

SUMÁRIO

1. CONCEITOS BÁSICOS.....	3
1.1. Conceito.....	3
1.2. Sinonímia.....	3
1.3. Relações com as demais ciências.....	3
1.4. Importância do estudo da Medicina Forense.....	4
1.5. Terminologia anatomomédica.....	4
1.6. Divisões da Medicina Forense.....	7
1.7. Corpo de Delito.....	7
2. PERÍCIAS E PERITOS.....	8
2.1. Definição/ apresentação/ iniciativa da perícia.....	8
2.2. Realização da perícia.....	8
2.3. Classificação das perícias.....	8
2.4. Laudo/ Auto de Exame de Corpo de Delito.....	9
2.5. Legislação principal sobre perícia.....	9
2.6. Peritos.....	14
2.7. Assistentes técnicos.....	14
2.8. Documentos médico-forenses.....	14
3. ANTROPOLOGIA MÉDICO-FORENSE.....	16
3.1. Identidade.....	16
3.2. Reconhecimento.....	16
3.3. Identificação médico-forense.....	16
3.4. Métodos de identificação médico-forense.....	16
3.5. Caracteres utilizados nos métodos de identificação.....	16
3.6. Vínculo genético de paternidade/ maternidade.....	18
4. TANATOLOGIA MÉDICO-FORENSE.....	20
4.1. Conceito e diagnóstico de morte.....	20
4.2. Comoriência e primoriência (Art. 8º CC).....	21
4.3. Fenômenos cadavéricos.....	21
4.4. Cronotanatognose.....	22
4.5. Modalidades de morte.....	24
4.6. Lesões "in vitam" e "post mortem".....	24
4.7. Causa jurídica da morte.....	25
4.8. Interesse jurídico.....	26
4.9. Necropsia.....	26
4.10. Exumação.....	26
5. TRAUMATOLOGIA MÉDICO-FORENSE.....	27
5.1. Lesões por meios mecânicos.....	27
5.1.1. Meios de ação perfurante.....	27
5.1.2. Meios de ação cortante.....	27
5.1.3. Meios de ação contundente.....	28
5.1.4. Meios de ação perfurocortante.....	29
5.1.5. Meios de ação perfurocontundente.....	29
5.1.6. Meios de ação cortocontundente.....	30
5.2. Lesões por meios físicos.....	30
5.2.1. Temperatura.....	30

5.2.2. Pressão atmosférica / barotraumas.....	32
5.2.3. Eletricidade.....	32
5.3. Lesões por meios químicos.....	34
5.4. Lesões por meios físico-químicos.....	34
5.4.1. Fisiopatologia da asfixia.....	34
5.4.2. Características das asfixias mecânicas.....	35
5.4.3. Classificação das asfixias mecânicas.....	36
5.4.4. Afogamento.....	36
5.4.5. Enforcamento / estrangulamento / esganadura.....	37
5.4.6. Sufocação / soterramento.....	38
5.5. Lesões por meios de ordem mista. Lesões corporais e maus-tratos.....	38
5.5.1. Conceito / tipificação.....	38
.....	38
5.5.2. Classificação.....	38
5.5.3. Sevícias.....	41
6. ASPECTOS MÉDICO - FORENSES NO ABORTO / INFANTICÍDIO.....	42
6.1. Conceito de aborto.....	42
6.2. Legislação penal sobre aborto.....	43
6.3. Tipos de aborto.....	43
6.4. Perícia médico-forense no aborto.....	44
6.5. Conceitos no infanticídio.....	44
6.6. Perícia médico-forense no infanticídio.....	45
6.7. Perícia no infanticídio seguido de carbonização do cadáver.....	45
6.8. Abandono do recém-nascido.....	46
7. TOXICOLOGIA MÉDICO-FORENSE.....	46
7.1. Conceito.....	46
7.2. Quadros clínicos mais comuns que acompanham a toxicomania.....	46
7.3. Classificação clínica das drogas psicotrópicas.....	48
7.4. Interesse médico-forense.....	48
7.5. Principais drogas.....	48
7.6. Venenos.....	52
7.6.1. Ciclo toxicológico.....	52
.....	53
7.6.2. Classificação.....	53
7.6.3. Perícia médico-forense.....	53
8. IMPUTABILIDADE PENAL E CAPACIDADE CIVIL.....	54
8.1. Conceitos e legislação.....	54
8.2. Imputabilidade penal.....	55
8.3. Capacidade civil.....	55
8.4. Limites e modificadores da imputabilidade/capacidade.....	56
9. SEXOLOGIA MÉDICO-FORENSE.....	60
9.1. Sexo normal.....	60
9.2. Estados intersexuais.....	60
9.3. Parafilias (transtornos da preferência sexual).....	61
9.4. Sexualidade delituosa.....	62
9.5. Impedimentos matrimoniais.....	63
9.6. Questões médico-forenses.....	64
10. BIBLIOGRAFIA.....	65

