Sendo assim, a determinação do dimorfismo sexual ósseo é possível em adultos, sendo imprecisas em crianças.

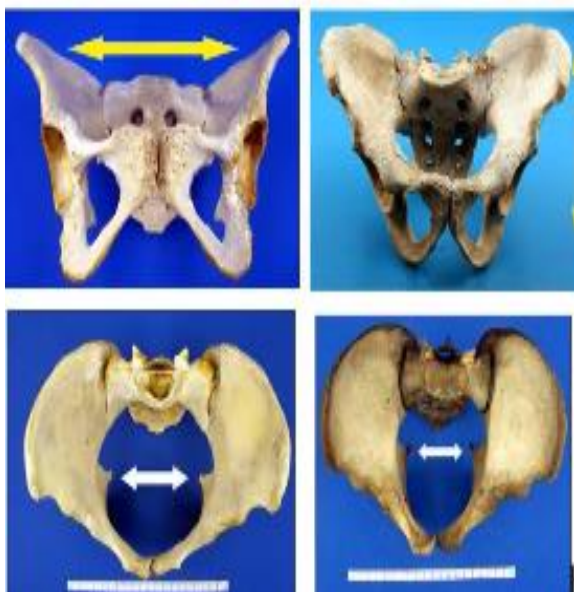
Reforçando: temos como OSSOS PRINCIPAIS - a Pelve, Crânio onde temos mais evidentes as características diferenciadoras.

Ossos do tórax

Temos ainda o tórax como osso que apresenta relevantes diferenças entre homem e mulheres. Vejamos:

- **Tórax mulher** – formato é ovoide. É mais estreito, tornando o formato mais arredondado.
- **Tórax homem** - formato de cone invertido (isso por causa da cintura escapular – ossos dos ombros, escápulas), o homem tem o ombro mais largo. A cintura escapular masculina tem maior diâmetro (Verdadeiro).

Análise de imagens – características da pelve.



Imagens da esquerda (do observador) – PELVES FEMININAS.

Predomínio das dimensões: dimensões predominantes são horizontais (pelve horizontalizada). É mais larga (característica fundamental para o parto).

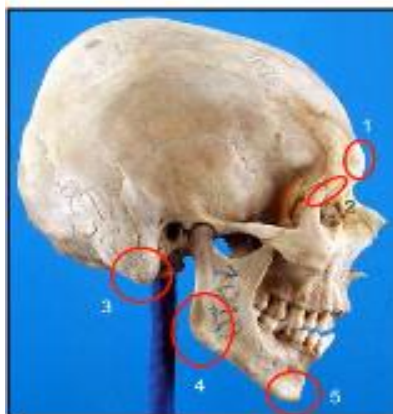
Vale ressaltar que o púbis (esse triângulo que forma na base – imagem 01 a esquerda – parece um V de ponta cabeça), é chamado ângulo infra púbico.

Ângulo infra púbico: ângulo é mais aberto para passagem do feto, com isso o ângulo é mais largo, sendo em torno de 90° graus.

Imagens da direita (do observador) – PELVES MASCULINAS. No homem temos a pelve verticalizada, sendo portanto, as dimensões predominantes as dimensões verticais. No tocante a abertura da pelve masculina, como podemos observar na foto 02 do lado direito, é mais estreita.

Ângulo infra púbico: ângulo é mais fechado, mais estreito e profundo – ângulo em torno de 60° graus, ângulo bem menos amplo que o da mulher.

Crânio



Análise da imagem do crânio – alguns sinais do crânio.

O crânio possui dezenas de sinais característicos, mas iremos nesse momento estudar os **05 (cinco) mais importantes** e que já foram objetos de cobrança em provas. Além disso, são os sinais que destacam maior diferença entre homem e mulher.

✓ **Sinal 01** – temos a frente – glabella.



MANUAL CASEIRO

- ✓ **Sinal 02** – rebordo supraorbitário – ou seja, a cavidade onde fica o olho, borda acima da órbita.
- ✓ **Sinal 03** – osso (pequeno) lateral que se chama processo mastoide.
- ✓ **Sinal 04** – ângulo da mandíbula – parte lateral da mandíbula.
- ✓ **Sinal 05** – processo mentoniano – queixo.

Atenção – em todas as situações teremos que pensar que os ossos do homem são mais proeminentes e também serão sempre mais pesados. Além disso, os pontos de saliências são mais marcados, mais evidentes.

- ✓ **Sinal 01 – temos a frente – glabella.**

HOMEM - mais proeminente no homem e frente mais voltada para trás.

MULHER - frente é mais verticalizada, sendo reta, porque não tem glabella proeminente.

- ✓ **Sinal 02 – rebordo supraorbitário – ou seja, a cavidade onde fica o olho, borda acima da órbita.**

HOMEM – mais rombo, arredondado.

MULHER – mais cortante e fino.

- ✓ **Sinal 03 – osso (pequeno) lateral que se chama processo mastoide.**

HOMEM - mais proeminente, como todos os elementos ósseos.

- ✓ **Sinal 04 – ângulo da mandíbula – parte lateral da mandíbula**

HOMEM - mais proeminente, o ângulo é menor porque é mais reto, mais agudo, fechado.

MULHER - tem mandíbula mais arredondada, ângulo mais amplo, mais aberto, maior.

- ✓ **Sinal 05 – processo mentoniano – queixo**

HOMEM - mais proeminente no homem, como todos os elementos ósseos.

MULHER - tem queixo mais arredondado.



Imagem 01 – crânio de homem

Imagem 02 – crânio de mulher



Terminada a explanação entre as diferenças dos ossos de cadáveres de sexo masculino e feminino vimos os principais pontos para que possamos analisar e verificar o dimorfismo sexual.

A partir de agora, sairemos do plano da certeza e começaremos a estudar aspectos ligados à estimativa.

Estimativa de Idade

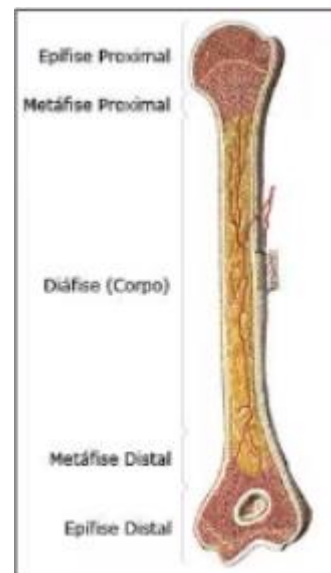
Em crianças e adolescentes de pouca idade, desde o nascimento até a adolescência o principal elemento para se avaliar a idade são os dentes. Ou seja, a erupção dentária, forma e desenvolvimento dos dentes são muito importantes e significativos para a estimativa de idade.

Obs: apesar dos ossos também terem sua parcela de contribuição na estimativa de idade, os dentes são elementos mais relevantes.

➤ Nascimento a adolescência:

Para se estimar a idade do nascimento à adolescência temos:

- ✓ Centros de ossificação
- ✓ Desenvolvimento e erupção dentária: sendo melhor até os 10 anos de idade



DICA DE PROVA – Pode aparecer em prova:

“Criança antes dos 10 anos de idade o principal elemento para determinar estimativa de idade é...?”
Desenvolvimento dos dentes = desenvolvimento e erupção dentária

- ✓ Fechamento metafísico e soldadura das epífises às diáfises (terminologia que indica a forma de se estimar a idade; expressão que traz a ideia de que a pessoa parou de crescer – indivíduo não cresce mais – já passou da adolescência).
- ✓ Comprimento dos ossos longos.

Análise da imagem de ossos longos

- **Diáfises** – parte que está dentro do osso;
- **Metáfise** – no meio da Epífise e da Diáfise;
- **Epífise** – parte superficial do osso;

Temos um disco de crescimento metafisário (localizado na metáfise). É justamente esse disco que vai formando os ossos (no sentido de baixo e para cima). Enquanto temos o disco presente no indivíduo é sinal de que



este ainda se está crescendo. Noutro giro, quando o disco encontra-se “fecha” ou “fechou” – encontra-se fechado – não há mais o crescimento.

Posto isso, o fechamento do disco ósseo na metáfise, indica a estimativa da idade, vez que vai se fechando na medida em que a pessoa vai apresentando estímulos hormonais.

DICA DE PROVA – Fechamento Metafisário e Soldamento da epífise a diáfise

“Nada mais é que o fechamento da Metáfise. Quando ela se fecha e a diáfise com a epífise se unem, soldam-se e assim o osso não cresce mais.”

Temos com isso – estimativa de idade.

➤ A partir da puberdade:

- ✓ **Pelve:** fusão dos centros de ossificação (adulto jovem) e alterações na sínfise púbica (maturidade na 3ª, 4ª e 5ª décadas).
- ✓ **Fechamento das suturas cranianas;**

Análise da imagem – fechamento da sutura craniana



Imagem 01 (perfil e visão por trás)– primeiro grupo de ossos – pessoa jovem.

Imagem 02 (perfil e visão por trás) – segundo grupo de ossos – pessoa adulta

Imagem 03 (perfil e visão por trás)– terceiro grupo de ossos – pessoa bem idosa

01

02

03

Observem que nas imagens temos essas marcas que parecem divisões – são as suturas cranianas – desenhos ondulados presente em ossos do crânio. Na imagem 01 a sutura é mais nítida, na imagem 02 aparece de forma mais discreta - começaram a se fechar. Já na imagem 03 não temos sutura nenhuma, elas simplesmente se apagaram em decorrência de seu completo fechamento.

As suturas cranianas (“desenhos” nos ossos do cérebro) começam o seu fechamento numa faixa extremamente variável de 25 a 50 anos de idade e se fecham completamente – soldadura total – na faixa de 65 a 80 anos.

Fechamento – faixa variável de 25 a 50 anos

Soldadura total – faixa variável de 65 a 80 anos

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:



“Foi encontrado em terreno baldio crânio com rebordo supraorbitário cortante, processo mastoide pouco evidente, ausência de glabella e com todas as suturas cranianas totalmente presentes”. Essas características se encaixam mais em que indivíduo?

Mulher Jovem.

- a) Mulher idosa
- b) Homem idoso
- c) Mulher jovem
- d) Criança

✓ Desgaste dentário e densidade óssea;

O osso do jovem é denso, o osso do idoso é poroso.



Imagem 01 – imagem de osso completamente poroso – osteoporose – osso fraco. (possivelmente indivíduo idoso).

Imagem 02 – imagem de osso em perfeitas condições, sendo possível até visualizar o disco de crescimento mencionado anteriormente. Sendo assim devido à presença do disco metafisário o osso provavelmente é de criança ou adolescente.

Estimativa de Estatura

No que diz respeito à estimativa de estatura é importante mencionar que temos diferenças entre estaturas de corpos vivos, ossada e o morto. A ossada é menor que o indivíduo vivo, que é menor que o indivíduo morto.

Ossada < Vivo < Morto

- Ossada é menor porque não temos cabelo, calcanhar, pele etc..
- O corpo do vivo é menor que o morto porque a medição é feita com indivíduo em pé (bípede) e com isso há o achatamento das vértebras, dos discos intervertebrais.
- Já no morto a medida como a medição feita com o corpo deitado, relaxado, aumentando então mais ou menos uns 02 cm – não há pressão das vértebras por exemplo.

✓ Diferença de cerca de 2 cm entre vivo e morto

✓ Diferença de 4 a 6 cm entre ossada e vivo

Ossos representativos: sujeito a grandes variações populacionais, principalmente ossos longos dos membros: fêmur, tíbia, rádio e úmero.

Estimativa da Etnia

No que diz respeito à etnia podemos estimá-la (e não termos certeza). A estimativa é feita com base na existência de várias medidas no crânio, os chamados índices cranianos. O principal índice craniano é o **índice cefálico**.



Índice cefálico – Fórmula - fórmula chamada “Fórmula de Retzius”

DICA DE PROVA - Se cair na prova para que serve a índice cefálico, afirmar que serve para estimar a etnia.

Outro tema que aparece também é o **prognatismo**, que é dado pelo chamado ângulo facial. Mandíbula e Maxilar serem voltados para frente. (pessoa prognata é aquela que tem a mandíbula e o maxilar voltado para frente). Ângulo facial do indivíduo é menor fazendo com que a pessoa tenha um perfil com ângulo mais agudo.

DICA DE PROVA - Os mais prognatas são os negroides, tem grande prognatismo.

“Fórmula de Retzius” – $\frac{\text{largura do crânio} \times 100}{\text{Comprimento do crânio}}$



Resumindo – índice facial, prognatismo e índice cefálico servem para estimar a ETNIA.

213

8. Sexologia Forense - Crimes contra a Dignidade Sexual

No tema sobre Sexologia Forense, mesmo em provas de Medicina Legal é comum (e muitos já devem ter visto isso), que as Bancas venham cobrando conhecimento de Legislação Penal Especial, Processo Penal e Direito Penal. Cada vez mais vem sendo comum as Bancas cobrarem matérias como as mencionadas mesclando-as à questões da disciplina de Medicina Legal.

Os Crimes contra a Dignidade Sexual aparecem como tópico em destaque nas provas de Medicina Legal quando se trata de Sexologia Forense. Logicamente não são abordados de forma tão densa como é cobrado nas provas específicas de Direito Penal, mas é importante que o candidato tenha ciência que pode se deparar com questões envolvendo ambas as disciplinas.

➤ Crimes contra a Dignidade Sexual

Segundo o Código Penal atos sexuais podem ser apresentar como:

- **Conjunção Carnal**
- **Atos libidinosos diversos da conjunção carnal**



Alertamos aos candidatos que quando falamos em pericia de conjunção carnal a prova de Medicina Legal pode trazer sobre o tema as expressões “**Imissio penis**”, “**coito**”, “**cópula vaginal**” ou “**relação sexual tópica**” – (**topos = lugar**) - penetração do pênis na vagina.

Observação: qualquer outro tipo de cópula ectópica (fora do topos – fora do lugar), não será conjunção carnal, mas sim ato libidinoso diverso da conjunção carnal.

DICA DE PROVA - Já caiu em prova:

“A penetração de objeto na vagina feminina é considerada análoga à conjunção carnal”

ERRADO. A conjunção carnal é somente/apenas considerada quando há a penetração de pênis na vagina, não se estendendo ainda a qualquer outro tipo de penetração do pênis em locais diversos como anus, boca, etc.

Principais crimes cobrados em Medicina Legal são: **Estupro e Estupro de Vulnerável**

✓ **Estupro - Estupro de Vulnerável**

Estupro

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: (Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. (Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009)

§ 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

§ 2º Se da conduta resulta morte: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Estupro de vulnerável (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com MENOR DE 14 (catorze) anos: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com **ALGUÉM QUE, POR ENFERMIDADE OU DEFICIÊNCIA MENTAL, NÃO TEM O NECESSÁRIO DISCERNIMENTO PARA A PRÁTICA DO ATO, OU QUE, POR QUALQUER OUTRA CAUSA, NÃO PODE OFERECER RESISTÊNCIA.** (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)



§ 2º (VETADO) (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

§ 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

§ 4º Se da conduta resulta morte: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

§ 5º As penas previstas no caput e nos §§ 1º, 3º e 4º deste artigo aplicam-se independentemente do consentimento da vítima ou do fato de ela ter mantido relações sexuais anteriormente ao crime. (Incluído pela Lei nº 13.718, de 2018)

Não podemos nos esquecer da figura do **VULNERÁVEL**:

- **Menor de 14 anos;**
- **Falta de Discernimento (enfermidade ou deficiência mental)**

Obs: na Medicina Legal a deficiência mental poderá aparecer com o nome de Retardo Mental ou Oligofrenia (nome antigo – oligofrênico – nome que atualmente se tornou pejorativo, mas que pode aparecer em prova).

- **Resistência** - aquele que por qualquer motivo não pode oferecer resistência (pessoas com coma, imobilizadas, etc.)

DICA DE PROVA – Pode ser cobrado em provas em 1ª e 2ª fase.

O beijo lascivo pode ser enquadrado no tipo penal do estupro? Tínhamos divergência:

1ª corrente - Constrangimento ilegal (princípio da proporcionalidade)

2ª corrente - Estupro, se cometido mediante violência ou grave ameaça*.

*(STJ, REsp 1.716.968/sc j. 01/02/2018) STJ decidiu pela segunda corrente .

Sendo o beijo lascivo um ato libidinoso diverso da conjunção carnal poderá sim se enquadrar no crime de estupro se cometido mediante violência ou grave ameaça.

Outro crime que costuma aparecer em provas de Medicina Legal é o crime de **Violação Sexual Mediante Fraude**.

- ✓ **Violação Sexual Mediante Fraude**

Violação sexual mediante fraude

(Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009)



Art. 215. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima: (Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

(Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009)

Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa. (Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009)

Nessas situações temos que a vítima consente o ato sexual, a conjunção carnal ou o ato libidinoso diverso da conjunção carnal, contudo seu consentimento está viciado, porque de certa forma foi induzida a erro por um ato fraudulento.

DICA DE PROVA – Já caiu em Banca Cespe/Cebraspe:

“Médico Ginecologista fala à paciente que irá aplicar um método de exame ginecológico novo, mas na verdade realiza manobras, movimentos e contatos manuais sexuais em desacordo com o protocolo médico, todavia faz com que a paciente entenda/acredite que seja realmente um novo tipo de exame.”

Vejam que a paciente consentiu, mas seu consentimento estava viciado. Foi induzida a erro.

Resultados das práticas dos Crimes acima mencionados - Lesão corporal grave/gravíssima e morte.

210

E como fica o consentimento do(a) menor ou da família em relação ao conhecimento da relação sexual?

Como resolver as situações abaixo elencadas?

- Indivíduo desconhecido que, mediante agressão real, estupra criança de 10 anos, porém sem ocasionar lesão corporal de natureza jurídica grave.
- Jovem de 18 anos que mantém relação sexual com sua namorada de 13 anos, com o consentimento e vontade da mesma, que já é experiente em atos libidinosos.

Trata-se de condutas que não se distinguem para fins penais. Súmula 593 do STJ.

Súmula 593 do STJ

“O crime de estupro de vulnerável se configura com a conjunção carnal ou pratica de ato libidinoso com menor de 14 anos, SENDO IRRELEVANTE EVENTUAL CONSENTIMENTO DA VÍTIMA para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente”.

✓ Causas de aumento de pena

Art. 226. A pena é aumentada:

(Redação dada pela Lei nº 11.106, de 2005)



I - de quarta parte, se o crime é cometido com O CONCURSO DE 2 (DUAS) OU MAIS PESSOAS; (Redação dada pela Lei nº 11.106, de 2005)

~~II - de metade, se o AGENTE É ASCENDENTE, PADRASTO OU MADRASTA, TIO, IRMÃO, CÔNJUGE, COMPANHEIRO, TUTOR, CURADOR, PRECEPTOR OU EMPREGADOR da vítima ou por qualquer outro título tem autoridade sobre ela; (Redação dada pela Lei nº 11.106, de 2005)~~

II - de metade, se o AGENTE É ASCENDENTE, PADRASTO OU MADRASTA, TIO, IRMÃO, CÔNJUGE, COMPANHEIRO, TUTOR, CURADOR, PRECEPTOR OU EMPREGADOR da vítima ou por qualquer outro título tiver autoridade sobre ela; (Redação dada pela Lei nº 13.718, de 2018)

~~III - se o agente é casado. (Revogado pela Lei nº 11.106, de 2005)~~

IV - de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços), se o crime é praticado: (Incluído pela Lei nº 13.718, de 2018)

Estupro coletivo (Incluído pela Lei nº 13.718, de 2018)

a) mediante concurso de 2 (dois) ou mais agentes; (Incluído pela Lei nº 13.718, de 2018)

Estupro corretivo (Incluído pela Lei nº 13.718, de 2018)

b) para controlar o comportamento social ou sexual da vítima. (Incluído pela Lei nº 13.718, de 2018)

✓ Causas de aumento de pena – novas possibilidades inseridas pela Lei 12.015/2009 art. 234 - A do CP

217

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Aumento de pena (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Art. 234-A. Nos crimes previstos neste Título a pena é aumentada: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

I – (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

II – (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

~~III - de metade, se do crime RESULTAR GRAVIDEZ; e (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)~~

III - de metade a 2/3 (dois terços), se do crime resulta gravidez; (Redação dada pela Lei nº 13.718, de 2018)

~~IV - de um sexto até a metade, se o AGENTE TRANSMITE À VÍTIMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL de que sabe ou deveria saber ser portador. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)~~

IV - de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços), se o AGENTE TRANSMITE À VÍTIMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL de que sabe ou deveria saber ser portador, ou se A VÍTIMA É IDOSA OU PESSOA COM DEFICIÊNCIA. (Redação dada pela Lei nº 13.718, de 2018)



Art. 234-B. Os processos em que se apuram crimes definidos neste Título correrão em segredo de justiça. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Art. 234-C. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)

Resumindo casos de aumento de pena:

- Concurso de pessoas;
- Relação de parentesco, confiança ou autoridade sobre a vítima;
- Autor é cônjuge ou companheiro;
- **Gravidez;**
- **DST potencial conhecimento;**

As que interessam à Medicina Legal

- **Gravidez**
- **DST potencial conhecimento** (quando as lesões genitais são visíveis; indivíduo já fez tratamento para lesões genitais e permanece tendo relações sexuais sem o uso de preservativos).

(são as situações mais relevantes para a perícia médico-legal).

São causas PERICIAIS de aumento de pena e não judiciais. Isso porque o aumento dependerá de avaliação e laudo de Médico-perito e não critério do Juiz.

Perícia de Conjunção Carnal – Provas Periciais

✓ Objetivos da perícia:

1. Demonstrar a conjunção carnal ou cópula vaginal:

Demonstrar a ocorrência efetiva da conjunção carnal, da cópula vaginal, do *imissio penis*.

2. Ausência de consentimento: sinais de violência (física ou moral)

Demonstrar por meio de lesões traumáticas a possível ausência de consentimento da vítima

3. Se possível, obter provas biológicas que permitam identificar o agressor

Por fim, tentar colher provas que auxiliem ou identifiquem o agressor.

Como comprovar uma conjunção carnal?

Deve o Médico Perito demonstrar a ocorrência da cópula vaginal.

Algumas situações ligadas a conjunção carnal que são relevantes:

▪ **Mulher virgem:**

- **Exame do hímen** – esse exame nos casos de mulheres virgens é de suma importância. Deverá ser analisadas as rupturas (se recentes ou não).

Hímen: membrana mucosa que separa a cavidade vaginal da vulva, e que possui uma face vaginal (face para dentro, para vagina) e uma face vestibular (face para a parte externa – fora - vulva).

- **Presença de esperma na vagina:**



Pesquisa de espermatozoides (elemento figurado do esperma), e a presença de 01 (um) único espermatozoide é considerada como prova material de conjunção carnal.

- Outras substâncias (podemos não ter espermatozoides – homem vasectomizado):

- Fosfatase ácida

- PSA (Antígeno prostático específico), também chamado de glicoproteína P 30.

- Gravidez

- DST profunda:

Profunda porque se for superficial não indica necessariamente conjunção carnal. Com isso a doença deve estar bem no interior do corpo, no fundo da vagina, no colo uterino.

▪ **Mulher com vida sexual pregressa:**

Observação – Desnecessidade de exame de hímen

Na mulher com vida sexual pregressa vítima de um ato sexual violento o exame de a ruptura do hímen não faz mais sentido, porque ele já se rompeu em outras relações sexuais anteriores.

Curiosidade

O hímen se rompe habitualmente em número de 03 a 05 vezes – claro que há uma grande variação nesses dados, mas a doutrina traz a presença de 03 a 05 rupturas no hímen e depois ele não se rompe mais.

Tendo em vista que o exame do hímen não tem mais relevância nos casos de avaliação em mulheres com vida sexual pregressa, o médico perito deverá lançar mão de outros exames para estabelecer e identificar a ocorrência de violência sexual.

Todavia os exames listados abaixo devem ser realizados tanto em mulheres com vida sexual pregressa como para as virgens.

Atenção - O exame do hímen é somente necessário para as mulheres virgens. Mas esse exame tido como “plus”, não as exime (virgens) de passarem pelos demais.

- Presença de esperma na vagina:

Pesquisa de espermatozoides (elemento figurado do esperma), e a presença de 01 (um) único espermatozoide é considerado como prova material de conjunção carnal.

- Outras substâncias (podemos não ter espermatozoides – homem vasectomizado):

- fosfatase ácida

- PSA (Antígeno prostático específico), também chamado de glicoproteína P30.

- Gravidez

- DST profunda:



Profunda porque se for superficial não indica necessariamente conjunção carnal. Com isso a doença deve estar bem no interior do corpo, no fundo da vagina, no colo uterino.

SE LIGA - Resumindo

Tabela de exames a serem realizados para a identificação de conjunção carnal - Provas Periciais – Perícias

Mulher - Virgem	Mulher – vida sexual pregressa
▪ Exame do hímen + ▪ Presença de esperma na cavidade vaginal ▪ Presença de outras substancias: fosfatase ácida , PSA ▪ Gravidez ▪ DTS profunda	▪ Exame do Hímen ▪ Presença de esperma na cavidade vaginal ▪ Presença de outras substancias: fosfatase ácida , PSA ▪ Gravidez ▪ DTS profunda

Observação - Hygino de Carvalho Hercules: é claro ao trabalhar esse tema: nem a gravidez é prova absolutamente clara de conjunção carnal (podemos ter uma gravidez através de inseminação artificial). Com isso o candidato deve ter em mente que até as provas mais evidentes de uma possível conjunção carnal, não podem dar uma certeza absoluta de que o ato ocorreu. Lembrando ainda que podemos ter uma conjunção carnal sem ejaculação, ou com o uso de preservativos, etc.