MEDICINA FORENSE

1. CONCEITOS BÁSICOS.

1.1. Conceito.

A Medicina Forense é ciência e arte ao mesmo tempo. É ciência porque utiliza os métodos científicos, sistematizando suas técnicas e é também arte porque utiliza valores e faz interpretações investigatórias na busca da seqüência lógica na gênese da lesão violenta.

Inúmeras são as definições de Medicina Forense. Essa abundância de definições reflete a dificuldade de precisão, decorrente de sua extensa amplitude de ação e das inúmeras relações que mantém com outras ciências. Dentre os muitos autores que a definiram citamos:

- 1) "a arte de fazer relatórios em juízo" (Ambroise Paré) - Pai da Medicina Forense;
- 2) "é a ciência do médico aplicada aos fins da ciência do Direito" (Buchner);
- 3) "é o ramo da Medicina que reúne todos os conhecimentos médicos que podem ajudar a administração da justiça" (Vargas Alvarado);
- 4) "é a Medicina considerada em suas relações com o Direito Civil, Criminal e Administrativo" (Briand e Chaudé);
- 5) "a aplicação de conhecimentos científicos dos misteres da justiça" (Afrânio Peixoto);
- 6) "a aplicação dos conhecimentos médico-biológicos na elaboração e execução das leis que deles carecem" (Flamínio Fávero);
- 7) é a Medicina a serviço das ciências jurídicas e sociais.

1.2. Sinonímia.

A Medicina Forense tem recebido várias denominações, de acordo com as tendências com que ela tem sido vista em sua finalidade e em sua conceituação. Assim temos:

- 1) Medicina Legal;
- 2) Medicina Judiciária;
- 3) Medicina Polítca;
- 4) Medicina Legal Judicial;
- 5) Jurisprudência Médica;
- 6) Antropologia Forense;
- 7) Medicina Polítca e Social etc.

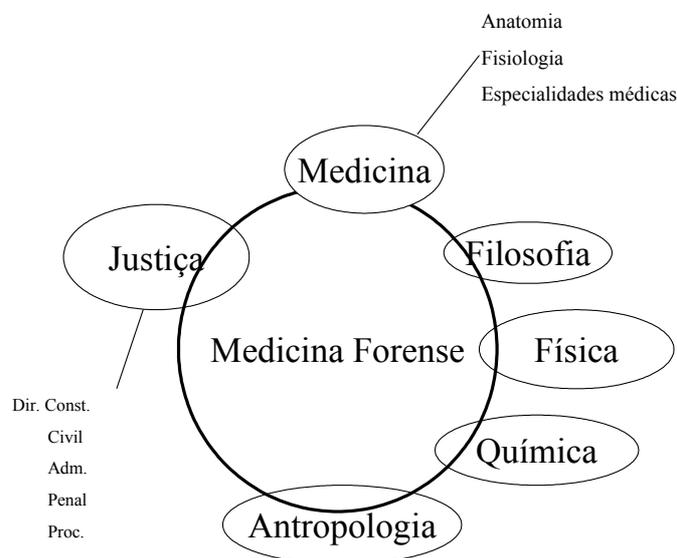
1.3. Relações com as demais ciências.

A Medicina Forense relaciona-se:

- 1) no campo da Medicina com :
 - Anatomia;
 - Fisiologia e Fisiopatologia;
 - Microbiologia e Parasitologia; e
 - todas as especialidades médicas.

- 2) no campo da Justiça com :
- Direito Penal (lesões corporais, sedução, abortos, homicídios, etc.);
 - Direito Civil (paternidade, nulibilidade do casamento, testamento, etc.);
 - Direito Administrativo (seleção, afastamentos, aposentadoria de agentes, etc.);
 - Direito Processual Civil e Penal (psicologia da confissão, do delinqüente e da vítima, etc.);
 - Direito Constitucional (dissolubilidade do matrimônio, proteção à infância, etc.)
- 3) em outros campos com :
- Antropologia;
 - Química;
 - Física;
 - Sociologia;
 - Filosofia;
 - Estatística, etc.

Fig. 1



1.4. Importância do estudo da Medicina Forense.

O direito moderno não pode prescindir da contribuição da Medicina Forense, a qual possibilita a aproximação da verdade que se quer apurar.

Para o juiz é indispensável, a fim de que possa apreciar melhor a verdade num critério mais exato, analisar os informes periciais e adquirir uma consciência dos fatores que constituem o problema jurídico.

Para o promotor de justiça, por ser responsável pelo ônus da produção de prova, sua justificativa e a explicação de seus resultados e de suas razões.

Para os advogados de um modo geral, porque esses conhecimentos são necessários no curso das soluções dos casos de interesse dos seus representados.

1.5. Terminologia anatomomédica.

A Anatomia e a Medicina têm um vocabulário internacional, que propicia uma comunicação precisa entre os profissionais dessas áreas. O guia de referência sobre essa linguagem é a *International Anatomical Terminology* (Comitê Federativo 1998).

1) Posição anatômica.

Todas as representações anatômicas são descritas em relação à posição anatômica:

- cabeça, olhos e dedos do pé direcionados para frente;
- membros superiores ao lado do corpo, com as palmas voltadas para a frente; e
- membros inferiores juntos, com os pés direcionados anteriormente.

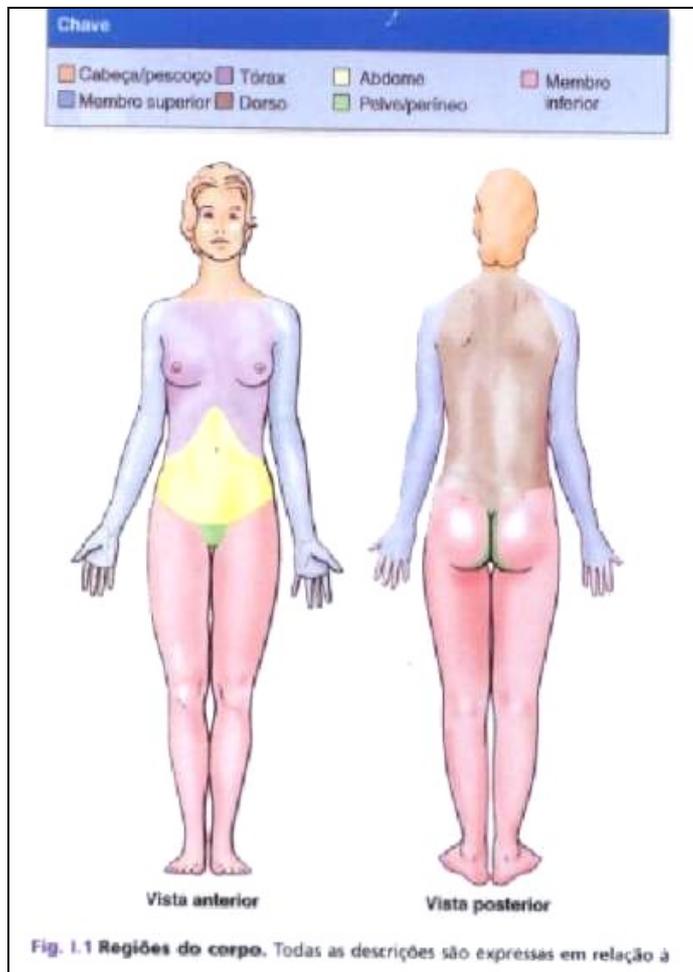


Fig.2

2) Planos anatômicos.