Visto os pontos, registramos que estes exames são de grande importância para a identificação da ocorrência ou não da conjunção carnal, e que cada um deles podem se completar ou não, todavia, nenhum nos traz 100% de certeza. Sendo assim temos um leque de perícias e provas e precisamos saber se estas não são dados confirmatórios, mas sim indicativos, meros indícios, etc.

Passamos agora a análise de cada exame específico e suas peculiaridades.

Exame do Hímen

Usado, sobretudo na mulher virgem.

O hímen este pode se apresentar de várias formas:

- ✓ **Íntegro** (sem ruptura)
- ✓ **Com rotura/ruptura completa**
- ✓ **Com rotura/ruptura incompleta**



- ✓ **Com agenesia** (ausência congênita – nasceu sem hímen)
- ✓ **Complacente ***
- ✓ **Reduzido e carúnculas mirtiformes ***

* pontos que vem caindo com grande frequência em provas.

Estrutura da vagina

Hímen

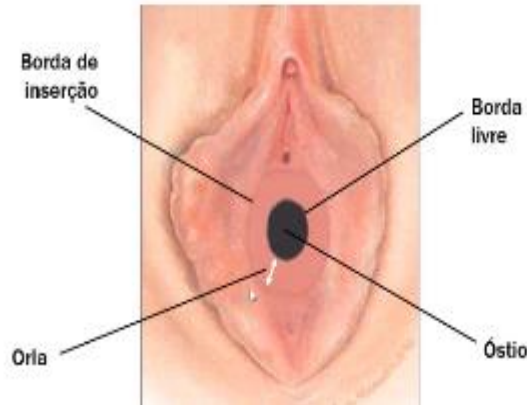


Imagem 01 – seta branca na imagem indica o hímen e sua espessura

Óstio – orifício onde ocorre a penetração e saída de fluxo menstrual

Borda livre – borda que circunda o óstio

Borda de inserção – borda onde está inserido na parede vaginal.

O normal é a existência de 01 (um) óstio – local onde passa o fluxo menstrual.

Tipos de hímen

- - **hímen complacente**
- - **hímen cribiforme**
- - **carúnculas mirtiformes**

Cuidado! As Bancas costumam inverter os conceitos

- **Hímen complacente:** tolerante ou transigente. (porque tolera, permite a conjunção carnal sem se romper). Não se rompe porque é muito fino ou porque é muito elástico, permitindo assim a passagem do pênis sem rompimento.
- **Hímen cribiforme:** hímen que possui múltiplos pequenos óstios. Ao invés de apresentar um único orifício a mulher nasce com vários pequenos orifícios como se fosse um 'chuveirinho'.

Obs: Muito cuidado porque as bancas adoram afirmar que o hímen cribiforme é tolerante, permitindo assim ocorrência de conjunção carnal sem sua ruptura. O hímen cribiforme não tem nada haver com o



hímen complacente, ou tolerante, ele simplesmente apresenta característica anatômica diferente. (todo ‘furadinho’)

- **Carúnculas mirtiformes:** são retalhos, fragmentos de hímen que aparece em mulheres após vários partos vaginais (parto normal). Nome de mirtiformes vem em referencia à uma planta que possuiu sua folhagem toda franjada.

DICA DE PROVA – Pode cair em prova:

“O hímen integro exclui a ocorrência de conjunção carnal.”

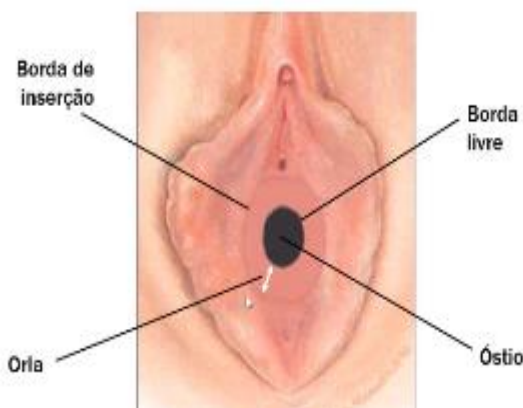
ERRADO. Podemos ter um hímen íntegro/complacente em uma mulher que teve conjunção carnal, vez que ele permite que a conjunção ocorra sem se romper.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:

“Expressão – mulher múltipara”.

Mulher que já passou por vários partos (vaginal – normal). Quando essa expressão aparecer terá relação direta com carúncula mirtiformes.

Análise dos tipos de rupturas



Quanto se tem uma relação sexual, o hímen pode se romper completamente ou não.

Se ele se romper chegando até a borda de inserção, ele se rompeu completamente – ruptura completa.

Noutro giro, se ele somente apresentar uma ruptura pequena – como um simples corte – teremos a ruptura incompleta.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:

“A ruptura completa é aquela que atinge a borda de inserção.”

CORRETA.

Sistema para topografar – lugar das rupturas himenal

Sistemas de avaliação para localização das rupturas himenal.

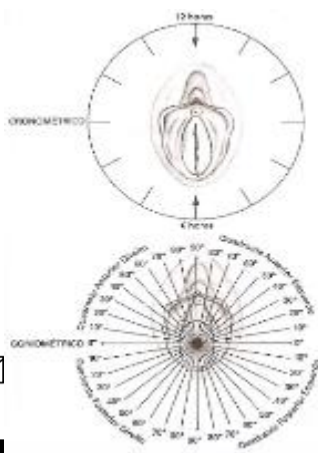


Imagem 01 – temos o gráfico como se fosse o ponteiro de um relógio, contendo marcadores como 12, 03, 06, 09 e 0 hora. Nesse sistema temos a divisão do hímen em horas: exemplo – presença de



ruptura às 3 horas. **Imagem 02** – nesse gráfico temos um sistema que divide o hímen em quadrantes. E será trabalhada a localização da ruptura do hímen em quadrantes: exemplo – o hímen está roto à 40° no quadrante posterior direito.

Como o tema aparece em prova?

Temos 2 sistemas para topografar as estruturas da ruptura himenal.

Os mais usados são:

- **Sistema Cronométrico de Lacassagne** (como se fosse os ponteiros do relógio)
- **Sistema de Quadrante de Oscar Freire** (divisão do hímen em 4 quadrantes e topografar em graus)

Na prova de Delegado de Polícia não é cobrado como é realizada essa topografia, mas é cobrado para que serve.

DICA DE PROVA - toda vez que aparecer o nome **OSCAR FREIRE** em prova de Medicina Legal a chance de o tema estar relacionado com Sexologia Forense é enorme. O autor escreveu muita coisa em Sexologia Forense.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:

“Para que serve o Sistema de Lacassagne Cronométrico?”

Alternativa Correta: para topografar as rupturas himenal.

23

Prova relacionada ao hímen-Cicatrização da ruptura himenal

No que diz respeito a esse tema, é importante mencionar que temos períodos de cicatrização e o autor que trata do assunto de forma mais clara e completa é **Genival Veloso de França**.

França divide uma ruptura (ou rotura) himenal em:

✓ Recente

- **Muito recente:** 1 a 6 dias.
- **Recente:** 7 a 20 dias.

Uma ruptura ou rotura considerada do ponto de vista médico legal recente é aquela até 20 dias.

✓ Cicatrizada

Uma ruptura cicatrizada é aquela com mais de 20 dias. Nesse sentido a ruptura de 02 meses, 6 meses, ou 10 anos terá a mesma aparência.

Observação: não se denomina uma ruptura com antiga mais sim como cicatrizada.



Até porque uma ruptura que ocorreu há 25 dias não é antiga, mas não se enquadra em recente, e sim em cicatrizada.

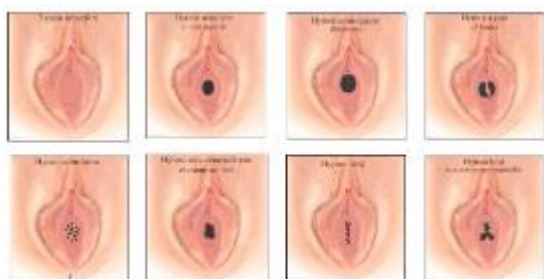
Um ponto que muito trabalhado nas provas é a ruptura **Muito Recente**. Na ruptura recente é necessário que haja a presença de sangramento ativo (não é um sangramento contínuo, mas sim pontos de sangramento).

DICA DE PROVA – a presença de sangramento em ruptura recente denomina-se de “Orvalho Sanguíneo” (apresenta-se como pontinhos de sangue no local e aparece em provas exatamente através dessa expressão).

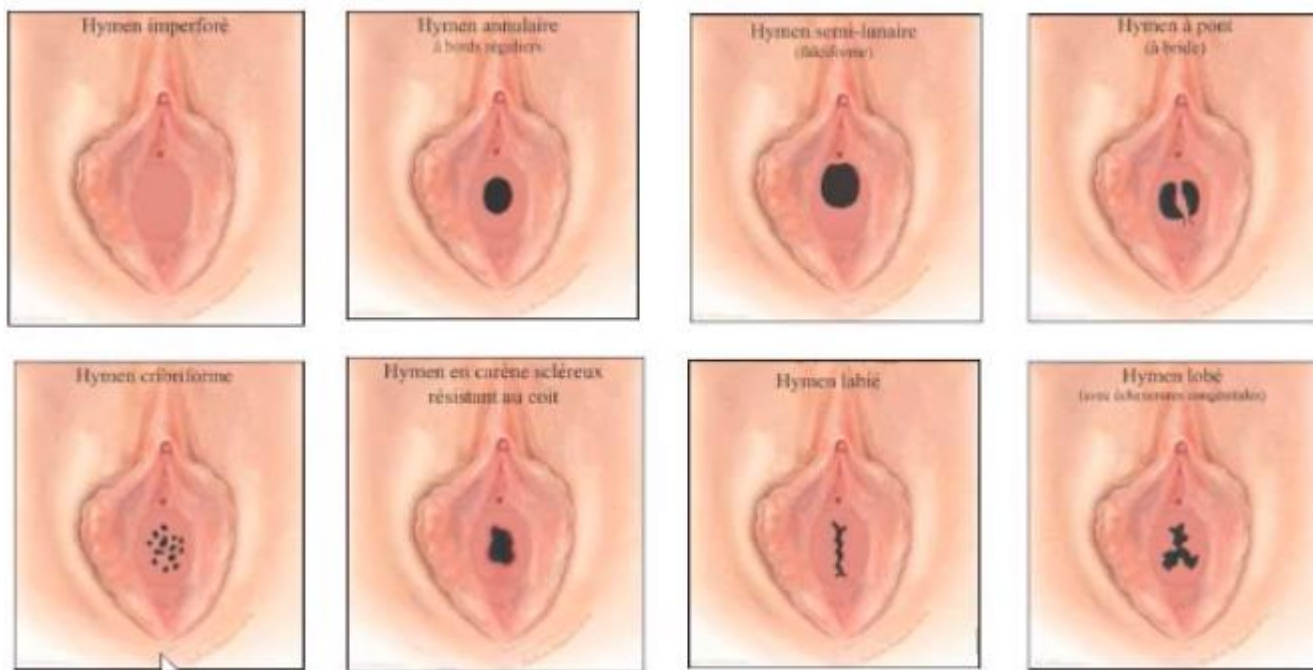
Desse modo, aparecendo em prova a expressão “orvalho sanguíneo” estamos diante de ruptura himenal muito recente não cicatrizada, de 1 a 6 dias. Nas rupturas com inflamações recentes, de 7 a 20 dias já temos a presença de inflamações. E mais de 20 dias já temos a cicatriz, que para a Medicina Legal denomina-se como fibrose.

Tipos de Hímen – (não iremos analisar todos os tipos, pois são vários, mas mencionaremos os mais cobrados)

- **Afrânio Peixoto** - Acomissurado, comissurados e atípicos.
- **Oscar Freire** – Imperfurados, perfurados e atípicos



224



Prova relacionada à presença de esperma – Ejaculação

Essas provas visam buscar identificar a presença de esperma no interior da cavidade vaginal. São três os tipos de provas utilizadas para identificar a presença de esperma:

- ✓ **Presença de espermatozoide**
- ✓ **Presença de Fosfatase ácida**
- ✓ **Presença de glicoproteína P 30 (PSA) ***

***Bancas examinadoras adora cobrar a glicoproteína P 30.**

A pesquisa de espermatozoide é a prova material da conjunção carnal, um único espermatozoide já nos mostra que houve a conjunção carnal.

Fosfatase Ácida Prostática (FAP)

Trata-se de uma enzima produzida pela próstata, consequentemente presente no líquido seminal - no sêmen. Ocorre que essa enzima não está presente somente na próstata, ela aparece também em outros órgãos. (até a própria secreção vaginal tem fosfatase ácida, então muito cuidado).

225

Pontos de importantes:

- **Enzima normalmente presente em alguns órgãos, tecidos e secreções em teor normal.**
- **Utilização forense:** sua atividade no sêmen é de cerca de 500 a 1000 vezes maior que em outros fluidos corpóreos.
- **Meia vida vaginal:**
- **Achado de altos teores de fosfatase ácida na vagina.**

- **Enzima normalmente presente em alguns órgãos, tecidos e secreções em teor normal.**

Fosfatase ácida para a Medicina Legal é um exame que FORNECE INDÍCIOS de conjunção carnal.

Não se trata de um exame confirmatório, isso porque temos a presença de fosfatase ácida inclusive nas hemácias, se a mulher estiver menstruada, num período pós-menstruação imediato, ou estiver com qualquer sangramento ou ainda alguma infecção ela provavelmente terá em sua cavidade vaginal quantia de fosfatase ácida aumentada.

DICA DE PROVA – Pode cair:

“A presença de fosfatase ácida na cavidade vaginal indica a certeza de conjunção carnal”



ERRADA. Fosfatase ácida fornece apenas INDÍCIOS de conjunção carnal.

- **Utilização forense:** sua atividade no sêmen é de cerca de 500 a 1000 vezes maior que em outros fluidos corpóreos.

Um ponto importante a ser mencionado é que a próstata é o órgão humano que mais produz fosfatase ácida, nesse sentido o líquido prostático tem fosfatase ácida normalmente de 500 a 1000 vezes mais que os outros tecidos e órgãos. Em virtude dessas considerações se encontramos altos teores de F.A.P. (fosfatase ácida prostática) na vagina temos algo “muito indicativo”(bem sugestivo) da ocorrência de conjunção carnal, todavia não pode ser considerado como prova confirmatória.

Jamais podemos dizer em Medicina Legal que um exame é confirmatório, quando temos outras causas que podem levar ao mesmo resultado.

DICA DE PROVA – Já caiu em Banca CESPE

“Fosfatase Ácida Prostática (FAP), acima de 300 unidades (medida) é VESTÍGIO de conjunção carnal”.

CORRETA.

Lembrar que se a questão falar em exame ou resultados confirmatórios ou de certeza deverá ser considerada como errada, vez que nesses exames temos dados indicativos, vestígios, MAS NUNCA CONFIRMATÓRIOS.

- **Meia vida vaginal:**

A meia vida vaginal da fosfatase ácida (FAP) é de 9 horas.

E o que seria meia vida vaginal? Trata-se do tempo que a substância leva para reduzir a sua concentração pela metade.

Essa redução pode ocorrer pela eliminação, pela própria metabolização, ou outros meios.

Isso significa que a cada 9 horas a FAP que está presente em uma determinada região e numa determinada titulação vai reduzindo pela metade a sua concentração.

Exemplo:

Relato da vítima de que a conjunção carnal ocorreu há 30 horas. Ao dosar a fosfatase ácida verifica-se que a mesma está extremamente elevada = sugestivo/indícios de conjunção carnal.

Vejam que mesmo passadas 30 horas a quantidade de fosfatase ainda é considerável.

MAS CUIDADO! A doutrina entende que a palavra “exame confirmatório” não existe. Essa afirmação não pode ser feita, mesmo com uma quantidade considerável de fosfatase.



P 30 – Glicoproteína – (PSA)

Antígeno Prostático Específico (PSA – sigla em inglês).

Sobre a P 30 (proteína) alertamos o candidato que temos uma questão polemica com divergência doutrinária.

Doutrina diverge sobre a denominação, expressão em si.

Próprio nome nos traz que é substância produzida na próstata, sendo assim é secreção específica da próstata. O PSA é uma proteína produzida pelas células do epitélio da próstata, não sendo, portanto, como a fosfatase ácida que é produzida em vários locais, por isso é considerada como específica.

Vale mencionar ainda que a presença dessa proteína não depende da presença de espermatozoide. Ou seja, mesmo os indivíduos vasectomizados ou azoospermicos (com a ausência de espermatozoides por alguma razão), possuem em seu esperma a proteína P 30.

DICA DE PROVA – Pode cair em prova:

“Não é possível prova de conjunção carnal com base em substância colhida de indivíduos vasectomizados”.

ERRADA. Ainda que vasectomizado o indivíduo continua a produzir proteínas como a P 30.

A proteína P 30 está vinculada a um teste confirmatório ou não?

227

Atenção – ponto de divergência

A P 30 como vimos é uma proteína e trata-se de uma substância específica produzida pela próstata. Por essa razão muitos autores trazem em suas obras que o exame que demonstra a presença da proteína na cavidade vaginal seria um exame confirmatório, outros discordam.

Autores como Hygino C. Hércules (então atenção para prova com banca FUNCAB ou do Estado do Rio de Janeiro) – falam que alguns tumores (alguns tipos de câncer) na mulher podem produzir PSA, sendo assim o exame com base nessa substância não deve ser considerado como confirmatório.

Noutro giro, os autores que não defendem a tese de Hygino, afirmam que é realmente possível se encontrar no organismo feminino a produção de PSA em decorrência alguns tipos de tumores, contudo não na quantidade significativa que o sêmen contém. Asseveram ainda que se a mulher possui um tumor que ocasiona a produção de PSA, esta não será em larga escala, mas sim em traços (pequenas quantidades) e além disso, não estará dentro do canal vaginal, mas sim presente na corrente sanguínea.



Diante da divergência doutrinária sobre o tema temos **Hygino de Carvalho Hercules** defendendo a tese de que o exame não é confirmatório.

Genival Veloso de França por sua vez não se posiciona a respeito, somente menciona que o PSA é um exame mais específico que a da fosfatase ácida por ser proteína produzida pela próstata, podendo então indicar mais certamente que houve a conjunção carnal.

Nos “parece” que França se filia a ideia de que seria um exame confirmatório, pela forma de explicação em sua obra. Todavia, ele não é claro a respeito, sendo assim não podemos dizer que ele adota a corrente de que considera o exame de PSA como exame confirmatório.

DICA DE PROVA – Bancas – Funcab – Cespe/Cebraspe usam muito as obras de Genival Veloso de França e Hygino de Carvalho Hércules. E quando tratam de PSA (P-30) usam a expressão/palavra VESTÍGIOS.

Quando a questão do P-30 aparece em prova como vestígio de conjunção carnal, devemos considerar como verdadeiro.

Cespe/Cebraspe e Funcab nunca usaram a palavra “confirmatório” para P 30 porque sabem que poderia gerar recursos e etc. Sendo assim usam sempre a expressão VESTIGIOS.

228

Outras questões importantes sobre perícia de Conjunção Carnal

Outras questões importantes:

- **Pesquisa de lesões genitais diversas (equimoses, fissuras, lacerações) decorrente da:**
 - violência da penetração sob resistência.
 - em crianças (decorrente da desproporção dos órgãos genitais)
- **Pesquisa de pelos pubianos;**
- **Exame das vestes: para pesquisa de manchas de sêmen**
- **Pesquisa de infecções genitais: pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis profunda.**

Além de perícias/exames para a constatação de possível conjunção carnal, podemos realizar exames para a verificação de indícios de atos libidinosos, como por exemplo, coito anal.

No coito anal, podemos ter da mesma forma como ocorre na vagina, equimoses, fissuras, lacerações e lesões internas na parede do ânus - da musculatura perianal.

Outro ponto que deve ser levado em consideração e que a coleta das substâncias acima trabalhadas (PSA, fosfatase, entre outros) podem ser colhidas em locais diversos da cavidade vaginal, como ânus, boca, etc.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:



“Presença de uma ruptura himenal recente com sangramento ativo (orvalho sanguíneo) exclui a necessidade de coleta de material.”

ERRADA. Mesmo que se tenha a confirmação da ocorrência da conjunção carnal com a ruptura do hímen em mulher virgem e a presença de sangramento ativo, os demais exames são necessários. (identificação do agressor, por meio de exame de DNA, etc).

Sexologia Forense - Gravidez- Parto e Puerpério

Dentro de Sexologia Forense no que diz respeito à Gravidez, ao Parto e ao Puerpério temos que saber quais são exatamente os marcos de início e de fim de cada uma dessas fases da vida reprodutiva da mulher.

➤ Gravidez

O conceito e o marco inicial da gravidez apresentam controvérsias.

• Para a Medicina Legal

Início: fecundação (também chamada de fertilização)

Local da fecundação: terço distal da tuba uterina (trompas)

• Para o Direito Penal:

Início: na nidação – implantação do ovo ou zigoto no endométrio (tecido que reveste o útero- revestimento interno do útero, da cavidade uterina).

Considerando o marco de início da gravidez para o Direito Penal temos como fato penalmente atípico a interrupção da gravidez antes da nidação.

O tema o que mais cai em provas sobre gravidez e suas consequências penais e médico-legais são as questões envolvendo o **DIU e a “Pílula do Dia seguinte”**

DIU - (Dispositivo intrauterino – método contraceptivo - que tem a função de impedir a nidação)

Pílula do dia seguinte – (medicamento ministrado via oral que tem a função de impedir o início de possível gravidez)

No caso envolvendo o DIU teremos a fecundação (o espermatozoide irá se encontrar com o óvulo), mas o zigoto (ovo) não conseguirá se implantar na cavidade uterina.

De acordo com a Medicina Legal nesses casos temos o início de uma gravidez, isso porque houve a fecundação já para o Direito Penal não houve gravidez (o ovo não se conectou a parede uterina), com isso consequentemente não há o que se falar em aborto.



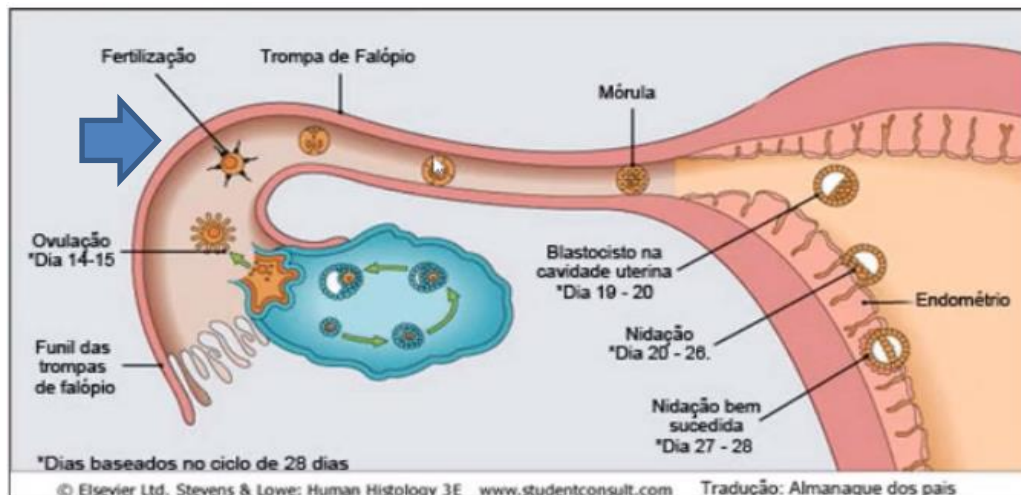


Imagem 01 – na parte em azul temos o ovário e em destaque (seta grande) o local onde ocorre a fecundação – no terço distal da tuba uterina. Na sequência temos o trajeto do zigoto até o útero, local no qual irá se implantar (“grudar” na parede uterina). Essa implantação denomina-se de nidação.

Com isso a interrupção que ocorre antes da nidação para o Direito Penal é fato penalmente atípico, ainda que para a Medicina Legal já esteja caracterizada a fecundação.

230

Placenta

Atenção: é a partir da nidação que haverá o início da formação da placenta.

Importante mencionar que a placenta é considerada pela Medicina Legal como um órgão fetal e não um órgão da mãe. (Já caiu em provas).

Vimos que a nidação ocorre dentro da cavidade uterina, ou seja, dentro do útero materno. Quando a nidação ocorre justamente nesse local temos a chamada **Nidação tópica** - que ocorre no local “topos” correto – dentro do útero.

Todavia, podemos ter a ocorrência de uma **Nidação Ectópica** – fora do local “topos” correto. Como consequência de uma nidação ectópica temos a chamada gravidez ectópica. Ressalta-se que local onde mais se ocorre a gravidez ectópica é na tuba uterina (nas trompas), e é tratada pela Medicina Legal como gravidez ou gestação tubária.

DICA DE PROVA – muito cuidado com esse tema sobre a gestação/gravidez tubária (gravidez ectópica).

Para a Medicina Legal existem 02 teorias em relação à interrupção de uma gravidez tubária.



Inicialmente alertamos que uma gravidez tubária não chega ao seu fim, contudo a questão gira em torno do fato da ocorrência ou não do crime de aborto quando esta é interrompida.

A interrupção da gestação/gravidez tubária (gravidez ectópica) corresponde ao crime de aborto?

NÃO. A gravidez nessas condições não chegaria a termo.

Algumas pessoas afirmam que não se trata de crime de aborto vez **que não ocorreu a nidação.**

Outros já afirmam que a nidação ocorreu, todavia em local diverso no normal, e que mesmo não sendo considerada como nidação tópica, mas sim ectópica houve a fecundação. Com isso não poderíamos falar que se trata de um fato totalmente atípico, vez que a nidação teria ocorrido sim.

Nesse sentido já foi cobrado em PROVA DA VUNESP a seguinte situação:

“A paciente grávida é diagnosticada com gravidez tubária. Após exames foi informada que seu quadro era estável e normal, recendo alta e sendo orientada a retornar à suas atividades rotineiras.

Dias depois retorna ao hospital com sangramento intenso em decorrência do rompimento da tuba uterina, dando entrada as pressas ao centro cirúrgico em estado de choque pela perda de sangue e com risco iminente de morte. Durante a cirurgia o médico retirou a tuba uterina e consequentemente o feto. Trata-se o caso apresentado de:”

- a) **Aborto necessário**
- b) **Aborto terapêutico**
- c) **Aborto eugênico**
- d) **Exclusão de ilicitude do aborto necessário**

Vejam então que no caso, tivemos a exclusão de ilicitude e não da tipicidade.

31

Análise de imagem de útero com gravidez normal e ectópica - comparativo

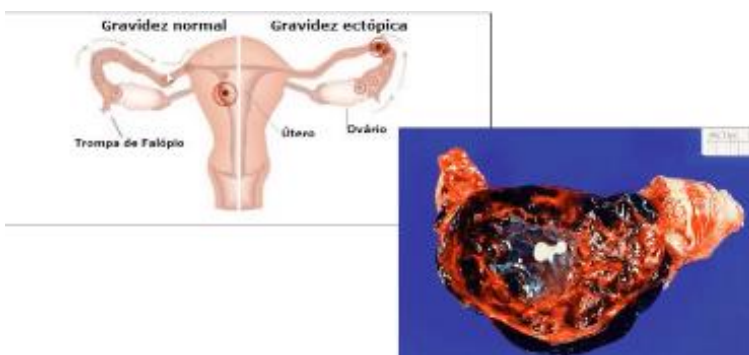


Imagem 01 – comparação de gravidez normal e gravidez ectópica.

Imagem 02 – imagem de tuba uterina com o embrião dentro (ponto mais claro – branco).

Trabalhando ainda com a gravidez temos os seguintes pontos a analisar:

✓ O diagnóstico de gravidez:

Exame direto – materialidade



- **Suposição**
- **Simulação**
- **Dissimulação**
- **Metassimulação**

- **Suposição** - quando a mulher de boa-fé acredita estar grávida – e inclusive tem sintomas de gravidez (enjoos, mamas inchadas, alterações físicas) – ela acredita claramente que está grávida.
- **Simulação** – quando a mulher de má-fé simula estar grávida – nesse caso a mulher sabe não estar grávida, mas simula uma gravidez.
- **Dissimulação** – quando a mulher está grávida, sabe disso e omite esse fato (esconde). Nesse caso a mulher poderá agir de boa ou má-fé.
- **Metassimulação** – quando a mulher sabe que está grávida, afirma esse fato, ou seja, não esconde a gravidez, contudo altera para mais ou para menos o tempo de gestação (de gravidez).

✓ Sinais de Gravidez

- **Presunção**
- **Probabilidade**
- **Certeza**

▪ **Presunção**

- Hiperemese gravídica – vômitos e náuseas que ocorrem principalmente no primeiro trimestre de gravidez.
- Cloasma ou Melasma – manchas escuras na pele, na região da bochecha. Isso ocorre com surgimento da gravidez. Em mulheres que já as possuem elas ficam mais evidentes.
- Tonturas, sonolência – sono, preguiça, fadiga.
- “Línea Nigra” – chamada de “línea alba abdominal”. Todos nós temos essa linha mas ela se apresenta da cor da pele –na gravidez se torna escura - linha escura na barriga no sentido vertical.

- **Cuidado** – essa linha escura parece nos remeter a um sinal de probabilidade ou certeza de gravidez, mas na verdade é Mero Sinal De Suposição.

As Bancas geralmente tentam confundir os candidatos justamente nessa característica, porque parece ser um sinal forte, mas ele aparece em outras situações também.

▪ **Probabilidade**

- **Amenorreia** – ausência de menstruação
- **Cianose vulvo-vaginal** – cianose (coloração mais azulada) –coloração mais azulada na vulva e vagina em decorrência do aumento de circulação sanguínea no local.

232



- **Rede venosa mamária** - veias das mamas mais evidentes – em decorrência do preparo para a formação de leite, lactação, entre outros.
- **Aumento do volume uterino** – útero grande

▪ Certeza

- **Movimentos fetais: ativos e passivos** –
 - ativos: quando o próprio feto se movimenta;
 - passivo: quando se realiza manobras para estimular o movimento fetal.
- **BCF** – batimento cardíaco fetal.
- **Sopro dos vasos uterinos** – possibilidade de se escutar o útero da mulher com barulhos que só ocorrem no caso de gravidez.
- **Exames complementares** – ultrassom, Beta HCG, ou seja, exames que confirmam a gravidez.

Atenção: BCF e Movimentos Fetais

Quando que estes sinais começam?

BCF – Batimento Cardíaco Fetal – 20-21 semanas (descritos nas literaturas médicas)

Movimentos Fetais – 18 semanas (descritos nas literaturas médicas)

Obs: logicamente se nós utilizarmos de recursos tecnológicos, poderemos perceber tais sinais antes nos meses mencionados, contudo, para a Medicina Legal iremos nos basear em exames normais, sem o uso de aparelhos e técnicas avançadas.

233

GRAVIDEZ >>>> PARTO >>>> PUERPÉRIO

	GRAVIDEZ	PARTO	PUERPÉRIO
INÍCIO	Medicina Legal: fecundação Direito Penal: nidação	Ruptura da bolsa	Dequitação
FIM	Medicina Legal: ruptura da bolsa amniótica Direito Penal: dilatação do colo uterino (Greco) e alguns julgados. Obs: mas para a Medicina Legal a dilatação como fim da gravidez não corresponde com a realidade, vez que não é porque há a dilatação que o bebe necessariamente nasce. Às vezes a mãe	Dequitação – expulsão da placenta Obs: muito importante para os crimes de infanticídio onde a mãe mata o filho durante o parto ou logo após. O que é durante o parto para a Medicina Legal?	Com a total involução do organismo materno as condições anteriores à gestação. Obs: Para a doutrina isso dura em torno de 6 a 8 semanas. Pode durar mais? Sim, principalmente se a mulher amamenta.



	passa várias semanas com o colo uterino dilatado, mas não entra em trabalho de parto.	Da ruptura da bolsa até a expulsão da placenta	
--	---	--	--

➤ Puerpério

Atenção: Puerpério é diferente de Estado Puerperal

Cuidado – se a prova de Medicina Legal mencionar a expressão puerpério ela estará se referindo a um conceito obstétrico. Toda a mulher que tem uma gravidez e tem um parto passa pelo puerpério. Mas toda mulher não passa pelo estado puerperal. Para a Medicina Legal o estado puerperal é uma ficção jurídica – a Medicina legal não gosta do estado puerperal. Isso porque não se trata de uma doença e não se tem um diagnóstico preciso.

Obs: Estado puerperal não está na classificação internacional de doença, sendo assim para a Medicina Legal não existe enquanto patologia, não se trata de doença mental.

A Medicina Legal no que diz respeito ao estado puerperal até entende que possa haver algumas alterações psicológicas na mulher associadas a vários tipos de questões, mas nada mais é que uma justificativa para dar tratamento penal diferenciado (mais benéfico) para a mulher que matou o seu próprio filho.

Vale lembrar ainda que no passado o Código Penal admitia o ato matar o próprio filho em defesa da honra. Como isso não mais se justifica nos dias de hoje se criou o crime de infanticídio dando então esse tratamento diferenciado.

Para a Medicina Legal não temos estado puerperal como doença, sendo assim a mulher sob essas condições não é considerada inimputável, vez que se assim fosse estaria elencada no rol do artigo 26 do Código Penal. Mas mesmo não estando o Direito Penal concede benefícios a mulher que nesse “estado” comete ato contra o próprio filho.

Vejam que o Direito Penal concorda com a Medicina (e por isso não elenca a mulher em estado puerperal no rol do art. 26) e discorda ao mesmo tempo dando tratamento mais brando.

Importantíssimo

Puerpério – conceito obstétrico

Estado puerperal – não tem conceito – ficção jurídica.

➤ Parto

(Assunto muito explorado por Genival Veloso de França)



- ✓ **Sinais de Parto na mulher VIVA:** veremos que os sinais recentes de parto sempre são os mais importantes. Se estivermos diante de parto antigo teremos sinais menos evidentes.

- **Parto recente** - edema da vulva, aumento da cavidade vaginal, lacerações perineais (não necessariamente estarão presentes, mas podem estar), útero amolecido, e a presença de lóquios* ou loquiações* (secreção proveniente do útero – que vai saindo do útero nas primeiras semanas após o parto).

(*Mais cobrados em provas - **Lóquios ou Loquiações**: os Lóquios são sanguinolentos até o 3º dia, depois vão ficando mais claros até desaparecer. Sendo assim com 5 a 7 dias já vão apresentando coloração mais rósea, após isso branco amarelados com 7 a 8 dias e podem permanecer até 30 dias após o parto em pequenas quantidades).

Sanguinolentos – até 3º dia

Rósea – 5º ao 7º dia

Branco Amarelado – 7º ao 8º dia – podendo permanecer assim até o 30º dia.

- **Parto antigo** – estrias abdominais, pigmentação dos mamilos e alteração do formato do colo uterino.



Imagem 01 – Nulípara – que nunca pariu – nunca teve parto, nunca teve filho por via vaginal – a imagem mostra claramente que o colo do útero é “redondinho”, tendo o orifício redondo.

Imagem 02 – Multipara – que já pariu – que teve filhos por via vaginal – imagem nos mostra que o colo tem o formato em fenda, que é denominado como “Focinho de Tenca” (expressão antiquíssima que não se usa mais, contudo o examinador pode colocar em prova).

Curiosidade – Tenca é um peixe que possui boca comprida e espichada, por isso o nome.

- ✓ **Sinais de Parto na Mulher MORTA:** são os mesmos que vemos na mulher viva, exceto no que diz respeito às Loquiações (até porque a mulher morta não irá expelir secreções). Não obstante a ausência de Loquiações teremos alterações que veremos em exames nos órgãos como



ovário e útero (podemos realizar exames mais precisos por conta da necropsia). O ovário poderá ainda através do corpo lúteo indicar se houve ou não ovulação recente.

- **Parto recente** – edema da vulva, aumento da cavidade vaginal, lacerações perineais (não necessariamente estarão presentes, mas podem estar), útero amolecido + presença de restos placentários no útero e alterações no ovário.
- **Parto antigo** - estrias abdominais, pigmentação dos mamilos e alteração do formato do colo uterino. Sendo essa última o principal sinal.

Porque é importante sabermos com precisão os marcos biológicos das fases da vida reprodutiva da mulher?

É importante porque nas provas de Delegado de Polícia dentro da disciplina de Medicina Legal o candidato também poderá se deparar com questões sobre **Aborto e Infanticídio**. Quando esses crimes aparecem em Medicina Legal vêm sempre em questões relacionadas/ligadas aos marcos mencionados anteriormente, ou seja, marcos de início da gravidez, do parto e do puerpério.

➤ Aborto

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: (Vide ADPF 54)

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: (Vide ADPF 54)

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: (Vide ADPF 54)

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;



Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Crime de Aborto

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque – ABORTO PROVOCADO e ABORTO CONSENTIDO (GESTANTE).

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante – ABORTO SOFRIDO.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante – ABORTO CONSENTIDO (PROVOCADOR)

Obs: nos casos de Aborto Consentido temos que a gestante que consente responde pelo art. 124 do CP e o agente provocador, 3ª pessoa, médico, etc, responde pelo art. 126 do CP, configurando, portanto, uma exceção a Teoria Monista adotada pelo nosso Código Penal.

237

• Art. 128 do Código Penal:

Considerando todas essas questões o que mais aparece nas provas de Medicina Legal são as **Causas De Exclusão De Ilicitude**. Diante disso, temos que nos lembrar das causas previstas no art. 128 do CP e seus incisos.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado POR MÉDICO*: (Vide ADPF 54)

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

***Observação:** Vejam que o artigo 128 nos traz expressamente a palavra “Médico” – sendo este considerado o profissional da saúde com atribuição legal para praticar as interrupções da gestação abarcadas pelas exclusões de ilicitude em duas circunstâncias.

• Art. 128 do Código Penal – inciso I:

No inciso I temos o chamado **ABORTO NECESSÁRIO, TERAPÊUTICO OU PROFILÁTICO**:



Necessário - único meio de salvar a vida da gestante.

Terapêutico – porque é um tratamento colocado para preservar a vida da gestante.

Profilático – profilaxia é a prevenção contra a morte iminente da gestante.

Quaisquer umas dessas expressões podem aparecer na prova como referência do art. 128 do CP, contudo o mais importante é que ESSE ABORTO PRESCINDE (ABRE MÃO – NÃO PRECISA) DE CONSENTIMENTO DA GESTANTE, isso porque a situação constitui uma emergência médica, vez que há um risco de morte materna. O consentimento irá aparecer somente no caso do inciso II, momento no qual estaremos diante dos casos de gravidez resultante de estupro.

- **Art. 128 do Código Penal – inciso II:**

No inciso II do art. 128 do CP teremos o chamado aborto HUMANÍSTICO, HUMANITÁRIO, ÉTICO ou SENTIMENTAL. Nesse inciso temos presente um crime contra a Dignidade Sexual e, além disso, precisa-se para a realização do aborto o consentimento da gestante. Sendo a gestante incapaz, obviamente, o consentimento será obtido de seu representante legal.

Entendimento quanto aos requisitos médico-legais para que se possam aplicar as causas de exclusão de ilicitude especialmente nos casos de Aborto Necessário/Terapêutico/Profilático.

No aborto necessário temos requisitos a serem cumpridos para a sua válida efetivação e que são **CUMULATIVOS**, devendo, portanto, todos eles estarem presentes para que o médico tenha a atribuição de realizar o ato na gestante.

1. **Mãe estar sob risco iminente de morte – risco de morte imediata:** não se trata de possibilidade de morte futura, ou doença grave. É fundamental e essencial que risco de morte seja naquele exato momento.

+

DICA DE PROVA – Pode cair:

“Indicação de Aborto Necessário, respaldado pela exclusão de ilicitude do art. 128, I do CP, vez que a mãe era portadora de doença grave ou gravidez de risco.”

ERRADO. Há necessidade da presença do requisito de risco de morte iminente, trata-se de situação de emergência.

2. **Risco de morte imediata estar sob dependência direta da gravidez:** a gravidez a responsável por ter causado esse risco iminente de morte na gestante.

+

3. **Interrupção da gestação faz cessar o risco iminente de morte da gestante:** é preciso que as manobras realizadas pelo médico e o consequente aborto, façam cessar o risco de morte iminente. Ou seja, o aborto seja a solução para o problema emergencial apresentado.



4. **Interrupção ser o único meio capaz de salvar a vida da gestante:** por fim, deve a o aborto ser o único meio possível e com resultados positivos de salvar a vida da gestante. Havendo quaisquer outras possibilidades (outros métodos, tratamentos, manobras, cirurgias, etc.) não temos amparada pela exclusão da ilicitude prevista no art. 128, I do CP a realização do aborto.

ATENÇÃO

Mais uma vez alertamos que esses requisitos são obrigatoriamente **CUMULATIVOS (+)**.

Sendo assim temos que ter a presença dos 04 requisitos em conjunto para que possamos aplicar do ponto de vista médico-legal a exclusão de ilicitude prevista no art. 128, I do Código Penal, referente ao Aborto Necessário, Profilático.

Havendo a presença desses 04 requisitos, o consentimento da gestante não é necessário para a realização do aborto, sendo, portanto, considerado como elemento DISPENSÁVEL. É importante que o candidato saiba que se trata além de uma autorização legal, de um protocolo médico em que se escolhe pela preservação da vida da mãe e pelo sacrifício da vida do feto.

Questão da exclusão da ilicitude nos casos de aborto Humanístico ou Sentimental.

230

Causas da exclusão de ilicitude – aborto humanístico ou sentimental: esse tipo de aborto só pode ocorrer quando autorizado (aqui não há dispensa de consentimento da mãe ou responsável legal), e além disso, deve ser realizado obrigatoriamente por médico.

Procedimento praticado por médico x Escusa de consciência (Já caiu em prova)

O médico não querendo realizar o aborto (Humanístico ou Sentimental) por razões de ordem filosóficas, ética, religiosa, pessoal, entre outras, poderá se recusar a realizar o procedimento, todavia, essa recusa só é admitida nos casos previstos no artigo 128, inciso II do CP. (nos casos do inciso I do mesmo dispositivo temos situação de emergência, não podendo, portanto, o médico se recusar a fazer o procedimento abortivo – sob pena de incorrer em conduta de omissão).

Havendo a recusa no caso do aborto Humanístico ou Sentimental - por parte do médico por razões pessoais - cabe ao Poder Público designar outro profissional para a realização do procedimento abortivo.

Principais Nomenclaturas referentes ao Aborto - Classificações Médico-legais do Aborto:

Para as provas da disciplina de Medicina Legal é importante que o candidato tenha conhecimento e se familiarize com as diversas expressões referentes ao aborto na Medicina. Para tanto, iremos trazer nesse momento



algumas expressões e classificações que podem ser cobradas em provas e que estão diretamente relacionadas às manobras e procedimentos abortivos.

Aborto – Nomenclaturas

- ✓ **Aborto espontâneo ou natural**
- ✓ **Aborto voluntário (provocado, sofrido e consentido)**
- ✓ **Aborto econômico ou social**
- ✓ **Aborto necessário ou terapêutico ou profilático**
- ✓ **Aborto ético, piedoso, moral, sentimental humanístico ou humanitário**
- ✓ **Aborto eugenésico ou eugênico**
- ✓ **Aborto seletivo ou interrupção seletiva da gestação**

- ✓ **Aborto espontâneo ou natural**
- ✓ **Aborto voluntário (provocado, sofrido e consentido)** – art. 124, 125, 126 do CP.
- ✓ **Aborto econômico ou social** – por razões e questões econômicas em que a gestante alega não ter condições financeiras de prover a subsistência da criança. Razão que não se sustenta em nosso ordenamento jurídico em vigor.
- ✓ **Aborto necessário ou terapêutico ou profilático** – o previsto no art. 128, I do CP, onde temos a situação de risco iminente de morte.
- ✓ **Aborto ético, piedoso, moral, sentimental, humanístico ou humanitário** – refere-se ao aborto previsto no art. 128, II do CP. Nesse caso temos que a gestante é vítima de estupro – é necessário o seu consentimento para a realização do procedimento e, temos ainda que o médico poderá por razões pessoais se recusar a realizar o ato, devendo nesse caso o Poder Público indicar outro profissional.
- ✓ **Aborto eugenésico ou eugênico**
- ✓ **Aborto seletivo ou interrupção seletiva da gestação**

240

Abaixo trabalharemos especificamente com as situações de:

- **Aborto Espontâneo ou Natural:**



Medicina - Sobre esse ponto, a Medicina vai considerar como **aborto natural ou espontâneo** as situações em que que envolverem uma perda gestacional ocorrida até **22 semanas de idade gestacional (I.G) ou feto com peso menor que 500 gramas**.

Legislação pátria - Logicamente que para a lei o peso do feto ou a idade gestacional em que a grávida se encontrava no momento do procedimento não faz diferença para a aplicação das sanções caso esta seja necessária. Ou seja, sob a ótica legislativa o aborto irá significar a interrupção da gravidez em qualquer momento.

Não obstante a legislação pátria é importante que o candidato saiba que a Medicina traz essa diferença entre essas perdas antes de 22 semanas de idade gestacional ou de fetos com menos de 500 gramas. Ocorrendo a perda nas condições mencionadas teremos para a Medicina o chamado aborto precoce.

Se a perda ocorrer por razões de antecedentes patológicos – doença materna ou fetal – denomina-se no meio médico como **Aborto Natural ou Espontâneo**.

DICA DE PROVA - tendo em vista que estamos diante de disciplina cobrada em provas de área jurídica, não podemos deixar de entender que esse aborto natural para as questões legislativas pode ocorrer em qualquer fase/idade gestacional.

Contudo, se for cobrada essa diferenciação de tempo ou momento considerado como aborto natural ou espontâneo, para a MEDICINA LEGAL deve o candidato se lembrar: até 22 semanas ou feto menor de 500 gramas.

241

• Aborto Eugênico X Aborto Seletivo:

Qual a diferença entre o Aborto Eugênico e o Aborto Seletivo?

Vejamos:

- ✓ **Aborto eugênico/eugenésico** – A expressão aborto eugênico tem origem na palavra eugenia.

Curiosidade: eugenia traz à tona a questão da seleção racial realizada durante a segunda guerra mundial – o termo atualmente traduz a ideia de algo de cunho preconceituoso, racista, para fins de seleção de indivíduos perfeitos.

Aqui falamos de alterações congênitas fetais. Se estivermos falando em interrupção de gestação de indivíduos que não seriam “perfeitos” e caso essa interrupção seja baseada em um fundo racista e discriminatório, falamos de fetos com anomalias com possibilidade de vida. Ou seja, casos de anomalias congênitas plenamente compatíveis com a vida.

Compatível com a vida: possibilidade de vida mesmo com a existência da anomalia.

- ✓ **Aborto Seletivo** – no aborto seletivo também temos a presença de anomalia congênita fetal – uma má formação congênita. Todavia essa má formação é incompatível com a vida.

Incompatível com a vida: impossibilidade de vida diante da existência da anomalia.



Jurisprudência sobre o tema

O principal exemplo de anomalia (má formação) congênita incompatível com a vida - STF já analisou na ADPF 54 a anencefalia.

MAS CUIDADO, a anencefalia não é a única má formação congênita, ou seja, anomalia incompatível com a vida. Existe várias outras, sendo a anencefalia, tão somente a mais comum, e a que chegou a discussão no Supremo Tribunal Federal, por meio de ADPF.

Porque nesses casos não podemos chamar o aborto de eugênico ou eugenésico?

Porque não é a mãe, não é o médico que esta tirando a vida do feto, mas sim a doença, a anomalia, a má formação congênita. Sendo assim é desarrazoado chamarmos esse aborto de eugenia, vez que não se trata de uma seleção de indivíduos perfeitos, o individuo não irá sobreviver de um modo ou de outro – não há expectativa de vida.

Justamente por esse motivo temos o aborto grafado entre aspas - “aborto” seletivo – a doutrina considera como expressão correta **“Interrupção Seletiva da Gestaçã**o”.

Resumindo, ambos os abortos aparecem nas provas de Delegado de Policia dentro da disciplina de Medicina Legal, contudo um está relacionado à má formação congênita compatível com a vida (Aborto Eugênico), e outro com a má formação congênita incompatível com a vida (“Aborto Seletivo”) - sendo esse ultimo o caso relacionado com a anencefalia e o julgamento da ADPF 54 pelo STF .

242

Aborto eugênico – anomalia compatível com a vida – não há autorização para o aborto.

“Aborto” Seletivo ou Interrupção Seletiva da Gestação - anomalia incompatível com a vida – há a autorização para o aborto.

Entendendo o caso

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – nº 54 – STF .

STF analisou a ADPF 54 e decidiu pela autorização da interrupção da gestação nos casos em que estivermos diante de fetos com anomalias congêntas incompatíveis com a vida. Abaixo segue considerações sobre o tema ocorridas quando do julgamento da ADPF.

“Aborto” e Anencefalia – ADPF 54 – desdobramentos do processo que chegou ao STF

- **Audiência Pública** – dados médicos-científicos; alegação de que a mãe tem grandes chances de complicações e que obrigar mulher a manter a gestação até o termo seria uma forma de tortura (essa ultima foi usada como alegação principal).
- **Premissa:** a premissa adotada nessa circunstância de “aborto” seletivo em casos de anencefalia é a de que apenas o feto com potencial pleno de ser pessoa pode ser sujeito passivo do crime de aborto. O feto anencéfalo foi equiparado a um morto encefálico pelo STF. E vimos que a morte encefálica,



pela lei 9.434 de 1997 – Lei de Transplantes é a morte considerada cientificamente e juridicamente a morte legal, a morte real.

- **Aborto:** pressupõe a potencialidade de vida extrauterina, e não havendo a possibilidade de vida fora do ventre materno, não há o que se falar em aborto. Temos a interrupção seletiva da gestação.
- **Morte legal – Lei 9.434/97 – “Anencefalia e vida são termos antitéticos” (Ministro Marco Aurélio)**

Conselho Federal de Medicina – Resolução: Procedimento de Interrupção de gestação de anencéfalo.