As descrições anatômicas são baseadas em 4 grupos de planos imaginários que passam através do corpo na posição anatômica. Esses planos orientam a dissecação e os cortes para estudo. São eles:

-planos sagitais - planos verticais que passam longitudinalmente através do corpo, dividindo-o virtualmente em 2 partes: direita e esquerda. O que passar ao nível da cicatriz umbilical, será chamado plano mediano, por dividir o corpo em duas metades;

-planos coronais - planos verticais que passam através do corpo, em ângulos retos (90°) com o plano mediano, dividindo o corpo em parte anterior ou ventral (frente) e parte posterior ou dorsal (atrás); e

-planos transversais - planos horizontais que passam através do corpo, em ângulos retos com os planos coronais e medianos, dividindo o corpo em parte superior e inferior. O que passa ao nível da cicatriz umbilical denomina-se axial; e

-planos oblíquos – que formam ângulos diversos com os planos verticais.

3) Termos de comparação e relação.

a) Superficial, intermediário e profundo.

Termos usados para descrever a posição de uma estrutura (mais interna ou mais externa), em relação a outras estruturas.

b) Medial e lateral.

Termos usados para indicar que uma estrutura está mais próxima ou mais afastada, respectivamente, do plano mediano do corpo.

c) Posterior ou dorsal e anterior ou ventral.

Indicam a posição posterior, dorsal ou mais próxima do dorso e a anterior, frontal ou ventral, ou mais próxima da face anterior do corpo, respectivamente.

d) Inferior ou caudal e superior ou cranial.

Referem-se a estruturas que estão situadas mais próximas da sola dos pés ou mais próximas do ponto mais alto do crânio, respectivamente.

e) Proximal e distal.

São termos direcionais usados para comparar posições mais próximas da fixação ou origem (proximal) ou longe de sua fixação ou origem (distal).

4) Termos de lateralidade.

- Unilateral (apenas um lado). Ex.: fígado
- Bilateral (dos dois lados). Ex.: rins
- Ipsilateral (do mesmo lado do corpo). Ex.: braço direito e perna direita.
- Contralateral (em lados opostos do corpo). Ex. mão direita e pé esquerdo

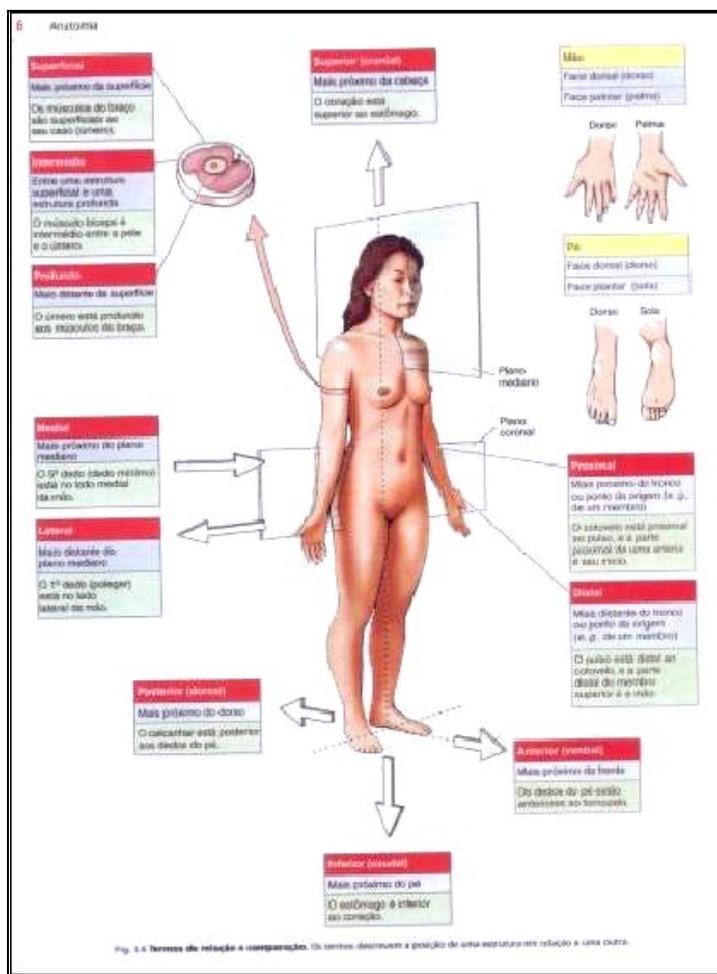


Fig.3

1.6. Divisões da Medicina Forense.

Para fins didáticos, podemos dividir a Medicina Forense em:

- 1) Medicina Forense Geral, compreendendo a:
 - a) Deontologia (Ética, obrigações , deveres);
 - b) Diceologia (direitos, exercício regular da profissão).