Após o STF decidir essa questão envolvendo a ADPF 54, o Conselho Federal de Medicina – CFM, editou uma resolução em 2012 pontuando quais seriam os requisitos médico-legais para que seja realizada a interrupção da gestação nos casos de fetos anencéfalos. (Resolução nº 1.989 de 2012 do Conselho Federal de Medicina)

Requisitos médico-legais para a realização do procedimento de interrupção gestacional

- ✓ **Decisão da gestante** – pedido da gestante independente de autorização judicial (STF já autorizou)
- ✓ **Realização de Ultrassom a partir de 12 semanas** – comprovação de diagnóstico. E o tempo de 12 semanas está relacionado ao momento biológico em que se forma o sistema nervoso central do feto e com o fechamento do tubo neural (estrutura embrionária que irá formar o encéfalo do feto).
- ✓ **Diagnostico deve ser formado por 2 médicos** – obrigatoriedade de atestado por 2 profissionais da medicina concordando com o diagnostico de anencefalia.
- ✓ **Direito à interrupção é um direito livre da gestante, tendo esta o direito a interrupção imediata da gestação** – possibilidade de interrupção a qualquer momento da gestação, com qualquer idade gestacional. Sendo assim não há qualquer requisito normativo de interrupção de gestação do anencéfalo até 22 semanas.

DICA DE PROVA – Já caiu:

“Para que seja realizado a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é requisito que se tenha até no máximo 22 semanas de gestação”.

ERRADO. Nos casos de feto anencéfalo a interrupção poderá ser realizada a qualquer momento se preenchidos os demais requisitos instituídos pela resolução do CFM – Conselho Federal de Medicina.

A interrupção da gravidez não depende da idade gestacional.

Crime de Aborto – Observações

Início da proteção da vida para fins penais e tipificação do crime de aborto.

- Início da proteção da vida para fins penais – NIDAÇÃO.



Diante dessa situação trazemos as seguintes provocações:

- ✓ **O uso de DIU é considerada uma conduta abortiva?**
- ✓ **O uso de pílula é considerada uma conduta abortiva?**

NÃO, Porque o DIU impede a ocorrência da nidação, assim como a pílula do dia seguinte.

- ✓ **Ocorre o crime de aborto na interrupção de uma gravidez ectópica?**

Relembrando:

Gravidez tópica - é a gravidez na cavidade uterina.

Já a gravidez ectópica é aquela fora do 'topos', fora da cavidade uterina, ou seja, em qualquer outro lugar que não seja no útero.

A gravidez ectópica mais comum é a gravidez tubária.

NÃO. Mas cuidado com as duas posições doutrinárias relacionadas a essa matéria dentro da medicina legal.

- **1ª corrente:** alguns dizem que no caso da gravidez tubária não ocorre a nidação – porque a nidação verdadeira é aquela que ocorre dentro do útero, sendo assim não temos o aborto, vez que excluir-se a própria TIPICIDADE. (exclusão da tipicidade – não ocorre a nidação verdadeira).

- **2ª corrente:** outros autores irão dizer que a gravidez ectópica quando ocorre dentro da tuba uterina e com o rompimento desta (devido à membrana fina), causando sangramento e risco de morte a gestante, autoriza a realização de aborto para a interrupção da gravidez, não configurando crime, vez que a conduta estaria protegida pela exclusão de ILICITUDE contida no art. 128, I do CP que diz respeito ao aborto necessário. (exclusão da ilicitude – ocorre a nidação, mas devido ao risco de morte para gestante a interrupção é autorizada por lei).

Observação: as duas situações podem aparecer na prova para Delegado de Polícia, vez que ambas são teses aceitas dentro da Medicina. Se a prova trouxer a informação de AUSÊNCIA DE NIDAÇÃO teremos a aplicação da corrente da EXCLUSÃO DE TIPICIDADE, caso se a banca se refira à NIDAÇÃO EM LOCAL DIVERSO causando risco à vida da gestante, teremos a EXCLUSÃO DE ILICITUDE do art. 128, I do CP – aborto necessário, profilático ou terapêutico.

Resumindo

Corrente que defende ausência de nidação – exclusão de tipicidade.

Corrente que defende nidação em local diverso com risco de vida – exclusão de ilicitude.

➤ Início do Parto



O início do parto encerra completamente as possibilidades de configuração de aborto?

Nesse caso, temos que pensar em uma diferenciação temporal entre as situações de aborto e infanticídio. Vimos que o início da proteção da vida para fins penais ocorre com a nidação.

O início do parto por sua vez ocorre para alguns doutrinadores do Direito Penal com a dilatação do colo uterino, contudo **para a Medicina Legal (e é essa a resposta que deve ser dada) o parto tem início com a ruptura da bolsa amniótica.**

Sendo assim, se o parto se inicia com a ruptura da bolsa amniótica e a morte do feto ocorre após essa ruptura (ocorrendo, portanto, após o início do parto) não há o que se falar em crime de aborto.

Nesse sentido EM REGRA **a resposta para essa pergunta** é que o início do parto encerram as possibilidades de configuração do crime de aborto.

Mas temos uma exceção.

Qual seria a exceção em que teríamos a configuração do aborto mesmo após o início do parto e com o feto nascendo com vida?

Essa exceção ocorrerá quando a mãe realizou manobras abortivas durante a gestação, mas não obteve sucesso. O feto nasce com vida, mas morre após o nascimento em decorrência exclusiva das manobras abortivas.

A perícia, o exame médico-legal (a necropsia) poderá e deverá mostrar que o feto nasce com vida, mas a morte se ocorreu devido às manobras abortivas realizadas pela mãe ainda durante a gravidez.

Nesses casos teremos configurado o crime de Aborto e não de infanticídio. Isso porque o nosso **Direito Penal adota a Teoria da Atividade**, a qual defende que o crime se configura no momento da ação ou omissão, ainda que outro seja o momento do resultado.

Noutro giro, em regra, na maioria dos casos se a morte do feto ocorre por conta de ações da mãe, **depois do início do parto** não falaremos em aborto, mas iremos avaliar a possibilidade de infanticídio.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova – esse tema poderá ser cobrado em Direito Penal assim como em Medicina Legal como já ocorreu.

“Qual seria o crime configurado quando a perícia demonstrou que a morte do feto ocorreu em razão de manobras prévias e abortivas realizadas pela mãe antes da ruptura da bolsa amniótica.”

ABORTO. Tendo em vista a adoção pelo Código Penal da Teoria da Atividade.



➤ **Outras malformações congênicas além da anencefalia**

No que diz respeito a esse tópico temos as situações do aborto eugênico e o “aborto” seletivo já trabalhadas.

Se estivermos diante de malformação congênita em decorrência de anencefalia temos a autorização do STF (ADPF 54) para a interrupção, assim como os requisitos para o procedimento elencados pelo Conselho Federal de Medicina em Resolução.

Verificada a malformação congênita diversa da anencefalia e que seja incompatível com a vida também podemos elencar o caso no chamado “aborto seletivo”, mas torna-se necessária a autorização judicial.

Vejam então que quando houver malformação congênita e esta for incompatível com a vida, mas não seja o caso de anencefalia, não está automaticamente autorizada a realização do aborto. Casos como estes devem ser submetidos a análise do Judiciário.

Nos casos de malformação congênita diferente da anencefalia mas compatível com a vida não há que falar em aborto seletivo, mas sim em aborto eugênico ou eugenésico o que não é admitido em nossa legislação pátria, vez que se trata de um tipo de seleção de indivíduos perfeitos eivada de cunho preconceituoso e discriminatório, já que a anomalia permite a vida extrauterina.

➤ **Aborto Retido – Morte fetal**

Trata-se da morte fetal intrauterina somada a retenção do feto no ambiente intrauterino - em ambiente líquido. Nesses casos ocorrem alterações oriundas do processo transformativo, destrutivo cadavérico denominada maceração.



Maceração Asséptica (feto morto retido dentro da bolsa com líquido amniótico). O assunto foi trabalhado em Cronotanatognose.

Como características temos a pele do feto de coloração vermelho brilhante, descamada, decorrência do contato da pele em ambiente aquoso por muito tempo. Pode ocorrer também o depósito de cálcio e com isso a formação do chamado Litopédio (calcificação – feto de pedra). Enfim, tudo isso se relaciona também a retenção intrauterina prolongada em casos de aborto.



DICA DE PROVA – Pode cair:

“Perícia demonstrou feto macerado e a mãe está sendo investigada por infanticídio.”

ERRADO. Conduta não procede. Se o feto está macerado, obviamente a morte ocorreu no ambiente intrauterino ficando o mesmo por algum tempo retido. Sendo assim, trata-se de natimorto – nasceu morto.

➤ Infanticídio

Infanticídio

Art. 123 - Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após:

Pena - detenção, de dois a seis anos.

O crime de Infanticídio: um *delictum exceptum*! É um delito excepcional.

Qual seria a história por trás do nome *delictum exceptum* e da exceção do estado puerperal?

No passado, mais precisamente no Código Penal de 1890, tínhamos que a conduta da mãe que matava seu próprio filho – durante o parto ou logo após – era punida com uma pena mais branda porque agia em defesa da honra.

247

Entrando em vigor nova lei penal não verificou-se a presença do antigo tipo que eximia a mãe que matava o próprio filho em defesa da honra. Todavia, a nova lei trouxe medidas que atenuam a pena quando estivermos diante de casos de infanticídio, situação em que a mãe mata seu próprio filho em decorrência do estado puerperal.

Vale dizer que para a Medicina Legal o estado puerperal é ficção jurídica, criada justamente para conferir tratamento penal mais benéfico à mãe que mata o próprio filho por influência de questões biológicas e psicológicas associadas às vezes a uma gestação conturbada ou outras situações a serem ainda estudadas.

Justificativas – Medicina não tem dentro da Classificação Internacional de Doenças (CID) o quadro de estado puerperal relacionado. Nem dentro de patologias físicas nem psíquicas.

Estado Puerperal x Puerpério

Estado Puerperal é diferente do Puerpério.

- ✓ **Estado Puerperal** – conceito jurídico.
- ✓ **Puerpério** – é conceito médico obstétrico.



Vimos que o puerpério vai da dequitação (expulsão da placenta) até a total involução do organismo materno às condições anteriores a gestação. Esse período para a Medicina Legal terá uma duração média de 6 a 8 semanas – podendo se prolongar em alguns casos.

O puerpério é um conceito médico obstétrico e significa que toda a mulher que tiver uma gravidez e um parto terá puerpério necessariamente – o organismo terá que voltar às condições que se encontrava antes da gestação. Contudo, nem toda mulher passará pelo famigerado estado puerperal – conceito jurídico.

Vale ainda mencionar que a mulher que está sob influência do estado puerperal (como prevê o tipo penal do infanticídio) não tem doença psiquiátrica específica e reconhecida dentro da Medicina. Não temos então doença configuradora de inimputabilidade penal.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:

“O Estado Puerperal configura doença mental ou perturbação da saúde mental”.

ERRADA. O estado puerperal não configura nenhuma das duas situações, porque caso configurasse a mulher/mãe/ estaria elencada no art. 26 do Código Penal.

A infanticida verdadeira não é tratada a luz do art. 26 do CP, não sendo, portanto, considerada semi-imputável ou inimputável. Ela recebe um tratamento próprio no artigo que tipifica o crime de infanticídio (art. 123 do CP).

Sendo assim, a mulher que está sob “influência do estado puerperal” **não tem uma doença psiquiátrica específica e reconhecida.** 248

Período temporal - questões do crime de infanticídio

- Expressão **DURANTE** o parto ou **LOGO APÓS**.

Se estivermos falando do infanticídio, teremos a necessidade de um requisito temporal que englobe o lapso temporal de “durante o parto” ou “logo após”.

Durante o parto	Ruptura da bolsa amniótica até a dequitação (marco inicial e final do parto)
Logo após o parto	Direito Penal admite alguma extensão temporal desse período do “logo após”, já a Medicina Legal não. Medicina Legal – para a medicina o “logo após” tem uma ideia definida, e vai até os primeiros cuidados com o infante nascido. Sendo assim se tivermos uma mãe que após o nascimento do filho, amamenta-o, dá banho, troca suas roupinha e depois o mata, não teremos a figura da mulher infanticida, mas sim de uma homicida. Regra - Para a Medicina Legal a mãe para ser considerada infanticida, tem que matar seu próprio



	filho na primeira oportunidade que tem. Exceção - própria Medicina Legal explica. <u>Genival Veloso de França</u>: situação em que a mãe durante o parto fica inconsciente (em coma) e mata o filho quando recobra sua consciência. Vejam que temos um grande lapso de tempo, mas a conduta ainda sim se configura porque a mãe comete o delito na primeira oportunidade que tem. Para a Medicina Legal essa primeira oportunidade tem que ser o mais breve possível. Já o Direito Penal admite alguma flexibilidade desse prazo. **(Medicina Legal não gosta da extensão temporal concedida pelo Direito Penal)
DICA DE PROVA	Quando o tema cair em questão de prova de forma objetiva (múltipla escolha) o marco temporal correspondente à resposta correta será: até os primeiros cuidados da mãe com seu filho. Exceção: quando essa mãe tem alguma impossibilidade (perda de consciência, estava em coma, etc.) e quando recobra a consciência mata o filho. Ainda sim podemos considerar como logo após.

➤ Perícia no Infanticídio

- ✓ Diagnóstico do “Estado Puerperal”
- ✓ Diagnostico de parto recente na puérpera
- ✓ Diagnostico do nascimento com vida
- ✓ Diagnostico do tempo de vida do concepto
- ✓ Diagnostico do mecanismo de morte do concepto

249

- ✓ **Diagnóstico do “Estado Puerperal”** – por mais que a Medicina Legal não concorde com isso seriam influencias biopsicologicas na mãe.
- ✓ **Diagnóstico de parto recente na puérpera** – existência de sinais de parto recente em mulher viva.
- ✓ **Diagnóstico do nascimento com vida** – se feto nasceu morto teremos natimorto e com isso não há o que se falar em infanticídio.
- ✓ **Diagnóstico do tempo de vida do concepto** - diagnostico de quanto tempo de vida teve o recém-nascido.
- ✓ **Diagnóstico do mecanismo de morte do concepto** – como se deu a morte do feto.

➤ Mecanismos de Morte no infanticídio.



Normalmente a mãe infanticida, mata seu próprio filho por asfixia.

Todavia temos 03 mecanismos de morte considerados comuns e aceitos nos casos de infanticídio.

1º Sufocação direta - ocorre com a oclusão da via aérea em qualquer ponto – desde os orifícios naturais até a via aérea inferior. Pode ocorrer, por exemplo, quando a mãe tampa a boca e o nariz da criança.

(lembrando aqui que a obstrução indireta é aquela que ocorre com a compressão do tórax).

2º Estrangulamento (por meio do cordão umbilical) – no estrangulamento temos um laço cervical acionado por algo diverso do peso da vítima - (caso seja acionado pelo peso da vítima teremos enforcamento).

3º Esganadura – ocorre quando há a constrição cervical pelas mãos.

Ainda sobre o infanticídio é muito importante a realização de perícia na mãe assim como no feto. A perícia de um não exclui a do outro.

DICA DE PROVA - Muitas provas já cobraram:

“Nos casos de infanticídio não é necessária a perícia do feto quando se prova que a mãe estava sob influência do estado puerperal”.

ERRADO. A perícia do feto deve ser realizada e é de suma importância, pois confirma se o feto nasceu com vida ou não. A situação de feto nascido morto não configura infanticídio. Ambos os exames são imprescindíveis.

Na perícia da mãe dar-se-á importância ao exame somatopsíquico.

➤ Exame somatopsíquico da puérpera

- ✓ A existência de parto **RECENTE*** - cuidado as provas costumam trocar por antigo.
- ✓ As condições em que o parto ocorreu: se **angustiante, doloroso;**
- ✓ Se a puérpera tem **lembrança ou simula ignorar o ocorrido** – quando ela finge que esqueceu não estamos diante de uma verdadeira infanticida.
- ✓ Se a puérpera **tente esconder o cadáver do filho** – ou se chamou socorro.
- ✓ Se a puérpera é **portadora de antecedentes psicopáticos ou há indícios de outros transtornos mentais (inimputável?)** - Não estaremos diante de infanticida, mas sim de pessoa do art. 26 do CP, caso de inimputabilidade penal, que deverá ser estudado pela psiquiatria forense.



***Observação: parto antigo se configura infanticídio para a Medicina Legal?** NÃO, isso porque a Medicina Legal entende que o “logo após” é somente (em regra) até os primeiros cuidados da mãe com o filho.

A **verdadeira infanticida** é aquela que não simula o ocorrido e quando percebe o que fez se apavora e busca ajuda ou socorro, na tentativa de salvar a vida do feto.

➤ Exame do feto

No que diz respeito aos exames realizados no feto, é válido ressaltar que 04 expressões podem aparecer em prova:

- ✓ **Natimorto** – aquele que nasceu morto, portanto, não é o periciado no infanticídio vez que não tem relevância – poderia ser relevante em caso de crime de aborto, porém de infanticídio não.
- ✓ **Feto nascente** -
- ✓ **Infante nascido** -
- ✓ **Recém-nascido** – nomenclatura dada a criança desde os primeiros cuidados até o 7º dia de vida. Se a mãe mata o filho após a realização dos primeiros cuidados, não temos a situação de infanticídio, mas sim de homicídio. Para a Medicina Legal a morte nessa fase não é considerada infanticídio, vez que passou da fases dos primeiros cuidados e contatos.

Com isso:

- **Natimorto não está ligado ao infanticídio;**
- **Recém-nascido não está ligado ao infanticídio;**

Para a Medicina Legal quando o assunto é infanticídio temos somente como admissível de figuração:

- ✓ **Feto Nascente:** aquele cuja morte ocorreu durante o parto e não houve efetiva respiração. Logo que se iniciou o parto a mãe matou o próprio filho. Sendo assim o Feto nascente é objeto passivo do crime de infanticídio.



- ✓ **Infante nascido:** aquele cuja morte ocorreu logo após o parto e houve a ocorrência de respiração. O feto que chegou pelo canal do parto, respirou, mas não recebeu nenhum cuidado da mãe. Com isso temos que o infante nascido também é sujeito passivo do crime de infanticídio.



Feto
e
Infante

Nascente
Nascido

– sujeitos passivos do crime de infanticídio – terão as seguintes características:

252

- ✓ **Estado sanguinolento** – pele ainda recoberta de sangue, vez que não recebeu os primeiros cuidados.
- ✓ **Vernix caseosum** – material branco que recobre o feto ao nascer e serve para proteger a pele que está em contato com a água.
- ✓ **Cordão umbilical** – ainda tem o cordão umbilical preso na maioria das vezes.
- ✓ **Presença de mecônio** – conteúdo intestinal do feto, ou seja, ele se apresenta “sujo”, pois não recebeu cuidados.
- ✓ **Respiração autônoma** – necessidade de realização de exames que comprovem a respiração autônoma.

➤ Provas de Vida Extrauterina

Docimásias (dokimos = “eu provo”) = método de prova para verificar se houve ou não respiração.

Sobre o tema temos Docimásias Pulmonares e Docimásias Extrapulmonares. As mais frequentes são as Docimásias Pulmonares e dentre as várias a mais importante é a conhecida como “Docimásia de Galeno” – Docimásia Hidrostática Pulmonar de Galeno.



Docimásia Hidrostática Pulmonar de Galeno – Prova de respiração autônoma.

É a mais cobrada em provas, porque é a mais simples, a mais fácil, a mais usada e a mais classicamente descrita na Medicina Legal como prova de respiração autônoma.

Em que se baseia?

Na densidade em água dos pulmões com ou sem respiração.

Densidade:

- Pulmão de uma pessoa que respirou: está cheio de ar – ao jogá-lo na água ele consequentemente irá boiar, flutuar, porque está cheio de ar e terá menor densidade que a água.
- Pulmão de uma pessoa ou feto que não respirou: não está cheio de ar na água – estará denso, fechado, sem ar - consequentemente irá afundar.

Em linhas gerais e superficiais a Docimásia de Galeno irá se basear no fato do pulmão examinado afundar ou flutuar, em decorrência da densidade desde em relação à água, indicando e se houve ou não respiração.

Fases da Docimásia de Galeno:

O exame em questão se apresenta em 04 fases:

253

1ª Fase



1ª fase positiva: bloco cardio-respiratório, língua e timo

Na primeira fase se retira pedaços do pulmão, do coração, da língua, enfim, de tudo o que se encontra na via superior do feto até o conteúdo do tórax, colocando tudo em um recipiente com água.

Positiva - Se os pedaços flutuarem é porque houve respiração.

Sendo a primeira fase positiva acabou a realização de provas, vez que houve respiração efetiva.

Negativa - Noutro giro, se os pedaços afundarem passa-se para a 2ª fase.

2ª Fase



2ª fase positiva: separam-se os pulmões do bloco

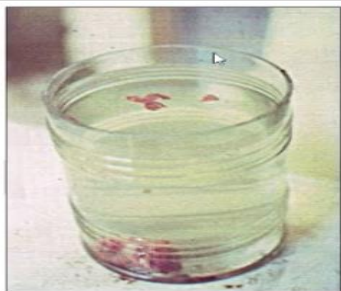
Na 2ª fase retiram-se os pulmões dos restantes dos órgãos.

Positiva - Se os pulmões flutuarem, 2ª fase será considerada positiva e com isso houve respiração.

Negativa - Se os pulmões continuarem no fundo do frasco passa-se para a 3ª fase.



3ª Fase



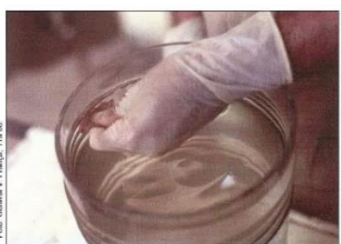
3ª fase positiva: cortam-se fragmentos dos pulmões

Na 3ª fase cortam-se os pulmões em pequenos pedaços, em pequenos fragmentos.

Positiva – se flutuarem é porque houve respiração precária e a fase considera-se positiva.

Negativa – se os pedaços continuarem no fundo frasco passa-se para a 4ª fase.

4ª Fase



4ª fase positiva: comprimem-se os fragmentos pulmonares – desprendimento de finas bolhas gasosas

Na 4ª fase comprimem-se os fragmentos do pulmão e avaliam se houve o desprendimento de finas bolhas gasosas.

Positiva – houve respiração.

Negativa – não houve respiração.

Sobre o assunto as provas costumam cobrar o entendimento da 1ª e 2ª fases, isso porque as “fases do meio” – 2ª e 3ª são às vezes um pouco variáveis.

Para tanto, é necessário que saibamos:

1ª Fase Positiva: respiração efetiva – com isso podemos interromper a prova da Docimásia.

Apenas 4ª Fase Positiva: a prova é considerada duvidosa e, portanto, deve ser realizada outra prova.

Até quando podemos nos utilizar da Docimásia de Galeno?

A Docimásia de Galeno só pode se utilizada ATÉ **24 horas de morte**. Isso porque após esse período já temos o início da putrefação e com isso o início da produção de gases. Ressalta-se que a fase gasosa da putrefação não tem marco de início bem definido, tanto é que a coloração póstuma de Brouardel pode ser percebida de 36 a 48 horas de morte – sendo assim a fase gasosa começa pouco tempo depois da fase cromática.

Nessa toada após 48 horas de morte e, em decorrência do início da fase de putrefação o pulmão caso seja objeto de exames como o da Docimásia de Galeno poderá flutuar, mas não em decorrência da existência de gases da respiração, mas sim pelo início da fase de putrefação. Tais circunstâncias irá fazer com que o resultado seja falso-positivo.

O que pode causar resultado falso-positivo na Docimásia de Galeno?

Duas circunstâncias:



1ª Circunstância - Docimásia de Galeno após 24 horas de morte – existência de gases da putrefação – prova a partir de 24 horas de morte;

2ª Circunstância – manobras de ressuscitação – a criança nasceu morta, mas os médicos como não tiveram certeza se havia algum resquício de vida, tentam fazer manobra de ressuscitação.

Obs: uma das manobras de ressuscitação, além da massagem cardíaca é a de fazer ventilação pulmonar, ou seja, é jogar ar para dentro do pulmão. (coloca-se a criança dentro do respirador e joga ar para dentro dela, visando reanimá-la).

Havendo essa manobra, no momento da prova, isso fará com que o pulmão flutue. Todavia essa flutuação ocorrerá por conta das manobras de ressuscitação e não em decorrência da respiração efetiva e natural do feto.

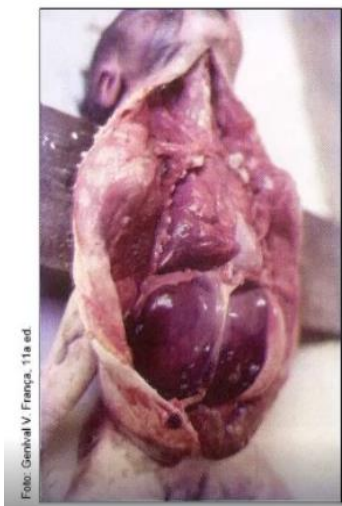
Com isso quando houver a possibilidade da existência da prova falso-positiva ou prova duvidosa, deve ser realizado o exame da Docimásia histológica de Balthazard.

Docimásia Histológica de Balthazard é a prova mais fidedigna para falar se houve ou não respiração de todas as Docimásias.

255

Qual seria então a outra prova a ser realizada nestes casos?

Seria chamada **Docimásia Histológica de Balthazard**.



(Exame histológico é exame realizado no microscópio). No microscópio podemos ver muito bem se o pulmão respirou ou não respirou – por alterações específicas que vemos somente no microscópio.

a) Docimásia óptica ou visual de Bouchut

Temos nesses casos a verificação de pulmões insuflados, com desenho alveolar evidente.

b) Docimásia diafragmática de Ploquet: diafragma horizontalizado.

Imagem 01 – diafragma horizontalizado indicando que houve a respiração do feto.

Obs: diafragma é o músculo que separa o tórax do abdômen. Se o feto (pulmão do feto) respirou o pulmão cresce, e com isso empurra o diafragma para baixo e com isso ficará em posição horizontal. Em situação oposta, se não houver respiração o pulmão do feto estará pequeno e com isso o diafragma se apresentará em forma de cúpula.



➤ Provas de vida extrauterina

- ✓ **Docimásia (dokimos = “eu provo”)** – pulmonares ou extrapulmonares
- ✓ **Docimásia Hidrostática pulmonar de Galeno**
- ✓ **Docimásia Óptica ou visual de Bouchut** – observação visual do diafragma
- ✓ **Docimásia Histológica de Balthazard** – mais fidedigna
- ✓ **Docimásia Gastrointestinal de Breslau** - Quando o feto nasce e tem as primeiras respirações, junto com a respiração engolimos ar e saliva. A Docimásia gastrointestinal é parecida com a de Galeno, contudo ao invés de utilizar pedaços de pulmão no teste, usam-se pedaços do intestino.
- ✓ **Docimásia Siálica de Sousa Dinitz** - Siálica= expressão oriunda da palavra saliva. Quando o feto nasce e tem as primeiras respirações, junto com a respiração engolimos ar e saliva. Se for encontrada saliva no intestino do feto é sinal que o mesmo deglutiu e, só se deglute saliva junto com o ar quem respirou. Com isso a presença de saliva no tubo digestivo seria a prova de que junto com a deglutição da saliva ouve também a respiração.

Todos esses testes podem ser considerados como provas fidedignas? NÃO.

A única considerada fidedigna para a Medicina Legal é a Docimásia Histológica de Balthazard.

Observação: Advertimos que existem ainda outras Docimásias, contudo essas são as principais.

256

Nesse momento finalizamos a apresentação de alguns pontos da Sexologia Forense no que diz respeito à Gravidez e o Parto, Crime de Aborto e Crime de Infanticídio. Contudo, pretendemos terminar a Sexologia Forense em um último tema que se envolve diretamente com a Psiquiatria Forense – vez que possui assunto afeto à imputabilidade penal em casos de Crimes contra a Dignidade Sexual (Transtornos Mentais da Sexualidade).

8. SEXOLOGIA FORENSE

Transtornos da Sexualidade Humana – Parafilias

Os transtornos da Sexualidade Humana também são conhecidos no meio médico e jurídico com a expressão PARAFILIA.

Parafilia – anseios, fantasias ou comportamentos sexuais recorrentes e intensos que envolvem objetos, atividades ou situações incomuns e causam sofrimento clinicamente significativo. São comportamentos tidos pela sociedade como anômalos.

- ✓ **Levar em consideração:** Variação cultural entre o que é socialmente aceitável



- ✓ **Importância médico-legal:** na avaliação dos crimes contra a Dignidade Sexual, Lesões Corporais, e até mesmo em casos envolvendo anulação de casamento por erro essencial quanto à pessoa do cônjuge.
- ✓ **Dificuldade:** reside na definição da eventual inimputabilidade ou imputabilidade penal.

ATENÇÃO – Muito cuidado com o tema da Parafilia. Trata-se de um assunto muito controverso e encontramos doutrinas contendo entendimentos cheios de questões conservadoras, preconceituosas e machistas. Contudo, não pode o candidato ir de embate às considerações conceituais – deve se ater ao que é considerado como Parafilias para a Medicina-Legal, mesmo que não concorde com as opiniões, dogmas e conceitos apresentados, pois na prova são esses institutos e entendimentos (conservadores e até absurdos) que são cobrados.

O candidato tem que ser nesse tema muito OBJETIVO, saber o conceito de cada uma das Parafilias mais trabalhadas.

Outro ponto importante a ser tratado é a diferenciação entre a **Parafilia** (transtorno da sexualidade tido como um distúrbio mental que merece tratamento psiquiátrico) e o **uso não patológico de fantasias sexuais**.

- Qual seria o ponto limite entre essas duas situações?
- Como deve ser abordada a questão do ponto de vista médico legal?

257

A Medicina Legal traz 04 requisitos para que possamos fazer essa diferenciação. Requisitos estes que nem sempre são tão claros, mas que podem ser objeto de cobrança em provas.

Requisitos de diferenciação da Medicina Legal para o enquadramento no diagnóstico de Parafilia:

- ✓ **O portador de uma verdadeira Parafilia normalmente tem uma situação de sofrimento significativo, intenso:**

Quando a doutrina trabalha esse ponto ela entende que o parafilico sabe que só consegue se satisfazer sexualmente por meio desse comportamento tido como ‘errado’ – anômalo pela sociedade – e sofre por causa disso. Para a Medicina Legal o parafilico preferiria ter um comportamento aceito, mas não consegue controlar a necessidade e satisfação em realizar comportamentos não aceitos. (Esse seria um primeiro ponto para se considerar que a pessoa precisaria de uma abordagem psiquiátrica)

- ✓ **Causar um prejuízo clinicamente significativo ao paciente:** como exemplo citamos a ocorrência de disfunções sexuais em decorrência desse comportamento:



- exigência de participação de outras pessoas sem a sua vontade (coação de outras pessoas sem o seu consentimento) no ato sexual;
 - ocorrência de complicações legais vez que a Parafilia faz com que a pessoa cometa atos tidos como ilícitos para o Direito Penal/Ordenamento;
- ✓ **O comportamento parafilico suscita interesse maior do que o próprio interesse sexual tido como “normal”** (entre aspas em decorrência da grande variação entre o que é aceitável ou não).
- ✓ **Sintomas da Parafilia são recorrentes e intensos:** e aqui um critério temporal – eles duram mais de 06 meses.

Esses seriam então os requisitos utilizados pela Psiquiatria Forense dentro da Medicina Legal para diferenciar dos demais comportamentos sexuais, um comportamento parafilico e que seja merecedor de tratamento e abordagem psiquiátrica.

Principais Nomes e Conceitos que podem aparecer relacionados com Transtornos da Sexualidade

- ✓ **Anafrodisia**
- ✓ **Frigidez**
- ✓ **Anorgasmia**

258

Vejamos a conceituação de cada um e suas características.

- ✓ **Anafrodisia:** condição sexual restrita ao HOMEM.
- ✓ **Frigidez:** condição sexual restrita a MULHER.
- ✓ **Anorgasmia:** condição sexual do SEXO MASCULINO.

Anafrodisia	Frigidez	Anorgasmia
HOMEM	MULHER	HOMEM
Contraponto da frigidez.	Contraponto da Anafrodisia.	A libido, o desejo sexual está preservado. O que não ocorre é o orgasmo.
Ausência, perda ou expressiva diminuição do instinto sexual.	Ausência, perda ou expressiva diminuição do instinto sexual.	A anorgasmia é a impossibilidade do homem alcançar o orgasmo embora ele tenha desejo sexual.



Principais causas: Orgânicas, glândulas, neurológicas.	Principais causas: psíquicas, ou seja, causas psicológicas de redução ou eliminação da libido (desejo sexual).	
--	---	--

DICA DE PROVA - Já caiu em prova (muito cobrado)

“O contraponto da frigidez é a Anorgasmia”

ERRADO. O contraponto da frigidez é a Anafrodisia.

Atenção as situações listadas acima **NÃO SÃO PARAFILIAS**, mas tão somente questões relacionadas com **Transtornos Sexuais**.

Parafilias em espécie

➤ Erotismo

No **homem** é chamado de SATIRÍASE.

Na **mulher** NINFOMANIA.

Trata-se de tendência abusiva de atos sexuais.

- ✓ Homem – ereções constantes, ejaculações repetidas.
- ✓ Mulher – insatisfação com o ato sexual. (Conceito conservador – a tendência abusiva de atos sexuais do homem levaria a mulher a insatisfação com o ato sexual).

Curiosidade: Ninfas – são figuras da mitologia grega que seriam entidades femininas que representam o poder fecundador da natureza.

DICA DE PROVA – Já caiu:

“A ninfomania por gerar insatisfação sexual com o ato sexual na mulher gera tendência abusiva aos atos sexuais e pode gerar o comportamento de prostituição”.

CORRETA. Absurdo, porém considerada pela Banca como afirmativa CORRETA.

➤ Autoerotismo

Também chamado de coito psíquico de Hammond.



- Gozo sexual sem a presença do (a) parceiro (a);
- Ocorrência de orgasmo sem a manipulação genital;
- Ocorre em homens e mulheres;
- Sinônimo = psicolagnia – coito psíquico.

➤ Onanismo

Também chamado de coito solitário de Onan

- Impulso obsessivo à manipulação dos órgãos sexuais
- Ocorre em homens e mulheres
- Onanismo X masturbação

Atenção: Masturbação não deve ser confundida com onanismo. Onanismo é uma coisa obsessiva compulsiva, em manipular os órgãos sexuais em qualquer lugar, a qualquer hora, na presença de qualquer pessoa. Trata-se de transtorno obsessivo.

➤ Erotomania

Também denominado como Mania amorosa, Delírio pelo amor sensual; Hipérbole do amor platônico idealizado. (cuidado com esses nomes).

- Ocorre em homem e mulheres
- Erotômano = quem é o verdadeiro erotômano?

Erotômano: Geralmente é um indivíduo casto, tímido, sem desejo carnal evidente e que idealiza a sua figura amada. Mas que não chega propriamente a cometer crimes sexuais.

O que pode acontecer é a ocorrência de atos ilícitos por partes do Erotômano relacionados à lesão corporal na tentativa de deixar a vítima feia, de causar deformidade permanente, queimaduras causticas (Vitriolagem). Sendo assim “normalmente” os erotômanos NÃO COMETEM crimes sexuais porque não possuem a libido exacerbada.

➤ Frotteurismo

Utilização de ambientes públicos para a prática de atos libidinosos sem o consentimento do outro.

Froter: aquele que se utiliza de ambientes públicos para realizar atos libidinosos.

Exemplo: aglomerações em transportes coletivos, shows, estádios, etc..

DICA DE PROVA – Caiu recentemente em prova:



“Em determinado Estado do Brasil foi instalado no sistema de transporte por metrô vagões rosas destinados especificamente às mulheres, visando impedir a ocorrência de abusos através de atos sexuais libidinosos em transporte coletivo urbano. O ato que visa ser evitado é:

- a)
- b)
- c) Frotteurismo
- d)

SE LIGA - Posicionamento Doutrinário Divergente – Único e exclusivo

Atenção: muito cuidado com Hygino de Carvalho Hércules nesse tema !!!!

Frotterismo possui o conceito e as características apresentadas acima, contudo Hygino de Carvalho Hércules – **em uma posição absolutamente minoritária, ou seja, só ele** – entende e defende que como ‘frotteur’ vem da palavra francesa que significa fricção, atrito – o **Frotteurismo ocorreria apenas em reações homoafetivas femininas por meio do contato da vulva com a vulva.**

Somente Hygino pensa e defende essa ideia. Sendo assim se a Banca trazer essa denominação podemos a depender da circunstância considerar como afirmativa correta, vez que a banca poderá estar utilizando como referencia bibliográfica a obra de Hygino.

261

➤ Voyeurismo

- Observacionismo, mixoscopia, escopofilia;
- Prazer erótico despertado por observar atitudes sexuais de terceiros
- Comum -
- Ocorre em homens e mulheres;
- Possui duas formas:
 - Mixoscopia Ativa: prazer sexual em observar terceiros tendo contato sexual.
 - Mixoscopia Passiva: prazer sexual em ser observado por outros enquanto realiza o ato sexual.

➤ Fetichismo

Prazer com partes do corpo ou objetos inanimados, incluindo vestes.

Obs: se o fetichismo for pelos pés (uma atração, um prazer sexual obsessivo pelo contato com os PÉS ou SAPATOS) teremos um nome específico: **Retifismo**.



➤ Pigmalionismo

Atração sexual por estátuas

Curiosidade: nome oriundo da história da mitologia grega do escultor Pigmaleão, que esculpiu uma estátua deu o nome para ela de Galatéia e se apaixonou pela estátua. Posteriormente a Deusa Afrodite deu vida à estátua para que essa pudesse viver seu amor com Pigmaleão.

➤ Dolismo

Atração sexual por bonecas e manequins.

A expressão Dolismo vem da palavra inglesa Doll – que significa boneca

ATENÇÃO: Lembrando que para que essas situações sejam consideradas como Parafilias, devem ser compulsivas, que causem sofrimento.

➤ Pedofilia

Atração sexual por crianças ou menores pré-púberes (antes da puberdade) e de qualquer sexo.

Considerada como perversão grave, causadora de crimes de estupro de vulneráveis.

262

➤ Gerontofilia

Presbiofilia ou Crono-inversão.

Atração sexual obsessiva de indivíduos jovens por pessoas de excessiva idade. Não se trata de atração simplesmente de jovem por pessoas mais velhas. A Gerontofilia ocorre quando há uma atração EXCESSIVA por pessoas de IDADE EXTREMAMENTE AVANÇADA, que pode tipificar até o crime de estupro de vulnerável, se o idoso não conseguir oferecer resistência ao ato sexual.

➤ Riparofilia

Sinônimos: escatofilia, azolagnia

Mais comuns em homens

Atração sexual obsessiva por indivíduos sujos, desasseados, de muito baixa condição social e higiene.

➤ Urolagnia



Prazer sexual envolvendo a micção do outro.

➤ Coprofilia

Copro - Fezes

Prazer sexual envolvendo as fezes do outro ou de si mesmo.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:

“Pessoa que tinha prazer sexual específico em ter um ato sexual com sua companheira, e esta havia passado por procedimento cirúrgico de intestino e que estava, devido à retirada de um pedaço de seu intestino com uma bolsa de colostomia. O seu desejo estava relacionado a ter o contato com o orifício da bolsa de colostomia que estava suja de fezes”.

Apareceu na prova como uma situação de Coprofilia.

➤ Edipismo

Tendência ao incesto: atração do filho pela própria mãe.

➤ Electrismo

Tendência ao incesto: atração da filha pelo próprio pai.

➤ Bestialismo

Sinônimos – Zoofilia, Zoofilismo, Zoorastia ou “coitus bestiarum”- coito com animal

Prazer sexual por animais.

Ocorrem em homem e mulheres.

➤ Vampirismo

Forma rara de transtorno da sexualidade.

Satisfação erótica na presença de sangue ou hemoderivados.

Ocorre em homens e mulheres

A pessoa portadora da Parafilia pode até cometer crimes, matar, pode estar ainda se envolver em algumas situações relacionadas com a necrofilia, com cadáveres, com sangue, etc.

DICA DE PROVA

ATENÇÃO: Genival Veloso de França tem uma frase em seu livro que pode aparecer em prova (como já ocorreu em prova de Médico Legista):

A Preferência de atos sexuais com mulheres menstruadas pode ser configurar Vampirismo ou Riparofilia (considera a mulher menstruada como suja, desasseada).



Se aparecer exatamente essa situação e a Banca utilizar o livro de França como referência bibliográfica a afirmativa estará CORRETA.

➤ Necrofilia

Prazer sexual com cadáveres ou em locais relacionados a estes

O parafilico pode matar para ter acesso ao cadáver

Crimes relacionados: homicídio, violação de sepultura, destruição, subtração ou ocultação de cadáver, vilipêndio a cadáver.

Atenção: aparecendo a necrofilia clássica é fácil de acertar na prova. Contudo, muitas vezes pode aparecer em questões uma Pseudo Necrofilia.

Pseudo Necrofilia: quando a pessoa não tem o contato com o cadáver, ela tem uma preferência sexual anômala (tida como anômala – obsessiva, que dura mais de 06 meses), com situações que “lembra a morte”.

DICA DE PROVA: Já caiu em prova:

Indivíduo que tinha prazer sexual em sua parceira ou sua esposa, mas que para isso ocorresse ele pedia para que ela passasse gelo no corpo (para ficar gelada) e ainda que ficasse parada com as mãos cruzadas sobre tórax.

Pseudo Necrofilia e não Necrofilia – saber distinguir.

➤ Sadismo

Prazer sexual com o sofrimento não consensual do parceiro.

Algolagnia ativa – causar a dor no parceiro.

➤ Masoquismo

Prazer sexual somente é obtido com o próprio sofrimento, físico ou moral.

Algolagnia passiva – receber a dor.

➤ Asfixiofilia

Sinônimos: Hipoxifila ou Autoestrangulamento erótico.

Prazer sexual obtido por meio da privação do oxigênio.



Pode levar a morte por acidente.

Morte por acidente: AAD – Accidental autoerotic death – Morte Acidental Auto erótica.

A morte quando ocorre nesses casos, não é considerada como suicídio, mas sim como morte accidental.

Causa jurídica da morte: Acidental e não verdadeiro suicídio.

Curiosidade - características da Asfixia

Asfixia tem várias fases:

1ª Fase: descrita a sensação de zumbido no ouvido, alucinações visuais, de visões de elementos luminosos e aumento do prazer sexual, inclusive com ereção peniana. Sendo assim muitas vezes as pessoas se colocam nessa 1ª fase da asfixia para ter o aumento do prazer sexual.

O problema é que a da 1ª para a 2ª fase a passagem pode ocorrer de forma muito rápida e na 2ª fase temos a ocorrência de convulsões e perda de consciência. Nesse sentido o agente pode não conseguir retirar o laço cervical a tempo e acabar morrendo.

Mas vejamos que a pessoa não quis se matar, não houve autoextermínio, foi um acidente.

Temos nesse caso outra situação que a Medicina Legal considera como Suicídio Acidente. (pode aparecer em prova como acidente masturbatório).

➤ Andromimetofilia

Atração que o homem tem por mulher, mas a mulher deverá estar vestida como homem e se comportando como homem durante a relação sexual, enquanto ele se comporta como mulher.

➤ Ginemimetofilia

Mulher que sente atração por homem, mas o homem deverá estar vestido de mulher e se comportando como mulher durante a relação sexual, enquanto ela se comporta como homem.

9. Psiquiatria Forense

➤ Imputabilidade Penal

Imputabilidade para a Medicina Legal

A Imputabilidade Penal é algo de atribuição pericial e será definida em Perícias Psiquiátricas.



Nesse sentido temos que a Psiquiatria Forense e a Psicopatologia Forense servem para a definição de imputabilidade, inimputabilidade ou semi-imputabilidade penal. Lembrando ainda que o tema se trata dos elementos da culpabilidade e encontra-se dentro da Teoria do Crime no 3º substrato. (1. Tipicidade – 2. Ilicitude – 3. Culpabilidade).

Imputabilidade X responsabilidade

- **Imputabilidade** – condição de quem é capaz de realizar um ato com pleno discernimento. É atribuição pericial. É o perito que avalia através de perícia psiquiátrica se a pessoa praticou determinado ato com a capacidade de ter pleno discernimento e de compreender o caráter ilícito da conduta praticada.

Trata-se de um fato subjetivo, psíquico e abstrato – é o entendimento, o discernimento do agente.

- **Responsabilidade** – é uma atribuição judicial.

Temos que a responsabilidade é a consequência jurídico-penal aplicada em quem cometeu um ato, em decorrência da transformação de um fato subjetivo/psíquico/abstrato que é considerado como ilícito.

Inimputabilidade não pode ser presumida!

A inimputabilidade é exceção, portanto, deve necessariamente ser matéria de prova (comprovada) mais especificamente temos a inimputabilidade como objeto de perícia psiquiátrica (exame de sanidade mental e depois perícia de cessação de periculosidade).

260

Inimputáveis

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por DOENÇA MENTAL ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, INTEIRAMENTE INCAPAZ de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Percebam com o texto da lei e com os destaques realizados, que a chave para a interpretação do artigo é a expressão DOENÇA MENTAL (situação psíquica que faz com que o agente seja inteiramente incapaz de ter algum entendimento).

O *caput* é, portanto, diferente do parágrafo único. Este último não trata de doença mental, mas de PERTURBAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. Nesse contexto podemos também podemos mencionar aqueles com o desenvolvimento mental incompleto.

Redução de pena

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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

A Doença Mental encontramos no *caput*, já Perturbação de Saúde Mental está no parágrafo único, são, portanto, coisas/situações diferentes.

Na prova de Medicina Legal doença mental configura inimputabilidade, perturbação da saúde mental configura semi-imputabilidade. Vejam que estamos diante de transtornos psiquiátricos distintos.

Atenção 1: desenvolvimento mental incompleto poderá configura as duas situações: inimputabilidade ou semi-imputabilidade.

Atenção 2: Desenvolvimento Mental Incompleto é sinônimo de Desenvolvimento mental retardado ? NÃO.

- ✓ Desenvolvimento Mental incompleto – quem ainda não completou o desenvolvimento mental – crianças, por exemplo. Quem tem o desenvolvimento mental incompleto ainda pode completar o desenvolvimento mental.
- ✓ Desenvolvimento Mental Retardado – é aquele que não vai completar o desenvolvimento mental, ainda que se atinja determinada idade. Já foi no passado denominado como Oligofrenia (Retardo Mental).

67

Avaliação da Inimputabilidade Penal

Para avaliar a Inimputabilidade Penal são observados **03 critérios básicos**:

- **Critério Biológico Puro:**
- **Critério Psicológico:**
- **Critério Misto:** Biopsicológico (e alguns autores colocam um critério social).

Qual desses critérios mencionados é o critério adotado pelo Código Penal?

Regra: Nosso ordenamento jurídico adotou o critério BIOPSICOLÓGICO de avaliação de inimputabilidade, em regra. Portanto, em uma única situação de exceção, nós adotamos no Brasil o critério biológico puro que é o caso que envolve os menores de 18 anos.

Exceção: O menor de 18 anos é inimputável e ponto! Isso ocorre por escolha do legislador, por conta de política criminal, sendo assim, não se discute se o menor entendia ou não entendia o caráter ilícito do fato.

DICA DE PROVA – Se aparecer a palavra Biopsicossocial está ERRADO.

O critério correto é o BIOPSICOLÓGICO.



Diante das circunstâncias apresentadas, se adotamos o critério Biopsicológico para a avaliação da imputabilidade penal iremos utilizar questões psicológicas e questões biológicas.

Critério psicológico

“É a alteração do estado e da capacidade de entendimento do agente.”

(Genival V. de França)

“Cabe ao examinador saber se ao momento do delito o agente era capaz de ter entendimento da ilicitude de seu ato”.

(Hygino Hercules)

Observe que em ambos os esclarecimentos o entendimento figura como peça chave para a averiguação da situação mental do agente.

No componente psicológico do critério Biopsicológico estamos falando de entendimento somado à capacidade de autodeterminação, ou seja, verificação se o agente entende o caráter ilícito do fato e consegue 268 comportar-se de acordo com esse entendimento.

Com isso temos que o entendimento e a autodeterminação estão dentro da avaliação psicológica.

Por outro lado os componentes biológicos do critério Biopsicológico podem vir na prova como modificadores biológicos da imputabilidade penal.

E quais seriam os modificadores biológicos da imputabilidade penal?

Modificadores Biológicos da Imputabilidade Penal

- ✓ Idade
- ✓ Sexo
- ✓ Sono, Sonambulismo, Hipnotismo
- ✓ Emoção e Paixão
- ✓ Surdo-mudez



- ✓ **Doença mental** – art. 26, *caput* do CP
- ✓ **Perturbações da saúde mental** – Art. 26, parágrafo único - CP

Atenção: pode aparecer na prova – caso a banca adote como referência bibliográfica a obra de Hygino de Carvalho Hércules – alguns modificadores mesológicos da imputabilidade penal. Quando estivermos diante da palavra “mesológico” teremos a relação com o meio ambiente – de influência do meio ambiente no grau de entendimento e nos critérios de avaliação da imputabilidade penal.



Critérios Mesológicos da Imputabilidade Penal (H.C.H – Hygino de Carvalho Hércules)

Multidões - quando temos o comportamento de manada, comportamento influenciado pelo comportamento da multidão, por condições do meio.

Grau de civilização

Análise dos critérios biológicos da imputabilidade penal:

- ✓ **Idade** – a idade pelo art. 27 do Código Penal influencia na imputabilidade penal, para esse critério somente os maiores de 18 anos podem ser considerados como imputáveis. Lembrando que se trata de pura questão de política criminal, opção do legislador. Não se analisa entendimento.
- ✓ **Sexo** – exemplos de modificação da imputabilidade penal e responsabilidade penal em razão do sexo. Temos os crimes de aborto e infanticídio.

No aborto consentido temos uma pena menor para mãe em relação ao terceiro (é uma exceção a Teoria Monista da Pena) em razão do sexo ser um modificador. O mesmo ocorre nos casos de infanticídio em que a mãe poderá ter uma pena reduzida caso mate seu próprio filho, e o pai caso cometa o mesmo ato seja considerado como homicida comum.