- 2) Medicina Forense Especial, abrangendo :
 - a) Antropologia Médico-Legal
 - identidade e identificação médico-legal e judiciária;
 - b) Asfixiologia Médico-Legal
 - asfixias de origem violenta;
 - c) Criminalística
 - criminodinâmica (indícios materiais);
 - d) Criminologia
 - criminogênese, origem e dinâmica do crime (criminoso, vítima e ambiente);
 - e) Genética Médico-Legal
 - herança genética e sua aplicação na identificação e determinação paternidade;
 - f) Infortunística
 - acidentes e doenças do trabalho;
 - g) Psicologia Médico-Legal
 - psiquismo normal e alterações emocionais (criminoso, vítima, testemunha);
 - h) Psiquiatria Médico-Legal
 - transtornos mentais e de conduta relacionados à capacidade e imputabilidade;
 - i) Sexologia Médico-Legal
 - sexualidade normal e seus distúrbios de interesse jurídico;
 - j) Tanatologia Médico-Legal
 - morte e morto, e fenômenos cadavéricos ;
 - k) Toxicologia Médico-Legal
 - efeitos dos tóxicos e venenos no organismo;
 - l) Traumatologia Médico-Legal
 - lesões corporais e energias causadoras;
 - m) Vitimologia
 - vítima e seu comportamento na eclosão e justificação do delito.

1.7. Corpo de Delito.

É o conjunto de lesões, alterações ou perturbações da vida e da saúde do ser humano (vestígios do fato criminoso - elementos sensíveis) e dos elementos causadores desse dano.

O caráter do corpo de delito pode ser:

- permanente ("delicta factis permanentis"); e
- passageiro ("delicta factis transeuntis").

Elementos sensíveis do dano são aqueles que podem ser percebidos pelos sentidos (tato, gustação, audição, visão e olfato).

No corpo de delito devem ser considerados três elementos:

- 1) "*corpus criminis*" (a pessoa ou coisa sobre a qual se tenha cometido o delito. O corpo da vítima não é o corpo de delito) ;
- 2) "*corpus instrumentorum*" (a coisa material com a qual se perpetrou o delito);
- 3) "*corpus probatorum*" (o elemento de convicção, o conjunto de todas as provas materiais do delito).

2. PERÍCIAS E PERITOS.

2.1. Definição/ apresentação/ iniciativa da perícia.

Perícia médico-forense é um conjunto de procedimentos médicos e técnicos que têm como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da justiça.

A perícia produz a prova e esta é o elemento demonstrativo do fato, contribuindo para formação da convicção do juiz.

A perícia é apresentada por meio de um laudo, constituído de uma peça escrita do que foi visto e averiguado no material examinado. Prontuários médicos, boletins de atendimento, atestados médicos, laudos de Rx, etc., não substituem o exame do periciado. Esses documentos podem servir para análise, a critério da autoridade, ou, como subsídio no ato do Exame de Corpo de Delito.

As perícias são de iniciativa da autoridade que estiver à frente do inquérito ou da ação instaurada. Quando não obrigatória, pode ser requerida pelas partes (Art. 176 CPP).

2.2. Realização da perícia.

As perícias médico-forenses são realizadas:

- 1) nas instituições médico-legais, por peritos oficiais concursados (Art.159 CPP; 434 CPC);
- 2) por médicos nomeados peritos. São os peritos louvados (Art.421 CPC); e
- 3) por profissionais de nível superior da área de saúde nomeados peritos. São os peritos leigos ou "ad hoc" (Art.159, § 1º CPP).

2.3.Classificação das perícias.

As perícias podem ser classificadas quanto à natureza da matéria em: agrária, contábil, de engenharia, odontológica, médica, etc.

As perícias médicas podem ser: traumatológica, tanatológica, psiquiátrica, sexológica, etc. Podem ser realizadas em:

- 1) seres humanos vivos;
- 2) cadáveres;
- 3) esqueletos;
- 4) animais; e 5) objetos.

Nos vivos visam ao diagnóstico de lesões corporais, paternidade, contaminações, doenças etc.

Nos cadáveres, com o objetivo de identificação, presença de veneno ou droga, diagnóstico de "*causa mortis*" etc.

Nos esqueletos, para sua identificação, diagnóstico de "*causa mortis*" etc.