- ✓ **Sono, Sonambulismo, Hipnotismo:** temos os casos de atos ilícitos cometidos em decorrência da privação de sono.

Casos de Sono

Quando a prova trazer hipnotismo, sonambulismo e, **principalmente sono**, iremos aplicar a Teoria da “*actio libera in causa*” – ação livre na causa. Com isso poderemos ter atribuição de responsabilidade penal diferenciada a atos cometidos por pessoas em privação de sono de acordo com a teoria mencionada.

Exemplo: 02 caminhoneiros que trafegam em rodovias em situação de privação de sono, e causam um acidente. Ocorre que eles a depender da situação poderão ter aplicação de responsabilidade penal diferenciada.

Mas como ?



Um exemplo seria se caso um deles dirigisse em privação de sono por escolha própria, e o outro estivesse sendo coagido por seu empregador a chegar ao destino no dia seguinte em determinado horário para a entrega da carga sob pena de ser demitido e não receber seu salário do mês.

Vejam que não é tão simples, haverá a necessidade de provas e um procedimento penal para apurar todos os fatos – trata-se de matéria afeta ao Direito Penal e Processo Penal.

Contudo, de pronto, já podemos perceber que as vontades dos agentes são nitidamente distintas. Nessa toada podemos ter a possibilidade de aplicação de penas diversas, isso porque o sono pode atuar como modificador da imputabilidade penal e sua responsabilidade.

Casos de Hipnotismo

Primeiramente é importante ressaltar que se trata de situação de muita controvérsia na doutrina médico-legal, muitos profissionais e autores entendem que ninguém pode ser hipnotizado na sua totalidade, já outros aceitam o hipnotismo.

Para a corrente que aceita que o ser humano poder sujeito de hipnotismo, os atos praticados pelo agente serão em decorrência de situação de automatismo e comando externo – ou seja, comando de terceiros.

Mesmo para aqueles que aceitam a existência do hipnotismo – e isso é pacífico - irão dizer que **270** hipnotismo não altera a imputabilidade penal.

Resumindo: mesmo aqueles que aceitam o hipnotismo, estes entendem que o hipnotizado pode realizar atos do comando externo de forma automática, mas quando esse comando externo determina que se realize atos contrários aos seus valores morais ele interrompe a conduta. Sendo assim até para os adeptos da corrente da existência e influencia do hipnotismo caso o agente cometa ato em suposto estado de hipnotismo ele não terá a imputabilidade penal alterada. Isso porque se presume que no momento do cometimento do ato ilícito o hipnotizado barra inconscientemente o comando externo por sua própria estrutura de valor moral.

Cometendo o ato ilícito o hipnotizado responderá por ele – hipnotismo não altera a imputabilidade penal.

Casos de sonambulismo

Ao contrário do hipnotismo e na mesma linha do sono, os casos de sonambulismo podem alterar a imputabilidade penal. No sonambulismo também teremos atos cometidos de forma automática (automatismo) com amnésia.

Vale mencionar que existe um tipo de hipnotismo descrito na doutrina médico-legal como possibilidade de modificação da imputabilidade penal, o **‘Sonambulismo Epilético e Crepuscular’** –



sonambulismo completo em que se tem um automatismo real e a amnésia das ações. Nesses casos se o agente cometer ato ilícito em estado de sonambulismo epilético e crepuscular ele “poderá” (não é certeza) ter alterada sua consciência e com isso influenciar na a imputabilidade penal.

Resumindo:

Das 03 (três) situações apresentadas: Sono, Hipnotismo E Sonambulismo a única que **não altera a imputabilidade penal é o ‘Hipnotismo’**, as demais poderão alterar a responsabilidade e consequências penais atribuídas ao indivíduo.

✓ Emoção e Paixão

Art. 28 – Não excluem a imputabilidade penal

I – a emoção ou a paixão;

O art. 28 do CP deixa claro que a regra geral é a de que a emoção ou a paixão, não excluem a imputabilidade penal, isso porque se aplica a Teoria da “*actio libera in causa*”. A ideia trazia pela teoria é a de que pessoas que se colocam em situação de emoção e paixão sabem que estas podem dominá-las e mesmo assim se colocam nessas condições e com isso assumem a responsabilidade de seus atos.

Não obstante a adoção da “Teoria da *actio libera in causa*” para os casos envolvendo emoção e paixão, devemos mencionar que a existência de situações que atenuam a pena podendo estas se encaixar tanto nos casos das atenuantes gerais como nos das atenuantes específicas. A grosso modo, a depender do caso concreto, mesmo agindo sobre emoção e paixão o agente poderá ter sua pena reduzida.

As atenuantes Gerais estão previstas no art. 65, inciso III *alínea “c”* e as Específicas nos art. 121, §1º e 129, §4º todos do CP:

Atenuantes Gerais – Art. 65, inciso III, alínea “c” do Código Penal:

Art. 65 - São circunstâncias que sempre atenuam a pena: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - ser o agente menor de 21 (vinte e um), na data do fato, ou maior de 70 (setenta) anos, na data da sentença; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - o desconhecimento da lei; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

III - ter o agente: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

a) cometido o crime por motivo de relevante valor social ou moral;

b) procurado, por sua espontânea vontade e com eficiência, logo após o crime, evitar-lhe ou minorar-lhe as consequências, ou ter, antes do julgamento, reparado o dano;

c) cometido o crime sob coação a que podia resistir, ou em cumprimento de ordem de autoridade superior, ou sob a **INFLUÊNCIA DE VIOLENTA EMOCÃO**, provocada por ato injusto da vítima;



- d) confessado espontaneamente, perante a autoridade, a autoria do crime;
- e) cometido o crime sob a influência de multidão em tumulto, se não o provocou.

Atenuantes Específicas - Art. 121, §1º do Código Penal

Homicídio simples

Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

Caso de diminuição de pena

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, **OU SOB O DOMÍNIO DE VIOLENTA EMOÇÃO**, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Art. 129 do Código Penal

Diminuição de pena

§ 4º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de **VIOLENTA EMOÇÃO**, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

DICA DE PROVA – Como pode aparecer na prova de Medicina Legal:

“A emoção e a paixão não excluem a imputabilidade penal ou atenuam a pena”.

CORRETA. Isso porque em regra não excluem, mas podem atenuar a pena, portanto, podem sim modificar a imputabilidade penal de forma excepcional, nos casos das atenuantes gerais e específicas previstas respectivamente nos artigos 65, III alínea “c”; 121, §1º e 129 §4º todos do Código Penal.

✓ Surdo-mudez

O surdo-mudo é inimputável somente pelo fato de ser surdo-mudo? NÃO.

A surdo-mudez é condições insuficiente, por si só, para caracterizar inimputabilidade penal. A análise do indivíduo e suas condições devem ser observadas caso a caso pela psiquiatria forense.

O surdo-mudo pode ser considerado imputável, semi-imputável ou inimputável, a depender da situação clínica que se encontre. Deverá ser levado em consideração o entendimento e a autodeterminação do agente no momento da conduta e se estes possuem ligação com a deficiência.



Em virtude dessas considerações o simples fato do agente ser surdo-mudo não exclui a imputabilidade penal.

DICA DE PROVA – Já caiu em prova:

“A surdo-mudez descaracteriza a priori a confissão, o depoimento, o testemunho e altera a imputabilidade penal.”

ERRADO. Se assim fosse estaríamos admitindo que o surdo-mudo pelo simples fato de ser surdo e mudo ele não tem discernimento (grande preconceito e exclusão), e para, além disso, estaríamos que este seria então inimputável e incapaz de testemunhar, de confessar, etc..

✓ **Doença mental – art. 26, caput do Código Penal.**

✓ **Perturbações da saúde mental – Art. 26, parágrafo único – Código Penal.**

✓ **Doença Mental x Perturbação da Saúde Mental**

São as principais situações que causam maior dúvida e polêmica em Medicina Legal.

DOENÇA MENTAL	PERTURBAÇÃO DA SAÚDE MENTAL
▪ Art. 26, caput do CP. ▪ Inimputabilidade Principais condições que configuram doença mental para a doutrina da Medicina Legal: ✓ Psicoses ✓ Demências ✓ Epilepsia* Aqui temos questões divergentes. Essas três condições são colocadas por Hygino de Carvalho Hércules, como exemplos de Doença Mental. Mas temos uma polêmica com relação à epilepsia. <u>Divergência doutrinária</u> Epilepsia* - para Hygino de Carvalho Hércules existe uma condição chamada de “Psicose Epiléptica” que pode configurar a inimputabilidade penal. Ele entende que a epilepsia é uma doença neuropsiquiátrica. O problema se instala no momento em que o restante da	273 ▪ Art. 26, paragrafo único do CP. ▪ Semi-imputabilidade Principais condições que configuram Perturbação da Saúde Mental para a doutrina da Medicina Legal: ✓ Transtornos da Personalidade (que atualmente são chamados de TP, e que no passado eram conhecidas como psicopatias) – Obs: o nome psicopatia não é um nome usado hoje dentro da Medicina, mas pode aparecer em provas. <u>Importante entender:</u> Psicose e Psicopatia – psicose e psicopatia NÃO SÃO AS MESMAS COISAS. Psicoses e psicopatias são doenças diferentes: - Psicoses são doenças mentais, são situações mais graves de transtornos mentais e que <u>retiram a compreensão do caráter ilícito do fato na fase aguda</u> - na fase de crise – e podem gerar a inimputabilidade penal.



doutrina entende que a epilepsia é uma doença neurológica - doença em que a pessoa tem convulsões repetidas - e, com isso a mera ocorrência de convulsões não é doença psiquiátrica não fazendo com que a pessoa perca o entendimento. São simplesmente situações de convulsões e que podem ser controladas com medicamentos.

Como exemplo de discordância de Hygino de Carvalho Hércules, temos **Genival Veloso de França** que afirma que epilepsia não configura imputabilidade penal.

Temos então posições radicalmente opostas sobre a mesma doença.

Nesse caso, indicamos muita atenção com esse tema e que estejam atentos a qual referência bibliográfica a Banca está adotando.

Dica de ouro: Bancas do Rio de Janeiro costumam cobrar o entendimento de Hygino. Sendo assim a epilepsia seria causa de inimputabilidade.

Em estados como Minas Gerais que normalmente se utilizam das obras de Genival Veloso de França como referência NÃO TEMOS a epilepsia como causa de inimputabilidade.

▪ Distúrbio grave da percepção

Psicoses – podem se apresentar de forma agudas ou crônica.

- **Aguda:** a que aparece como principal psicose aguda nas provas de Medicina Legal, como configuradoras de inimputabilidade penal é a ALUCINAÇÃO AGUDA POR INTOXICAÇÃO POR LSD. (LSD – droga de maior poder alucinógeno – já estudamos).

- **Psicopatias** são perturbações as saúde mental, forma mais leve de transtornos mentais e que não retiram completamente o entendimento da ilicitude do fato.

O psicopata sabe que o que ele está fazendo é errado, ele simplesmente não sente culpa nem remorso, não possui afetividade, age de forma cruel.

A questão é que na psicopatia podemos não ter capacidade de autodeterminação, e é justamente essa situação que coloca as pessoas maculadas por esse transtorno no rol dos Semi-imputáveis a dependem do caso concreto.

Dica de ouro: as provas irão colocar muitas vezes psicose e psicopatia como sinônimos, MAS NÃO SÃO, são situações completamente diferentes como vimos acima.

▪ Psicopatia:

Psicopatia – a psicopatia por sua vez, como dito anteriormente são perturbações da saúde mental e não doença mental. São, portanto, mais leves, mas que alteram de certa forma a situação mental do indivíduo, mas não levam a completa privação dos sentidos, não levam a completa retirada de capacidade de entendimento.

Com isso não se enquadram num quadro grave de doença mental que suprime totalmente a percepção os sentidos, o afeto, etc.



- **Crônica:** nas psicoses crônicas temos um grupo de doenças e dentro dele temos a ESQUIZOFRENIA, e pode configurar inimputabilidade penal.

- ✓ **Demências**
- ✓ **Epilepsia***

➤ **Análise das Síndromes Clínicas – DOENÇAS MENTAIS**

○ **Epilepsia**

Sinônimo de síndrome convulsiva – convulsões.

Há a alteração da capacidade civil, a priori? NÃO.

E da imputabilidade penal? NÃO

A simples existência do diagnóstico de epilepsia por si só não altera a capacidade civil ou resulta na alteração da imputabilidade penal. Todavia, para Hygino de Carvalho Hércules, podem ter formas – de epilepsias – que configurem a inimputabilidade, para Genival Veloso de França não. Genival defende que epilepsia é doença neurológica e considerar um epilético como inimputável seria desarrazoado.

○ **Esquizofrenias**

Correspondem a um grupo de doenças – grupo de patologias. A forma mais grave desse grupo seria a Esquizofrenia Paranoide.

O grande problema das esquizofrenias reside na questão que envolve a definição da imputabilidade penal.

Como forma de psicose crônica capaz de configurar inimputabilidade penal, temos a Paranoide – que é a forma mais grave de esquizofrenia.

DICA DE PROVA – se aparecer a expressão Esquizofrenia Paranoide podemos considerar que esta pode configurar a inimputabilidade penal, vez que é a forma mais grave de apresentação da esquizofrenia e pode retirar totalmente a iniciativa, a afetividade do indivíduo.

Registre-se que existe uma tríade (de condições e sintomas) nas esquizofrenias paranoides que servem para auxiliar na configuração ou não da inimputabilidade penal.

Tríade - Perda de Afetividade, Perda de Iniciativa e Associação Extravagante de Ideias.



➤ Análise das Síndromes Clínicas – PERTURBAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

○ Transtornos da personalidade (no passado chamado de Psicopatias)

Os portadores de transtornos da personalidade são considerados inimputáveis a priori?

NÃO. Prova disso é que inserção do transtorno no parágrafo único do art. 26 do CP e não no *caput*.

Quando falamos em transtornos de personalidade não estamos lidando com a existência de doença mental, mas tão somente com quadros de perturbação da saúde mental.

Devem ser considerados imputáveis, em regra geral? SIM, e isso ocorre porque “em regra” o psicopata conhece o caráter ilícito da conduta praticada, o que não tem presente são os aspectos subjetivos, como afeto, remorso, culpa, aspectos estes que influenciam em sua autodeterminação.

Genival Veloso de França defende – acompanhado da doutrina majoritária – que as psicopatias devem ser avaliadas sobre o prisma da semi-imputabilidade penal – conforme dispõe o art. 26, parágrafo único do CP.

○ Transtornos bipolares do humor

O indivíduo que é bipolar possui as seguintes fases: fase de manias, fase de Hipomanias e fase de depressão. Trata-se, portanto, de um transtorno cíclico, onde o acometido fica passando por ciclos sucessivamente. 270

Fase das Manias: agitação, realização de grandes compras e negócios jurídicos mirabolantes, etc.

Fase da Hipomanias: fase mais calma, e que muitas vezes passa despercebida.

Fase da Depressão: onde pode ocorrer ter ideias suicidas, depressão, insônia, humor rebaixado, etc..

O Transtorno bipolar do humor não gera “em regra” inimputabilidade penal, não é considerada como uma doença mental e a doutrina médico-legal entende que o portador desse transtorno – quando comete um ato ilícito - deve ser avaliado sobre o prisma da semi-imputabilidade (no máximo), mas também pode ser considerado plenamente imputável.

DICA DE PROVA – já caiu em prova:

“O cometimento de crimes é comum ou não nos transtornos bipolares de humor?”

NÃO. Das questões referentes às síndromes psiquiátricas clínicas, no transtorno bipolar o cometimento de crimes é menos frequente.



Atenção: no passado o transtorno bipolar já foi chamado de “Psicose Maníaco-depressiva”. Atualmente não é mais chamado assim, isso porque o TRANSTORNO BIPOLAR NÃO É UMA PSICOSE. Com isso cuidado, o nome do passado era um nome errado, portanto, não confundir ou deixar-se influenciar por questões que utilizem a expressão antiga.

➤ Perícia Psiquiátrica

Tipos de perícia psiquiátrica

- Exame de Sanidade Mental
- Perícia de Cessação de Periculosidade

○ Exame de Sanidade Mental

No exame de Sanidade Mental avaliam-se a existência e o tipo de transtorno mental, o nexo de causalidade com o delito e as capacidades de entendimento e autodeterminação.

Se ficar configurado a existência de transtorno mental e o nexo causal o agente será considerado no exame de sanidade mental como inimputável. Sendo assim, teremos um transtorno mental incapacitante (que retirou o entendimento e a autodeterminação do agente) e devido ao nexo de causalidade fez com que este cometesse ilícito penal. 27

○ Perícia de Cessação de Periculosidade

Ao inimputável (diferentemente do imputável) será aplicada Medida de Segurança e a partir desse momento o agente deverá passar por periódicas perícias de cessação de periculosidade para avaliar o chamado “**Risco de Violência**” ou “**Risco de Reincidência**”.

Quando que é realizada essa perícia?

A perícia é realizada no fim do prazo mínimo de duração da Medida de Segurança.

Assim OBRIGATORIAMENTE, a perícia de cessação de periculosidade – para avaliar o risco de violência ou risco de reincidência criminosa da conduta de quem está cumprindo Medida de Segurança de Internação ou Tratamento Ambulatorial, em decorrência de sua consideração como inimputável – tem que ser realizada ao fim do prazo mínimo de duração da Medida de Segurança e, a partir daí será realizada anualmente ou por determinação judicial a qualquer tempo.



Cessada a periculosidade teremos a desisternação ou cessação do tratamento ambulatorial e a pessoa poderá ser totalmente reintegrada ao convívio social.

Ainda dentro da Psiquiatria Forense temos que analisar a avaliação médico-legal nos casos de fraude. Não raras vezes as pessoas simulam quadros psiquiátricos com a finalidade de obter tratamento mais benéfico através da inimputabilidade penal.

As perícias de avaliação médico-legal de fraude é tema afeto à **Psiquiatria Forense**.

Avaliação médico-legal dos quadros de fraude

- ✓ **Simulação**
- ✓ **Dissimulação**
- ✓ **Metassimulação**

Simulação - é a apresentação de sinais e sintomas falsos.

Dissimulação - é o contrário da simulação, ou seja, é a simulação negativa, é esconder os sintomas presentes. Trata-se de simular que não tem sintomas.

Metassimulação - exagerar sintomas existentes.

Atenção que todas as situações acima são atos conscientes e realizados com um objetivo específico, há interesses em fraudar. Isso diferencia esses atos de doenças mentais – em que não há essa consciência, em que não há diretamente esse interesse fraudulento.

✓ **Simulação**

Quais os sinais sugestivos de simulação?

Apresentação exagerada de sintomas incompatíveis e de sintomas sugeridos pelo médico.

Exemplo: tudo o que o médico questiona ao paciente ele sinaliza positivamente, ou seja, ele tem tudo o sugerido pelo médico – Tem dor de cabeça? Tem. Dor nos olhos? Tem. Fraqueza? Tem. Etc... Quando uma coisa não tem nada haver com a outra, mas o paciente sente tudo).

Ainda dentro de simulação, um ponto que cai muito em prova é a simulação de autolesão. Portanto, devemos saber as características de lesões simuladas e como diferenciá-las das lesões verdadeiras.



Imagem 01 e 02 – presença apenas de lesões superficiais (não causam cicatriz - normalmente são escoriações e não deixam marcas definitivas) simétricas, regulares, localizadas em áreas alcançáveis pelas mãos e menos sensíveis a dor.

Diante das características vistas é ainda importante pontuar que a autolesão é rara no dorso e nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, justamente pelo fato de se tratarem de locais de difícil acesso ao agente que se auto lesiona.

Vale mencionar ainda que a autolesão é impunível sobre o prisma da lesão corporal do art. 129 do Código Penal, mas poderão ser punidas quando cometidas com a intenção de obter de vantagens patrimoniais como estelionato, fraude a seguro, etc.

Avaliação médico-legal dos quadros de fraude

Ainda dentro do tema afeto às fraudes é necessário mencionar ao candidato a existência de alguns exames que permitem avaliar a dor.

Registre-se num primeiro momento que a perícia de dor é algo muito subjetivo – cada indivíduo sente dor de acordo com sua subjetividade. Todavia, uma das formas mais comuns de simulação é queixa dolorosa.

Dentro da temática os sinais periciais de dor costumam aparecer nessa parte psiquiátrica associada a avaliação médico-legal dos quadros de fraude. São eles:

Temos 04 sinais periciais de dor:

- ✓ **Sinal de Mankof* – pulso radial**
- ✓ **Sinal de Levi – pupilas**
- ✓ **Sinal de Muller – zona circular tátil**
- ✓ **Sinal de Imbert – pulso radial e dor em braço ou perna**

Sinal de Mankof – pulso radial

*mais importantes dos Sinais acima. (Cobrado em prova de PDC/MG).

Conta-se o pulso do paciente, em seguida comprime o lugar de dor – e conta-se novamente o pulso. Se o batimento cardíaco aumentar a dor é verdadeira, é real. Noutro giro, se o batimento cardíaco permanecer estável (igual), teremos simulação de dor.



Premissa para o exame: quando sentimos dor nosso coração bate mais rápido

Sinal de Levi – pupilas

Olha-se para a pupila do paciente, comprime o ponto de dor e analisa novamente as pupilas. Se a dor for verdadeira, real, as pupilas irão se contrair. Se as pupilas ficarem normais, teremos simulação.

Sinal de Muller – zona circular tátil

O paciente alega que está com dor em determinado local, o médico deverá desenhar um círculo ao redor da área indicada. Dentro dessa área se comprime a área dolosa e alternadamente vai comprimindo outra não dolosa dentro do mesmo espaço circulado. A dinâmica deve ser repetida várias vezes (local com dor, local sem dor, local com dor, local sem dor). O paciente não irá sentir diferença de dor nos locais comprimidos, caso esteja simulando, e com isso irá falar que todos os locais comprimidos estão doendo.

Sinal de Imbert – pulso radial e dor em braço ou perna

Conta-se o pulso do paciente. Se o paciente reclama de dor nos braços dá-se para o mesmo segurar um objeto bem pesado no braço “dolorido”, se a pulsação aumentar a dor é verdadeira, caso se mantenha nos mesmos padrões teremos simulação.

Nos casos de dor nas pernas, conta-se o pulso, e depois pede para que o paciente fique em pé com o peso corporal sobre somente aquela perna – ficar numa perna só. Se após a manobra a pulsação aumentar a dor é real, caso contrário, teremos simulação.

Veja que teremos a dor relacionada ou ao **aumento dos batimentos cardíacos ou a contração das pupilas**.

10. DICAS RÁPIDAS DE MEDICINA LEGAL

Visando trazer ao candidato que se prepara para o concurso tão almejado nós, do Manual Caseiro apresentamos nesse ultimo tópico dicas rápidas. O tópico tem o objetivo de trazer considerações e observações de profissionais distintos e suas análises quanto ao tema e que podem ser decisivos nas provas de Delegado de Policia.



É de conhecimento de todos que os concursos de Delegado de Polícia apresentam características peculiares e não se apresentam de forma uniforme em todos os Estados do Brasil. Para tanto, sinalizamos que o candidato deve estar atento a Banca que irá realizar o certame e se alinhar aos entendimentos dos autores adotados como referência bibliográfica.

➤ Considerações de Medicina Legal com base nos entendimentos de Roberto Blanco

Curiosidade:

Os peritos poderão trabalhar com VIVOS e com MORTOS. Assim poderemos ter no IML:

<u>Periciados vivos</u>	Serviço de Clínica Médico-Legal • Odontologia Legal • Psiquiatria Médico-legal • Oftalmologia Médico-legal • Otorrinolaringologia Médico-Legal • Radiologia Médico-Legal • Demais especialidades (...)
<u>Periciado mortos</u>	Serviço de Autópsias - (Necropsia)
Atenção :	No IML não trabalham peritos criminais, trabalham peritos legistas . <i>Mas como identificar se é Perito Legista ou Perito Criminal?</i> Simple. • <u>Pessoas Vivas:</u> Se estivermos falando de pessoa viva, ferida, inteira ou em partes , Instituto Médico Legal - IML. (Setor de Clínica Médica) • <u>Pessoas Mortas:</u> Se estivermos falando de cadáver humano, inteiro ou em partes, Instituto Médico Legal - IML. Perito Legista • <u>Coisas:</u> Agora, se não for pessoa, não for gente, estaremos diante de coisa: porta arrombada, janela quebrada, arma apreendida, carro batido - Instituto de Criminalística. Perito Criminal
	Então teríamos em tese a seguinte situação: • Pessoa - Instituto Médico Legal - Perito Legista • Coisa - Instituto de Criminalística - Perito Criminal CUIDADO !

281



	Quando estivermos diante de corpo morto (cadáver) encontrado em rua, ou seja, na cena do crime, o perito criminal irá realizar os primeiros exames e análises da cena e conseqüentemente do cadáver, todavia de forma superficial. (examinará mesmo que superficialmente, porque o exame mais aprofundado será realizado no IML, durante a Autópsia). <u>Assim, muito cuidado: perito criminal não faz autópsia !!!</u> (Todavia ele também examina o cadáver no local onde foi encontrado) PERINECROSCOPIA: • Peri - em volta • Necro - morto • Scopia- exame <i>Questão de prova:</i> Muitas bancas vem afirmando que o Perito Criminal nunca examina o cadáver. Errado, ele examina sim, mas examina o cadáver que fora encontrado no local do crime, local onde se está apurando a infração penal.
PERINECROSCOPIA	Exame feito em volta do morto.
	É exatamente isso que o perito criminal faz. Ele chega ao local (que em tese deverá estar preservado) e começa a examinar o local e o cadáver.
DIFERENCIAÇÃO	Laudo x Auto Laudo: trabalho mais rebuscado, com fotografias, referencias, consulta e entregue dias após. Prazo de entrega do Laudo: 10 dias Auto: exame, descrição, anotações, assinatura do perito e entrega ao destinatário imediatamente.