Nos animais, para identificação da arma agressora, toxicologia etc.

Nos objetos, pêlos, unhas, impressões digitais, esperma, sangue, roupas, móveis, utensílios etc.

2.4. Laudo/ Auto de Exame de Corpo de Delito.

É a peça escrita, elaborada pelos peritos, onde são descritas as lesões existentes e analisadas a quantidade e a qualidade do dano, assim como toda e qualquer circunstância digna de registro, e as respostas aos quesitos formulados.

2.5. Legislação principal sobre perícia.

- 1) CPP (Dec.-Lei 3.689 / 3 OUT 1941):
 - Cap. II (Art 158 a 184);
 - Cap. VI (Art 275 a 281);
 - Art. 423.
- 2) CPC (Lei 5.869 / 11 JAN 1973):
 - Art 145 a 147; 420 a 439; 138,III; 33; 585,V.
- 3) Código Civil (Lei 10.406 / 10 JAN 2002):
 - Art. 206 § 5º; 497; 1.329.
- 4) Códigos de Ética.
- 5) CLT (Art. 169; 827).
- 6) Lei 8455/92 e 8862/94.
- 7) Lei 5.584 / 70, na Justiça do Trabalho.
- 8) CP (Dec.-Lei 2.848, de 7 DEZ 1940):
 - Art. 269 – omissão de notificação;
 - Art. 302 – atestado falso;
 - Art. 342 – falsa perícia.
- 9) Principais dispositivos legais.

DEL-CAMPO, Eduardo Roberto Alcântara. Medicina Legal. São Paulo: Saraiva, 2005 (pag. 42 a46)

	CPP	CPC	CPPM
Apreensão de objetos	6º, II, 527	842, § 3º	—
Assistentes técnicos	—	276, 278, 421, § 1º, I, 422, 428, 429, 431-B, 433, § único, 435, 446, 452	—
Autópsia	162	—	333, 334

	CPP	CPC	CPPM
Boletim de identificação	809, <i>caput</i> e §§	—	616, 655
Capacitação técnica	159, § 1º	145, 434	48, 318
Compromisso dos peritos e assistentes técnicos	159, § 2º	422	48, § único
Condução do perito	278	—	51
Contraprova	—	—	340
Deficiência ou omissão do laudo pericial	168, § 1º	438	323, 331, § 1º
Desaparecimento dos vestígios	167	—	328, § único
Dermatoglifia judiciária	6, VIII, 166	—	337
Deveres dos peritos e assistentes técnicos	277, <i>caput</i> e § único	433, 435, 452, I	48, § único, 49, 319
Direitos dos peritos e assistentes técnicos	—	33, 146, 429, 432	13, I, 48, 137, 157, §§ 1º e 2º, 320
Divergência entre os peritos	180	435, 436, 437, 438	322
Desenhos	165, 169, <i>caput</i> , 170	429	324
Dinâmica dos fatos	169, § único	—	—
Disciplina judiciária	275	421	48, § único
Escusa do perito	277	146, 423	49, 50
Esquemas	165, 169, <i>caput</i> , 170	429	324
Exame do corpo de delito	6º, VII, 158, 161, 167, 184, 525, 564, III, b	—	13, I, 27, 185, § 2º, 315, 328, 329, 331, §§ 1º e 4º, 333, a, 432, b, 500, b, 516, g
Exame externo do cadáver	162, § único	—	335
Exame para classificação das lesões corporais no art. 129, § 1º, I, do CP	168, <i>caput</i> e §§ 1º e 2º	—	331, <i>caput</i> e §§