✓ Laudo x Auto

Auto de Exame de Corpo de Delito (vivo)	Quando é feito pelo Perito imediatamente, manuscrito ou digitado, concluído, assinado e entregue para a Autoridade Policial;
Auto de Exame Cadavérico (morto)	Obs: (será AUTO sempre que for feito na hora, redigido, escrito, digitado naquele momento em que o perito esteve no local)
Laudo de Exame de Corpo de	Quando o perito, verifica o local, anota, fotografa, grava



Delito (vivo)	e vai procurar referencias bibliográficas para que possa aprofundar o conhecimento sobre os pontos registrados e, somente posteriormente entregará a Autoridade Policial.
Laudo de Exame Cadavérico (morto)	Obs: (será LAUDO sempre quando elaborado com mais calma, mais cautela, quando mais rebuscado e aprofundado, sendo entregue a posteriori).

✓ **Prazo de entrega de Laudo:**

Obs - prazo de 10 dias - possibilidade de prorrogação

A lei estabelece um prazo para que esse documento (laudo) seja entregue - 10 dias.

Contudo, essa prazo poderá ser prorrogado, vez que as vezes o exame necessário para uma melhor elucidação é mais complexo, necessitando de um período maior de tempo para que se possa concluir todo o estudo sobre o caso em análise.

✓ **Questões de prova**

Questão de Prova - a autópsia nunca poderá ser feita antes de passadas 06 horas.

Errada. Quando houver certeza de que o corpo não tem mais vida, a autópsia poderá ser realizada a qualquer tempo.

Questão de Prova - mas e quando não houver certeza? Deve esperar 06 horas?

Não. Deve-se chamar o pronto socorro, atendimento de emergência para apurar a situação do corpo.

Questão de Prova - Que dia da semana pode ser feita a autopsia?

Qualquer dia, qualquer hora. (Lembrar que é diferente da exumação que deverá ser previamente agendada).

Que horas pode começar a autopsia?

A qualquer hora desde que os médicos tenham certeza de que a morte aconteceu.

✓ **Vestígios:**

Tudo aquilo que se refere ao delito e que pode ser observado através dos órgãos da percepção ou órgãos dos sentidos: **olhos, ouvidos, narinas, língua e pele (o maior órgão do corpo humano).**

Para Roberto Blanco:

Vestígios: Se pesa, se mede, se fotografa, se filma,

Indícios: É outra coisa

- **Indícios:** Racional - encarregado é o Delegado.

283



- **Vestígios:** Material - encarregado é o Perito, Medico legista, etc..

VESTÍGIOS – SÃO OBTIDOS COM A UTILIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS DA PERCEPÇÃO (ÓRGÃOS DOS SENTIDOS)
IDÔNEOS – SÃO VERDADEIROS, REAIS. CORRESPONDEM AOS FATOS OCORRIDOS.
INIDÔNEOS – NÃO CORRESPONDEM AOS FATOS REALMENTE OCORRIDOS:
ILUSÓRIOS OU CULPOSOS: FRUTOS DA IMPRUDÊNCIA.
FORJADOS OU CRIMINOSOS: SÃO DOLOSOS
INDÍCIOS – SÃO OBTIDOS COM A UTILIZAÇÃO DO RACIOCÍNIO A PARTIR DOS VESTÍGIOS OBTIDOS E DAS INFORMAÇÕES OU DECLARAÇÕES COLHIDAS.

✓ Perícias

TIPOS DE PERÍCIAS QUANTO AOS FINS:

1 - DE RETRATAÇÃO – PERCIPIENDI OU DESCRITIVA OU DIRETA – COMUM NA ELABORAÇÃO DE AUTOS OU LAUDOS. VISUM ET REPERTUM

2 - DE INTERPRETAÇÃO – DEDUCIENDI OU INDIRETA - PROMOÇÃO DE INDÍCIOS - DE OPINIÃO – OPINATIVA – COMUM NA ELABORAÇÃO DE PARECERES.

Diferenciação

Perícia - perícia de retratação

Parecer - perícia de interpretação

284

Pericias quanto ao tempo

Retrospectiva - 99% das perícias são de retrospectiva - já aconteceu vez que na maioria das vezes trata-se de perícias de fatos que já aconteceram. A maioria dos exames de corpo de delito cuida daquilo que já aconteceu.

Prospectiva - Para apurar fatos futuros. Cessação da periculosidade: casos de aplicação de medidas de segurança. Ver art. 755 e seguintes do CPP.

<u>Perícia</u>	<u>Prospectiva</u> - futuro - somente na perícia de cessação de periculosidade - admite erro
<u>Perícia</u>	<u>Retrospectiva</u> - passado - em todas as perícias - não admite erro.

✓ Lesão Corporal

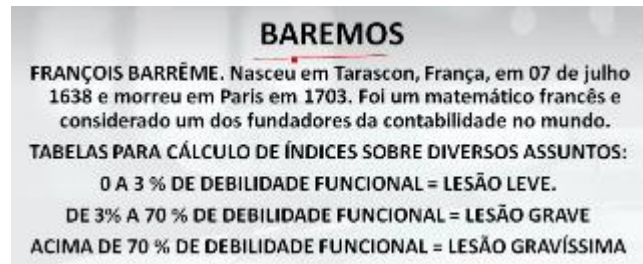
Questão - como saber se a lesão causada é leve, grave ou gravíssima?

<u>Leve</u>	Se a incapacidade for <u>menor que 3%</u> a lesão é considerada <u>Leve</u> .
<u>Grave</u>	Se a incapacidade for <u>maior que 3% e maior que 70%</u> a lesão é considerada <u>Grave</u> .
<u>Gravíssima</u>	Se a incapacidade for <u>maior que 70%</u> a lesão é considerada <u>Gravíssima</u> .



Vejam então que para uma lesão ser considerada gravíssima o órgão não precisa estar inutilizado, ele pode até funcionar, mas deve estar com deficiência maior que 70%.

Baremos - é o nome das tabelas que se usa para classificar a incapacidades na área médica.



✓ Trauma

Conceito de Trauma: Quantidade de energia que, transferida para o corpo humano, seja capaz de produzir lesão.

Conceito de Lesão: Alteração prejudicial ao organismo humano.

Energia- com relação à energia que opera e atinge o corpo humano, para que saibamos se ela é traumática ou não, é necessário que observemos a quantidade de energia que está atuando. Isso irá demonstrar se tal energia está ou não causando traumas no indivíduo.

Lesão - Se a quantidade de energia for capaz de produzir um trauma

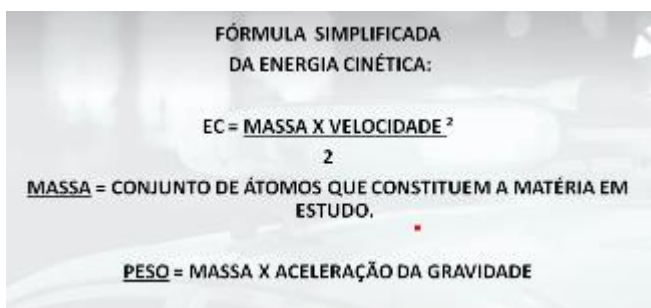
Se não causa lesão - Se a quantidade de energia não for capaz de produzir um trauma

Conclusão:

- Trauma não é qualquer energia - é aquela que causa lesão
- E lesão não é qualquer alteração - é aquela prejudicial

85

✓ Energia cinética



Energia cinética = energia dos corpos em movimento.

Massa do corpo multiplicada pela velocidade ao quadrado (multiplicar por ele mesmo) e tudo dividido por 2.

Questões – observem que as respostas dependem de vários fatores. Sendo assim alguns pontos não são exatos.

- Quanto de energia uma martelada transfere para a cabeça da vítima?



Depende da massa do martelo, mas também da velocidade que é aplicada e depende também se a vítima está usando ou não um capacete protetor.

• **Quanto de energia um PAF (projétil de arma de fogo) transfere para o tórax da vítima?**

Depende se existe anteparo protetor, qual é o tipo de anteparo.

• **Quanto de energia o para-choque de um carro transfere para o corpo da vítima?**

Depende a massa do carro, da velocidade do carro e quanto de energia foi transferida.

✓ **Nomes que podem aparecer em prova**

1 – COM ESCALPE	9 – FERIDA LACEROCONTUSA	17 – EMPALAMENTO
2 – EM SEDENHO	10 – FERIDA INCISA	18 – COM ASSINATURA
3 – DE DEFESA	11 – FERIDA CONTUSA	19 – FERIDA CAVITÁRIA
4 – DE HESITAÇÃO	12 – FERIDACORTOCONTUSA	20 – EM SACABOCADO
5 – EM SANFONA	13 – F. PERFUROCONTUSA	21 – MUTILANTE
6 – EM ARCO DE VIOLINO	14 – F. PERFUROINCISA	22 – ESTIGMATIZANTE
7 – TRANSFIXANTE	15 – FERIDA PUNTIFORME	23 – ESPOSTEJAMENTO
8 – PENETRANTE (CEGA)	16 – FERIDA EM BOTOEIRA	24 – VITRIOLAGEM

As mais cobradas para Roberto Blanco são:

- Arco de violino;
- Em sedenho;
- Vitriolagem;

✓ **Lesões Patognomônicas**

Trata-se de lesões que somente ao olhar qualquer pessoa já sabe como foi feita.





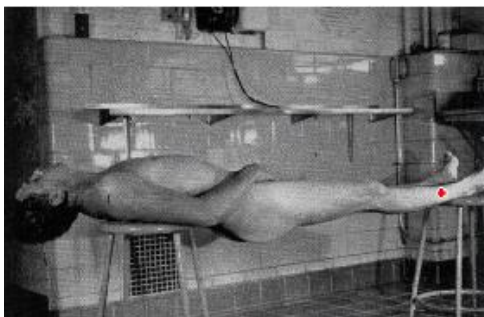
✓ Lesões causadas por PAF – Projétil de Arma de Fogo

ALGUNS EPÔNIMOS DE INTERESSE PARA LESÕES POR PAF

SINAL DO ANEL DE FISCH
SINAL DE CHAVIGNY
SINAL DA CÂMARA DE MINA DE HOFFMAN
SINAL DE BENASSI
SINAL DO SCHUSSKANOL
SINAL DO TRONCO DE CONE DE BONNET
SINAL DE PUPPE-WERKGARTNER
SINAL DA ROSA DE TIRO DE CEVIDALLI

287

✓ Tanatologia – imagens para fixação





ANEXOS – Leis e Resoluções

➤ Lei de Transplantes

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO
DE 1997.

288

Dispõe sobre a remoção de órgãos,
tecidos e partes do corpo humano
para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.



O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o espermatozoide e o óvulo.

Art. 2º A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para a triagem de sangue para doação, segundo dispõem a Lei n.º 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001)



Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

CAPÍTULO II

DA DISPOSIÇÃO POST MORTEM DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE.

Art. 3º A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

§ 1º Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º; 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º, e 10, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.

§ 2º Às instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema único de Saúde.

§ 3º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

Art. 4º Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem.

Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas, para transplante ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização de qualquer um de seus parentes maiores, na linha reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, ou do cônjuge, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001)

Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Parágrafo único. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º A expressão “não-doador de órgãos e tecidos” deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável, na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001) (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 2º A gravação de que trata este artigo será obrigatória em todo o território nacional a todos os órgãos de identificação civil e departamentos de trânsito, decorridos trinta dias da publicação desta Lei. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001) (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 3º O portador de Carteira de Identidade Civil ou de Carteira Nacional de Habilitação emitidas até a data a que se refere o parágrafo anterior poderá manifestar sua vontade de não doar tecidos, órgãos ou partes do corpo após a morte, comparecendo ao órgão oficial de identificação civil ou departamento de trânsito e procedendo à gravação da expressão “não-doador de órgãos e tecidos”. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001) (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 4º A manifestação de vontade feita na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação poderá ser reformulada a qualquer momento, registrando-se, no documento, a nova declaração de vontade. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001) (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 5º No caso de dois ou mais documentos legalmente válidos com opções diferentes, quanto à condição de doador ou não, do morto, prevalecerá aquele cuja emissão for mais recente. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001) (Revogado pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Art. 5º A remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais, ou por seus responsáveis legais.

Art. 6º É vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.



Art. 7º (VETADO)

Parágrafo único. No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necropsia.

Art. 8º Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento.

Art. 8º Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do artigo anterior, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001)

Art. 8º Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7º, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

CAPÍTULO III

DA DISPOSIÇÃO DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO VIVO PARA FINS DE TRANSPLANTE OU TRATAMENTO

Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fim de transplante ou terapêuticos.

Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou consangüíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001)

Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consangüíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

§ 3º Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

§ 4º O doador deverá autorizar, preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

§ 5º A doação poderá ser revogada pelo doador ou pelos responsáveis legais a qualquer momento antes de sua concretização.

§ 6º O indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 7º É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea e o ato não oferecer risco à sua saúde ou ao feto.

§ 8º O auto-transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais.

290



Art. 9o-A É garantido a toda mulher o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto. (Incluído pela Lei nº 11.633, de 2007).

CAPITULO IV

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

Parágrafo único. Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001)

§ 1o Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001)

§ 2o A inscrição em lista única de espera não confere ao pretense receptor ou à sua família direito subjetivo a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração no estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocada por acidente ou incidente em seu transporte. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.083-32, de 2001)

Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

1o Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais. (Incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 2o A inscrição em lista única de espera não confere ao pretense receptor ou à sua família direito subjetivo a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocado por acidente ou incidente em seu transporte. (Incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Art. 11. É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social de anúncio que configure:

- a) publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades;
- b) apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa determinada identificada ou não, ressalvado o disposto no parágrafo único;
- c) apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

Parágrafo único. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

Parágrafo único. Após a notificação prevista no caput deste artigo, os estabelecimentos de saúde não autorizados a retirar tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverão permitir a imediata remoção do paciente ou franquear suas instalações e fornecer o apoio operacional necessário às equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante, hipótese em que serão ressarcidos na forma da lei. (Incluído pela Lei nº 11.521, de 2007)

CAPÍTULO V

DAS SANÇÕES PENAIS E ADMINISTRATIVAS



SEÇÃO I

Dos Crimes

Art. 14. Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa, de 100 a 360 dias-multa.

§ 1.º Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa ou por outro motivo torpe:

Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 100 a 150 dias-multa.

§ 2.º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I - incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de três a dez anos, e multa, de 100 a 200 dias-multa

§ 3.º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta para o ofendido:

I - Incapacidade para o trabalho;

II - Enfermidade incurável ;

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

§ 4.º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta morte:

Pena - reclusão, de oito a vinte anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

Art. 15. Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano:

Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa.

Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou aufere qualquer vantagem com a transação.

Art. 16. Realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena - reclusão, de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

Art. 17 Recolher, transportar, guardar ou distribuir partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena - reclusão, de seis meses a dois anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa.

Art. 18. Realizar transplante ou enxerto em desacordo com o disposto no art. 10 desta Lei e seu parágrafo único:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

292



Art. 19. Deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 20. Publicar anúncio ou apelo público em desacordo com o disposto no art. 11:

Pena - multa, de 100 a 200 dias-multa.

Seção II

Das Sanções Administrativas

Art. 21. No caso dos crimes previstos nos arts. 14, 15, 16 e 17, o estabelecimento de saúde e as equipes médico-cirúrgicas envolvidas poderão ser desautorizadas temporária ou permanentemente pelas autoridades competentes.

§ 1.º Se a instituição é particular, a autoridade competente poderá multá-la em 200 a 360 dias-multa e, em caso de reincidência, poderá ter suas atividades suspensas temporária ou definitivamente, sem direito a qualquer indenização ou compensação por investimentos realizados.

§ 2.º Se a instituição é particular, é proibida de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas, bem como se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista, pelo prazo de cinco anos.

Art. 22. As instituições que deixarem de manter em arquivo relatórios dos transplantes realizados, conforme o disposto no art. 3.º § 1.º, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3.º, § 2.º ao órgão de gestão estadual do Sistema único de Saúde, estão sujeitas a multa, de 100 a 200 dias-multa.

§ 1.º Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13.

§ 1o Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13 desta Lei ou proibir, dificultar ou atrasar as hipóteses definidas em seu parágrafo único. (Redação dada pela Lei nº 11.521, de 2007) 293

§ 2.º Em caso de reincidência, além de multa, o órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde poderá determinar a desautorização temporária ou permanente da instituição.

Art. 23. Sujeita-se às penas do art. 59 da Lei n.º 4.117, de 27 de agosto de 1962, a empresa de comunicação social que veicular anúncio em desacordo com o disposto no art. 11.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. (VETADO)

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei n.º 8.489, de 18 de novembro de 1992, e Decreto n.º 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 4 de fevereiro de 1997; 176.º da Independência e 109.º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Nelson A. Jobim

Carlos César de Albuquerque

Este texto não substitui o publicado no DOU de 5.2.1997

➤ Decreto 9.175/2017 – Regulamenta lei dos Transplantes

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**



DECRETO Nº 9.175, DE 18 DE OUTUBRO DE 2017

Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997,

DECRETA:

Art. 1º A disposição gratuita e anônima de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para utilização em transplantes, enxertos ou outra finalidade terapêutica, nos termos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, observará o disposto neste Decreto.

Parágrafo único. O sangue, o espermatozoide e o óvulo não estão compreendidos entre os tecidos e as células a que se refere este Decreto.

CAPÍTULO I

DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

Seção I

Da Estrutura

Art. 2º Fica instituído o Sistema Nacional de Transplantes - SNT, no qual se desenvolverá o processo de doação, retirada, distribuição e transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, para finalidades terapêuticas.

Art. 3º Integram o SNT:

I - o Ministério da Saúde;

II - as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal;

III - as Secretarias de Saúde dos Municípios;

IV - as Centrais Estaduais de Transplantes - CET;

V - a Central Nacional de Transplantes - CNT;

VI - as estruturas especializadas integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes;

VII - as estruturas especializadas no processamento para preservação ex situ de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes;

VIII - os estabelecimentos de saúde transplantadores e as equipes especializadas; e

IX - a rede de serviços auxiliares específicos para a realização de transplantes.

Seção II

Das Atribuições

Art. 4º O SNT tem como âmbito de intervenção:

I - as atividades de doação e transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, a partir de doadores vivos ou falecidos;

II - o conhecimento dos casos de morte encefálica; e

294



III - a determinação do destino de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano retirados para transplante em qualquer ponto do território nacional.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio de unidade própria prevista em sua estrutura regimental, exercerá as funções de órgão central do SNT, e lhe caberá:

I - coordenar as atividades de que trata este Decreto;

II - expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos neste Decreto, o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades desenvolvidas pelo Sistema;

III - autorizar o funcionamento de CET;

IV - autorizar estabelecimentos de saúde, bancos de tecidos ou células, laboratórios de histocompatibilidade e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes, enxertos, processamento ou armazenamento de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, nos termos estabelecidos no Capítulo II;

V - cancelar ou suspender a autorização de estabelecimentos de saúde ou de equipes e profissionais que não respeitem as regras estabelecidas neste Decreto, sem prejuízo das sanções penais e administrativas previstas no Capítulo V da Lei nº 9.434, de 1997, mediante decisão fundamentada e observados os princípios do contraditório e da ampla defesa;

VI - articular-se com os integrantes do SNT para viabilizar seu funcionamento;

VII - prover e manter o funcionamento da CNT;

VIII - gerenciar a lista única de espera de receptores, de forma a garantir a disponibilidade das informações necessárias à busca de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; e

IX - avaliar o desempenho do SNT, mediante planejamento e análise de metas e relatórios do Ministério da Saúde e dos órgãos estaduais, distrital e municipais que o integram.

§ 1º Somente poderão exercer atividades de transplantes os entes federativos que dispuserem da CET de que trata a Seção IV deste Capítulo, implantada e em funcionamento.

§ 2º Para fins do disposto no inciso VIII do caput, a lista única de espera de receptores será constituída pelo conjunto das seguintes listas:

I - lista regional, nos casos que se aplique;

II - lista estadual;

III - lista macrorregional; e

IV - lista nacional.

§ 3º A composição das listas de que trata o § 2º ocorrerá a partir do cadastro técnico dos candidatos a receptores, de acordo com os critérios a serem definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde.

Seção III

Dos Órgãos Estaduais

Art. 6º Para integrar o SNT, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão instituir, em suas estruturas organizacionais, unidade com o perfil e as funções indicadas na Seção IV deste Capítulo.

§ 1º Instituída a unidade referida no caput, a Secretaria de Saúde estadual solicitará ao órgão central a autorização para integrar o SNT que, uma vez concedida, implicará a assunção dos encargos que lhe são próprios.

§ 2º A autorização a que se refere o § 1º estará sujeita a cancelamento na hipótese de descumprimento das regras definidas pelo órgão central do SNT.

§ 3º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão estabelecer mecanismos de cooperação para o desenvolvimento das atividades de que trata este Decreto.



§ 4º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios realizarão a difusão de informações e iniciativas relacionadas ao processo de doações e transplantes.

Seção IV

Das Centrais Estaduais de Transplantes

Art. 7º As Centrais Estaduais de Transplantes - CET serão as unidades executivas das atividades do SNT nos Estados e no Distrito Federal, de natureza pública, conforme estabelecido neste Decreto.

Art. 8º Compete às CET:

I - organizar, coordenar e regular as atividades de doação e transplante em seu âmbito de atuação;

II - gerenciar os cadastros técnicos dos candidatos a receptores de tecidos, células, órgãos e partes do corpo humano, inscritos pelas equipes médicas locais, para compor a lista única de espera nos casos em que se aplique;

III - receber as notificações de morte que enseje a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes, ocorridas em seu âmbito de atuação;

IV - gerenciar as informações referentes aos doadores e mantê-las atualizadas;

V - determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano ao estabelecimento de saúde autorizado para o transplante ou o enxerto onde se encontrar o receptor, observadas as instruções ou as normas complementares expedidas na forma do art. 46;

VI - notificar a CNT quanto a não utilização de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano pelos receptores inscritos em seus registros, para fins de disponibilização para o receptor subsequente, entre aqueles relacionados na lista única de espera;

VII - encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em seu âmbito de atuação;

VIII - controlar, avaliar e fiscalizar as atividades de que trata este Decreto em seu âmbito de atuação;

IX - definir, em conjunto com o órgão central do SNT, parâmetros e indicadores de qualidade para avaliação dos serviços transplantadores, laboratórios de histocompatibilidade, bancos de tecidos e organismos integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano;

X - elaborar o Plano Estadual de Doação e Transplantes, de que trata o Capítulo VII;

XI - aplicar as penalidades administrativas nas hipóteses de infração às disposições da Lei nº 9.434, de 1997, observado o devido processo legal e assegurado ao infrator o direito de ampla defesa;

XII - suspender cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, o estabelecimento e/ou a equipe especializada para apurar infração administrativa ou ato ilícito praticado no processo de doação, alocação ou transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano;

XIII - comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no § 2º do art. 21 da Lei nº 9.434, de 1997, e, caso necessário, procederá ao cancelamento da autorização concedida;

XIV - requerer ao órgão central do SNT a suspensão ou o cancelamento da autorização da equipe ou do profissional que desrespeitar a ordem da lista única de espera de receptores; e

XV - acionar o Ministério Público e outras instituições públicas competentes para informar a prática de ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua competência.

§ 1º O gerenciamento dos cadastros técnicos dos candidatos a receptores de que trata o inciso II do caput será realizado mediante o fornecimento e a manutenção dos dados necessários à localização do candidato a receptor, a indicação do procedimento, os consentimentos necessários e as características do receptor determinantes para a verificação da compatibilidade do seu organismo com o enxerto ofertado, de modo a permitir a sua rápida alocação.



§ 2º O Município considerado polo de região administrativa poderá solicitar à CET a instituição de Central de Transplante Regional, que ficará vinculada e subordinada à referida CET, nos termos definidos em ato do Ministério da Saúde.

Seção V

Da Central Nacional de Transplantes

Art. 9º Para a execução das atividades de coordenação logística e distribuição de tecidos, células e partes do corpo humano no processo de doação e transplante em âmbito nacional, o órgão central do SNT manterá a Central Nacional de Transplantes - CNT, a qual terá as seguintes atribuições:

I - receber as notificações de não utilização de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano pelos receptores inscritos no âmbito dos Estados ou do Distrito Federal, de forma a disponibilizá-los aos receptores subsequentes entre aqueles relacionados na lista única de espera de receptores;

II - apoiar o gerenciamento da retirada de órgãos e tecidos, prestando suporte técnico e logístico à sua busca, no território nacional, nas hipóteses em que as condições clínicas do doador, o tempo decorrido desde a cirurgia de retirada do órgão e as condições de acessibilidade o permitam;

III - alocar os órgãos e os tecidos retirados em conformidade com a lista única de espera de receptores, de forma a otimizar as condições técnicas de preservação, transporte e distribuição, considerados os critérios estabelecidos nas normas em vigor e com vistas a garantir o seu melhor aproveitamento e a equidade na sua destinação;

IV - articular a relação entre as CET durante o processo de alocação dos órgãos entre as unidades da federação;

V - manter registros de suas atividades;

VI - receber e difundir as notificações de eventos inesperados pertinentes à segurança dos receptores, nos transplantes de órgãos e outros enxertos por ela alocados;

VII - apoiar a atividade de regulação do acesso dos pacientes com indicação de transplante;

VIII - articular, regular e operacionalizar as inscrições interestaduais para modalidades de transplantes não existentes nos Estados ou no Distrito Federal; e

IX - providenciar, em caráter complementar, a logística de transportes dos órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano disponibilizados para a lista única de espera de receptores.

Seção VI

Da Procura e da Doação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo Humano para Transplantes

Art. 10. A CET organizará o funcionamento de estruturas especializadas para a procura e a doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplante que, juntamente com as equipes assistenciais dos hospitais, constituirão a rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, responsável por assegurar a notificação de morte, a avaliação e o acompanhamento de doadores e de suas famílias.

Parágrafo único. A CET deverá organizar a sua rede de procura e doação de acordo com as características de sua rede assistencial e em conformidade com as normas complementares expedidas pelo órgão central do SNT.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO

Seção I

Da Autorização de Estabelecimentos de Saúde e Equipes Especializadas

Art. 11. O transplante, o enxerto ou a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano somente poderão ser realizados em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, por equipes especializadas, prévia e expressamente autorizados pelo órgão central do SNT.



§ 1º O pedido de autorização formalmente apresentado pela CET poderá ser formulado para cada atividade de que trata este Decreto.

§ 2º A autorização para fins de transplantes, enxerto ou retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano deverá ser concedida conjunta ou separadamente para estabelecimentos de saúde e para equipes especializadas de transplante, enxerto ou retirada.

§ 3º A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano poderá ocorrer em quaisquer estabelecimentos de saúde, desde que realizada por equipes especializadas autorizadas e com a anuência formal da CET.

§ 4º Em qualquer caso, no pedido de autorização, os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas firmarão compromisso no qual se sujeitarão à fiscalização e ao controle do Poder Público, facilitando o acesso às instalações, aos equipamentos e aos prontuários, observada sempre a habilitação dos agentes credenciados para tal, tendo em vista o caráter sigiloso desses documentos.

§ 5º As autorizações serão válidas pelo prazo de até quatro anos, renováveis por períodos iguais e sucessivos, verificada a observância dos requisitos estabelecidos neste Decreto e em normas complementares do Ministério da Saúde.

§ 6º A renovação a que se refere o § 5º deverá ser requerida pelas equipes especializadas e pelos estabelecimentos de saúde ao órgão central do SNT no prazo de até noventa dias antes do término da vigência da autorização anterior.

§ 7º Os pedidos de renovação apresentados após o prazo estabelecido no § 6º serão considerados como pedidos de nova autorização, situação que implica a cessação dos efeitos da autorização anterior após o término de sua vigência.

Art. 12. Os estabelecimentos de saúde deverão contar com os serviços e as instalações adequados à execução de retirada, transplante ou enxerto de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, atendidas as exigências contidas em normas complementares do Ministério da Saúde e comprovadas no requerimento de autorização.

§ 1º A transferência da propriedade, a modificação da razão social e a alteração das equipes especializadas pela incorporação de outros profissionais, igualmente autorizados, quando comunicadas no prazo de até noventa dias da sua ocorrência, não prejudicarão a validade da autorização concedida.

§ 2º O estabelecimento de saúde autorizado na forma deste artigo somente poderá realizar transplante se observar, em caráter permanente, ao disposto no § 2º do art. 13.

Art. 13. A composição das equipes especializadas será determinada em função da modalidade de transplante, enxerto ou retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para a qual solicitou autorização, mediante integração de profissionais também autorizados na forma desta Seção.

§ 1º Os critérios técnicos para concessão de autorização e de renovação da autorização de equipes especializadas e de estabelecimentos de saúde serão definidos em normas complementares do órgão central do SNT.

§ 2º Será exigível, no caso de transplante, a definição, em número e habilitação, de profissionais necessários à realização do procedimento.

§ 3º A autorização será concedida para cada modalidade de transplante, enxerto ou retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano e o pedido deverá ser formalizado para o conjunto dos seus membros, indicando o estabelecimento ou os estabelecimentos de saúde de atuação.

Art. 14. Além da habilitação profissional, as equipes especializadas deverão instruir o pedido de autorização ou de renovação de autorização de acordo com as normas expedidas pelo órgão central do SNT.

Seção II

Das Disposições Complementares

Art. 15. O pedido de autorização de estabelecimentos de saúde, de equipes especializadas, de laboratórios de histocompatibilidade e de bancos de tecidos será apresentado às Secretarias de Saúde do Estado ou do Distrito Federal pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS, que o instruirá com relatório circunstanciado e conclusivo quanto à necessidade do novo serviço e à satisfação das exigências estabelecidas neste Decreto e em normas complementares, no âmbito de sua área de competência, definida pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Os estabelecimentos de saúde e as demais instâncias cujo funcionamento esteja condicionado à autorização pelo órgão central do SNT deverão respeitar o Plano Estadual de Doação e Transplantes estabelecido no Capítulo VII, no âmbito da gestão local de saúde, inclusive quanto à necessidade de sua criação e implementação.



§ 2º A Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal diligenciará junto ao requerente para verificar o cumprimento das exigências a seu cargo.

§ 3º A Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal remeterá o pedido de autorização ao órgão central do SNT para expedição da autorização caso haja manifestação favorável quanto à presença de todos os requisitos estabelecidos neste Decreto e em normas complementares.

Art. 16. O Ministério da Saúde poderá estabelecer outras exigências que se tornem indispensáveis à prevenção de irregularidades nas atividades de que trata este Decreto.

CAPÍTULO III

DA DISPOSIÇÃO POST MORTEM

Seção I

Da Disposição Post mortem de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo Humano para Fins de Transplante ou Enxerto

Art. 17. A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano poderá ser efetuada após a morte encefálica, com o consentimento expresso da família, conforme estabelecido na Seção II deste Capítulo.

§ 1º O diagnóstico de morte encefálica será confirmado com base nos critérios neurológicos definidos em resolução específica do Conselho Federal de Medicina - CFM.

§ 2º São dispensáveis os procedimentos previstos para o diagnóstico de morte encefálica quando ela decorrer de parada cardíaca irreversível, diagnosticada por critérios circulatórios.

§ 3º Os médicos participantes do processo de diagnóstico da morte encefálica deverão estar especificamente capacitados e não poderão ser integrantes das equipes de retirada e transplante.

§ 4º Os familiares que estiverem em companhia do paciente ou que tenham oferecido meios de contato serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para diagnóstico da morte encefálica.

§ 5º Caso a família do paciente solicite, será admitida a presença de médico de sua confiança no ato de diagnóstico da morte encefálica.

Art. 18. Os hospitais deverão notificar a morte encefálica diagnosticada em suas dependências à CET da unidade federativa a que estiver vinculada, em caráter urgente e obrigatório.

Parágrafo único. Por ocasião da investigação da morte encefálica, na hipótese de o hospital necessitar de apoio para o diagnóstico, a CET deverá prover os profissionais ou os serviços necessários para efetuar os procedimentos, observado o disposto no art. 13.

Art. 19. Após a declaração da morte encefálica, a família do falecido deverá ser consultada sobre a possibilidade de doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplante, atendido o disposto na Seção II do Capítulo III.

Parágrafo único. Nos casos em que a doação não for viável, por quaisquer motivos, o suporte terapêutico artificial ao funcionamento dos órgãos será descontinuado, hipótese em que o corpo será entregue aos familiares ou à instituição responsável pela necropsia, nos casos em que se aplique.

Seção II

Do Consentimento Familiar

Art. 20. A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, após a morte, somente poderá ser realizada com o consentimento livre e esclarecido da família do falecido, consignado de forma expressa em termo específico de autorização.

§ 1º A autorização deverá ser do cônjuge, do companheiro ou de parente consanguíneo, de maior idade e juridicamente capaz, na linha reta ou colateral, até o segundo grau, e firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

§ 2º Caso seja utilizada autorização de parente de segundo grau, deverão estar circunstanciadas, no termo de autorização, as razões de impedimento dos familiares de primeiro grau.



§ 3º A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano de falecidos incapazes, nos termos da lei civil, dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, o poder familiar exclusivo, a tutela ou a curatela.

§ 4º Os casos que não se enquadrem nas hipóteses previstas no § 1º ao §3º dependerão de prévia autorização judicial.

Art. 21. Fica proibida a doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano em casos de não identificação do potencial doador falecido.

Parágrafo único. Não supre as exigências do caput o simples reconhecimento de familiares se nenhum dos documentos de identificação do falecido for encontrado, exceto nas hipóteses em que autoridade oficial que detenha fé pública certifique a identidade.

Seção III

Da Preservação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo Humano

Art. 22. Constatada a morte e a ausência de contraindicações clínicas conhecidas, caberá às equipes assistenciais do hospital onde se encontra o falecido prover o suporte terapêutico artificial, de forma a oferecer a melhor preservação in situ possível dos órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano até que a família decida sobre sua doação.

Parágrafo único. As CET e a sua rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplante, no âmbito de suas competências, deverão acompanhar o trabalho das equipes assistenciais dos hospitais, subsidiando-as técnica e logisticamente na avaliação e na manutenção homeostática do potencial doador.

Art. 23. Cabe à rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplante, sob a coordenação da CET, e em consonância com as equipes assistenciais e transplantadoras, proceder ao planejamento, ao contingenciamento e à provisão dos recursos físicos e humanos, do transporte e dos demais insumos necessários à realização da cirurgia de retirada dos órgãos e dos demais enxertos.

Parágrafo único. A CNT participará da coordenação das atividades a que se refere o caput sempre que houver intercâmbio de órgãos, enxertos ou equipes cirúrgicas entre as unidades federativas.

Art. 24. Quando indicada a preservação ex situ de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, esses serão processados obrigatoriamente em estabelecimentos previamente autorizados pelo órgão central do SNT, em conformidade com o disposto neste Decreto e nas normas complementares.

§ 1º A preservação de tecidos ou células deverá ser realizada em bancos de tecidos humanos.

§ 2º A preservação de órgãos deverá ser realizada em centros específicos para essa finalidade.

Seção IV

Da Necropsia

Art. 25. A necropsia será realizada obrigatoriamente no caso de morte por causas externas ou em outras situações nas quais houver indicação de verificação médica da causa da morte.

§ 1º A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano poderá ser efetuada desde que não prejudique a análise e a identificação das circunstâncias da morte.

§ 2º A retirada de que trata o § 1º será realizada com o conhecimento prévio do serviço médico-legal ou do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação, e os dados pertinentes serão circunstanciados no relatório de encaminhamento do corpo para necropsia.

§ 3º O corpo será acompanhado do relatório com a descrição da cirurgia de retirada e dos eventuais procedimentos realizados e a documentação será anexada ao prontuário legal do doador, com cópia destinada à instituição responsável pela realização da necropsia.

§ 4º Ao doador de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano será dada a precedência para a realização da necropsia, imediatamente após a cirurgia de retirada, sem prejuízo aos procedimentos descritos nos § 2º e § 3º.

Seção V



Da Recomposição do Cadáver

Art. 26. Efetuada a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano e a necropsia, na hipótese em que seja necessária, o cadáver será condignamente recomposto, de modo a recuperar tanto quanto possível a sua aparência anterior.

CAPÍTULO IV

DA DOAÇÃO EM VIDA

Seção I

Da Disposição do Corpo Vivo

Art. 27. Qualquer pessoa capaz, nos termos da lei civil, poderá dispor de órgãos, tecidos, células e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou enxerto em receptores cônjuges, companheiros ou parentes até o quarto grau, na linha reta ou colateral.

Art. 28. As doações entre indivíduos vivos não relacionados dependerão de autorização judicial, que será dispensada no caso de medula óssea.

Parágrafo único. É considerada como doação de medula óssea a doação de outros progenitores hematopoiéticos.

Art. 29. Somente será permitida a doação referida nesta Seção quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos, células e partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e de sua saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável.

§ 1º A retirada nas condições estabelecidas neste artigo somente será permitida se corresponder a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável para a pessoa receptora.

§ 2º O doador vivo será prévia e obrigatoriamente esclarecido sobre as consequências e os riscos decorrentes da retirada do órgão, tecido, células ou parte do seu corpo para a doação.

§ 3º Os esclarecimentos de que trata o § 2º serão consignados em documento lavrado e lido na presença do doador e de duas testemunhas.

§ 4º O doador especificará, em documento escrito, firmado por duas testemunhas:

I - o tecido, o órgão, a célula ou a parte do seu corpo que doará para transplante ou enxerto;

II - o nome da pessoa beneficiada; e

III - a qualificação e o endereço dos envolvidos.

§ 5º O Comitê de Bioética ou a Comissão de Ética do hospital onde se realizará a retirada e o transplante ou o enxerto emitirá parecer sobre os casos de doação entre não consanguíneos, exceto cônjuges e companheiros, reconhecidos nos termos da lei civil.

§ 6º A doação de medula óssea de pessoa juridicamente incapaz somente poderá ocorrer entre consanguíneos, desde que observadas as seguintes condições:

I - se houver autorização expressa de ambos os pais ou de seus representantes legais, após serem esclarecidos sobre os riscos do ato;

II - se houver autorização judicial; e

III - se o transplante não oferecer risco para a saúde do doador.

§ 7º Antes de iniciado o procedimento, a doação poderá ser revogada pelo doador a qualquer momento.

§ 8º A gestante não poderá doar órgãos, tecidos e partes de seu corpo, exceto medula óssea, desde que não haja risco para a sua saúde e a do embrião ou do feto.

§ 9º A gestante será a responsável pela autorização, previamente ao parto, de doação de células progenitoras do sangue do cordão umbilical e placentário do nascituro.

301



Art. 30. O autotransplante dependerá somente da autorização do próprio receptor ou de seus representantes legais.

Art. 31. Os doadores voluntários de medula óssea serão cadastrados pelo órgão central do SNT, que manterá as informações sobre a identidade civil e imunológica desses doadores em registro próprio, cuja consulta estará disponível sempre que não houver doador compatível disponível na família.

Parágrafo único. O órgão central do SNT poderá delegar a competência prevista no caput para outro órgão do Ministério da Saúde ou para entidade pública vinculada a esse Ministério.

CAPITULO V

DO TRANSPLANTE OU DO ENXERTO

Seção I

Do Consentimento do Receptor

Art. 32. O transplante ou o enxerto somente será feito com o consentimento expresso do receptor, após devidamente aconselhado sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento, por meio da autorização a que se refere o § 2º.

§ 1º Na hipótese de o receptor ser juridicamente incapaz ou estar privado de meio de comunicação oral ou escrita, o consentimento para a realização do transplante será dado pelo cônjuge, pelo companheiro ou por parente consanguíneo ou afim, de maior idade e juridicamente capaz, na linha reta ou colateral, até o quarto grau, inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes na assinatura do termo.

§ 2º A autorização será aposta em documento que conterá as informações sobre o procedimento e as perspectivas de êxito, insucesso e as possíveis sequelas e que serão transmitidas ao receptor ou, se for o caso, às pessoas indicadas no § 1º.

§ 3º Os riscos considerados aceitáveis pela equipe de transplante ou enxerto, em razão dos testes aplicados ao doador, serão esclarecidos ao receptor ou às pessoas indicadas no § 1º, que poderão assumi-los, mediante expressa concordância, aposta no documento referido no § 2º.

Seção II

Do Procedimento de Transplante ou Enxerto

Art. 33. Os transplantes somente poderão ser realizados em pacientes com doença progressiva ou incapacitante e irreversível por outras técnicas terapêuticas.

Art. 34. A realização de transplantes ou enxertos de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano somente será autorizada após a realização, no doador, dos testes estabelecidos pelas normas do SNT, com vistas à segurança do receptor, especialmente quanto às infecções, às afecções transmissíveis e às condições funcionais, segundo as normas complementares do Ministério da Saúde.

§ 1º As equipes de transplantes ou enxertos somente poderão realizá-los na hipótese de os exames previstos neste artigo apresentarem resultados que indiquem relação de risco e benefício favorável ao receptor, de acordo com o previsto na Seção I deste Capítulo.

§ 2º Não serão transplantados nem enxertados órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano de portadores de doenças indicadas como critérios de exclusão absolutos em normas complementares do SNT.

§ 3º Nos casos em que se aplique, o transplante dependerá, ainda, dos exames necessários à verificação de compatibilidades sanguínea, imunogenética ou antropométrica com o organismo de receptor inscrito na lista única de espera ou de outras situações definidas pelo SNT.

§ 4º A CET, ou a CNT nos casos em que se aplique, diante das informações relativas ao doador, indicará a destinação dos órgãos, dos tecidos, das células e das partes do corpo humano removidos, em estrita observância aos critérios de alocação estabelecidos em normas complementares do Ministério da Saúde.

Art. 35. A alocação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano prevista no § 4º do art. 34 observará os critérios de gravidade, compatibilidade, ordem de inscrição, distância, condições de transporte, tempo estimado de deslocamento das equipes de retirada e do receptor selecionado e as situações de urgência máxima.



Parágrafo único. Antes de iniciado o procedimento de transplante ou de enxerto, será exigido termo de declaração, subscrito pelo médico responsável e pelo receptor ou por seu representante legal, em que conste, de forma expressa, a inexistência de ônus financeiro para o receptor referente à doação do órgão, do tecido, das células ou da parte do corpo humano, exceto aqueles referentes ao processamento, nos casos em que se aplique.

Art. 36. Os pacientes que necessitem de alotransplante de medula óssea e que não tenham doador identificado na família serão mantidos em cadastro próprio, no qual os dados imunológicos serão periodicamente comparados com o cadastro de doadores, em busca de doador compatível.

Art. 37. A seleção de um receptor em lista de espera não confere a ele ou a sua família direito subjetivo à indenização caso o transplante não se realize devido a prejuízo nas condições dos órgãos, dos tecidos, das células ou das partes que lhe seriam destinados provocado por acidente ou incidente em seu transporte.

Seção III

Dos Prontuários

Art. 38. Além das informações usuais e sem prejuízo do disposto no § 1º do art. 3º da Lei nº 9.434, de 1997, os prontuários conterão:

I - quando relacionados ao doador falecido, os laudos dos exames utilizados para a comprovação da morte encefálica e para a verificação da viabilidade da utilização dos órgãos, dos tecidos, das células ou das partes do corpo humano e o original ou a cópia autenticada dos documentos utilizados para a sua identificação;

II - quando relacionados ao doador vivo, o resultado dos exames realizados para avaliar as possibilidades de retirada e transplante de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo humano e a autorização do Poder Judiciário para a doação, quando for o caso, de acordo com o disposto no art. 28; e

III - quando relacionados ao receptor, a prova de seu consentimento, na forma do art. 32, e a cópia dos laudos dos exames previstos nos incisos I e II do caput.

Art. 39. Os prontuários com os dados especificados no art. 38 serão mantidos conforme previsão legal.

303

CAPÍTULO VI

DOS DOADORES E DOS RECEPTORES ESTRANGEIROS

Art. 40. Os estrangeiros que vierem a falecer em solo brasileiro poderão ser doadores de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano.

Parágrafo único. Aos potenciais doadores estrangeiros falecidos aplicam-se as mesmas exigências referentes aos potenciais doadores brasileiros, especificadas no Capítulo III.

Art. 41. O estrangeiro poderá dispor de órgãos, tecidos, células e partes de seu corpo para serem retirados em vida, para fins de transplantes ou enxerto em receptores cônjuges, companheiros ou parentes até o quarto grau, na linha reta ou colateral, sejam estes brasileiros ou estrangeiros.

Parágrafo único. Aos potenciais doadores vivos estrangeiros aplicam-se as mesmas exigências referentes aos potenciais doadores brasileiros, especificadas no Capítulo IV.

Art. 42. É vedada a realização de procedimento de transplante ou enxerto em potencial receptor estrangeiro não residente no País, exceto nos casos de doação entre indivíduos vivos em que o doador seja comprovadamente cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo do receptor até o quarto grau, em linha reta ou colateral.

§ 1º É vedada a inclusão de potenciais receptores estrangeiros não residentes no País na lista de espera para transplante ou enxerto de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano a seu favor, provenientes de doadores falecidos, exceto se houver tratado internacional com promessa de reciprocidade.

§ 2º Na hipótese de indicação aguda de transplante com risco de morte iminente em um potencial receptor estrangeiro em que se verifique que a remoção para o seu país seja comprovadamente impossível, o SNT poderá autorizar, em caráter excepcional, a sua inscrição em lista de espera para transplante ou enxerto.



§ 3º Fica vedado o financiamento do procedimento de transplante em estrangeiros não residentes com recursos do SUS, exceto se houver tratado internacional com promessa de reciprocidade ou na hipótese a que se refere o § 2º, sob autorização do órgão central do SNT.

CAPÍTULO VII

DO PLANO ESTADUAL DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES

Art. 43. A CET deverá elaborar e aprovar o Plano Estadual de Doação e Transplantes, que será submetido à homologação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Parágrafo único. O órgão central do SNT indicará, em normas complementares, os critérios para elaboração do Plano referido no caput.

Art. 44. O Plano Estadual de Doação e Transplantes, após a homologação da CIB, será submetido à aprovação do Ministério da Saúde, que emitirá parecer técnico conclusivo.

Art. 45. As alterações no Plano Estadual de Doação e Transplantes deverão ser submetidas à mesma sistemática de homologação e aprovação previstas nos art. 43 e art. 44.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. O Ministério da Saúde fica autorizado a expedir instruções e regulamentos necessários à aplicação do disposto neste Decreto.

Art. 47. É vedado o transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano em receptor não inscrito nos cadastros técnicos das CET.

Art. 48. É vedada a inscrição de receptor de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano em mais de uma CET para o mesmo órgão, tecido, célula ou parte do corpo humano.

Art. 49. Caberá aos estabelecimentos de saúde e às equipes especializadas autorizados a execução dos procedimentos médicos previstos neste Decreto que, no âmbito do SUS, serão remunerados segundo os valores fixados em tabela aprovada pelo Ministério da Saúde. 304

Art. 50. É vedada a cobrança à família do potencial doador e ao receptor e sua família de quaisquer dos procedimentos referentes à doação, observado o disposto no parágrafo único do art. 35.

Art. 51. É vedada a remuneração de serviços prestados, no âmbito do SUS, de procedimentos relacionados a transplantes de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano doados, manipulados ou não, cuja comprovação de eficácia clínica não seja reconhecida pelo Ministério da Saúde.

Art. 52. Na hipótese de doação post mortem, será resguardada a identidade dos doadores em relação aos seus receptores e dos receptores em relação à família dos doadores.

Art. 53. É vedada a realização e a veiculação de publicidade nas seguintes situações:

I - para obter doador ou doadores de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, vivos ou falecidos, com vistas ao benefício de um receptor específico;

II - para divulgar estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos; e III - para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

Art. 54. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do SUS deverão adotar estratégias de comunicação social, esclarecimento público e educação permanentes da população destinadas ao estímulo à doação de órgãos.

Art. 55. O Ministério da Saúde poderá requisitar, em forma complementar ao estabelecido no inciso V do caput do art. 8º, apoio à Força Aérea Brasileira para o transporte de órgãos, tecidos e partes do corpo humano até o local em que será feito o transplante.

§ 1º Para atender às requisições do Ministério da Saúde previstas no caput, a Força Aérea Brasileira manterá permanentemente disponível, no mínimo, uma aeronave que servirá exclusivamente a esse propósito.

§ 2º Em caso de necessidade, o Ministério da Saúde poderá requisitar aeronaves adicionais para fins do disposto no caput e o atendimento a essas requisições fica condicionado à possibilidade operacional da Força Aérea Brasileira.



§ 3º O disposto no caput não se aplica às situações passíveis de serem atendidas nos termos do inciso V do caput do art. 8º ou da cooperação que as empresas de aviação civil, de forma voluntária e gratuita, mantenham com o SNT para o transporte de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano.

Art. 56. Fica revogado o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.

Art. 57. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 18 de outubro de 2017; 196º da Independência e 129º da República.

MICHEL TEMER

Antonio Carlos Figueiredo Nardis

Este texto não substitui o publicado no DOU de 19.10.2017

10. Bibliografia

- MEDICINA LEGAL E NOÇÕES DE CRIMINALÍSTICA – Neusa Bittar, 2018.
- França, Genival Veloso de, 1935- Medicina legal / Genival Veloso de França. -- 11. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.
- http://www.malthus.com.br/mq_total.asp <acesso em 26.11.2018>
- Dicas Roberto Blanco
- Dicas Rodolfo

305

O presente material foi produzido com base em anotações pessoais de aulas, referências e trechos de doutrina, artigos de lei. Caso verifique algum equívoco ou possua sugestão de aperfeiçoamento, permanecemos à disposição.

Att., Equipe do Manual Caseiro.