	CPP	CPC	CPPM
Estatística criminal	23, 694, 709, <i>caput</i> e § 1º, 747	—	616, 655
Exame complementar	168, §§ 1º e 2º, 181	437, 438	323, 331, <i>caput</i> e §§
Exame do cadáver (ver autópsia)	162 a 166	—	335, 337
Exame médico-legal	149, <i>caput</i> , 775, II	218, 434, 877	321, 334, 600, § único
Exumação	163, 166	—	330, <i>d</i> , 338
Falsa perícia	342 do CP	147, 683, I, 2ª figura, 1.010, I, 2ª figura	346 do CPM
Fatos que não demandam perícia	167, 184	420, § único, I a III, 427	315, § único
Fotografia judiciária	164, 165, 169, <i>caput</i> , 170	429	324
Honorários dos peritos	—	33	—
Horário de realização	161, 163	431-A	327, 329
Idade mínima	279, III	—	52, <i>d</i>
Identificação do cadáver	166, <i>caput</i>	—	337
Identificação do indiciado	6º, VIII	—	330, <i>e</i>
Impedimentos e suspeições	105, 112, 252, 253, 254, 255, 279, 280	134, 135, 138, III, 423	37, <i>a</i> , 52, 53, 137, 139, 334, § único
Impossibilidade de realização do ECD	167, 168, § 3º	420, § único, III	328, § único
Incêndio	—	—	343
Incidente de insanidade	149	—	156, 162, § 1º, 330, <i>c</i> , 332
Indeferimento da perícia	184	420, § único	315, § único
Infrações penais que deixam vestígios	6º, VII, 158, 525, 535, § 1º, 564, III, <i>b</i>	—	27, 314, 328, <i>caput</i> , 341, 500, III, <i>b</i>
Início do ECD	161, 162	421	329, 334
Insalubridade	—	—	—

	CPP	CPC	CPPM
Instrumentos do crime	11, 171, 175	—	320, 330, <i>g</i> , 341, 345
Interdição	—	1.183	—
Laudô imperfeito	181	435, 437, 438, 439	323, 331, § 1º
Laudô pericial	153, 160, 165, 169, 178, 179, § único, 180, 181, 182, 277, § único, <i>c</i> , 527, 528, 529, 775, II	218, § 1º, 421, 429, 432, 433, 436, 607, 681, 722, § 1º, 878, 957, 976, 978, 1.009, 1.011, 1.036, §§ 1º e 2º, 1.045, 1.066, § 2º, 1.183, 1.186, 1.207	50, § único, <i>c</i> , 160, 162, 319, 322, 323, 325, 326, 600, § único
Laudos complementares	168, §§ 1º e 2º, 181	437, 438	323, 331, § 1º
Natureza da prova pericial	—	420	330
Número de peritos	159, <i>caput</i> , 527, 775, II	421, 431-B, 842, § 3º	318
Não podem ser peritos (ver incompatibilidade e suspeição)	279, 280	424, I e II	52
Nomeação de peritos e assistentes técnicos	159, § 1º e 2º, 276	421, 431-B,	48
Novo exame	180, 181, § único	437, 438, 439, 1.066, § 2º	322, 326
Nulidade	564, III, <i>b</i>	—	500, III, <i>b</i>
Órgãos auxiliares da justiça	—	139	318
Órgãos que podem requisitar exames	6º, VII e VIII, 7º, 13, II, 47, 149, 156, 271, § 1º, 366, 423, 499, 502, 509, 538, 757	—	315, 321
Pareceres técnicos	—	427	—
Penalidades administrativas ao perito	277, § único	147, 424, § único	50, 51
Perícias criminalísticas	11, 164, 165, 166, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 240, § 1º, <i>d</i> , 527	434	330, <i>e, f e g</i> , 340 a 345

	CPP	CPC	CPPM
Perícias médico-legais	149, 162, 163, <i>caput</i> , 775	218, 434, 877	156, 162, 330, <i>a, b, c e d</i> , 331 a 338
Perícia por carta	—	428	346
Peritos "ad hoc"	Súm. 361 do STF, 135, § 2º, 159, §§ 1º e 2º, 179, <i>caput</i> , 275, 277, <i>caput</i> , 527, <i>caput</i> , 775, II	145, 421	318
Peritos oficiais	159, <i>caput</i>	434	48, <i>caput</i>
Prazo para entrega do laudo	150, § 1º, 160, § único, 777, § 2º	146, 421, 433	157, § 1º, 325
Preservação do local	6º, I, 169, <i>caput</i>	—	339
Quesitos	160, 176, 177	276, 278, 421, § 1º, II, 425, 426, 435, 452, I	48, § único, 65, <i>c</i> , 159, 316, 317, 319, 325, 346
Realização de outras diligências	—	—	158
Reconhecimento de escritos	—	—	344
Reconhecimento do cadáver	166	—	337
Reconstituição	7º	442, III	13, § único
Rejeição do laudo	182	436, 437, 438, 439	326
Restauração de autos	541, § 2º, <i>b</i>	1.066, § 2º	481, § 2º, <i>b</i>
Substituição do perito ou assistente técnico	—	424, I e II	137
Terceiro perito	180	—	322
Topografia judiciária	165, 169, 170	429	324
Vestígios	158, 164, 167, 171, 535, § 1º, 564, III, <i>b</i>	—	27, 328, 341, 500, III, <i>b</i>
Vistoria	—	420	—

2.6. Peritos.

São pessoas qualificadas ou experientes a quem incumbe, por determinação legal, esclarecer um fato de interesse da justiça, por meio de uma análise técnico-científica.

O STF, em súmula 361, define: "No processo penal, é nulo o exame realizado por um só perito, considerando-se impedido o que tiver funcionado, anteriormente, na diligência".

2.7. Assistentes técnicos.

São profissionais de confiança das partes e indicados por elas (na área cível), que acompanham os exames realizados pelo perito oficial do juiz, conforme o estabelecido pelos: Art. 331, I e 421 § 1º, I do CPC. Na área penal não há assistente técnico.

2.8. Documentos médico-forenses.

São expressões gráficas, públicas ou privadas, que têm o caráter representativo de um fato a ser avaliado em juízo.

Os documentos de interesse da justiça são:

1) notificação médica.

É a comunicação feita pelo médico, às autoridades competentes, de um fato profissional. A notificação será compulsória, quando por necessidade social ou sanitária. Ex.: acidentes do trabalho, doenças infecto-contagiosas etc. (Art. 269 e 298 do CP);

2) atestado médico.

É uma declaração simples, por escrito, de um fato médico e suas conseqüências. Não exige compromisso legal (Art. 302 do CP e Art. 110 do Código de Ética Médica: "é vedado ao médico fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade").

O atestado de óbito tem legislação específica:

- Dec.-Lei 4.857 / 39 (enterro);
- Dec. 20.931 / 32 (dever do médico de atestar);
- Dec. Estadual 4.967 / 31 (modelo anexo);
- Resolução CFM nº 1.601/2000 e 1.641/2002;

3) relatório médico-forense.

O relatório médico-forense é a descrição escrita minuciosa de uma perícia médica que visa a responder a solicitação de autoridade policial ou judiciária frente ao inquérito.

O relatório feito pelos peritos após a investigação técnico-científica é denominado laudo. Os códigos de processo firmam com clareza o caráter relativo do laudo pericial (Art. 182 CPP e 436 e 437 do CPC). Se for com presença de testemunhas e ditado diretamente a um escrivão chama-se *auto*.

O relatório médico-forense deve ser constituído das seguintes partes:

a) preâmbulo, que contém:

- a -data, hora e local do exame;
- b -nome da autoridade que determinou o exame;
- c -identificação dos peritos;
- d -qualificação do examinado;

b) quesitos, que podem ser:

- e -oficiais (formulados e aprovados por comissão);
- f -acessórios (formulados pelo juiz ou pelas partes);

c) histórico.

Registro dos fatos mais importantes que motivam o pedido da perícia, que possam esclarecer e orientar a ação do perito (Art. 429 do CPC);

d) descrição.

É a parte mais importante do relatório. É imprescindível que se registre com precisão todas as particularidades da lesão, inclusive os termos de relação e comparação, se possível com esquemas e fotografias, tornando-a completa, minuciosa, objetiva e metódica;

e) discussão.

É o diagnóstico lógico a partir de justificativas racionais e da discussão das várias hipóteses. Nesta parte podem ser incluídas citações e transcrições pertinentes, que podem comprovar o nível científico e cultural do perito;

f) conclusão.

Síntese diagnóstica redigida com clareza, disposta ordenadamente, fruto da descrição e da discussão. Deve apontar uma idéia real não só da lesão, mas, também, do modo como foi produzida;

g) respostas aos quesitos.

De forma sintética e convincente, afirmando ou negando;

4) parecer médico-forense.

É um relatório médico-forense onde está ausente a descrição. A discussão e a conclusão passam a ser as partes de maior relevo desse documento. Valem pelo seu conteúdo científico, pelos argumentos fundamentados, pela clareza de raciocínio e pelo espírito jurídico apresentados (Art. 427 do CPC). São oficiosos, particulares;

5) depoimento oral.

É a declaração, tomada ou não a termo, em audiências de instrução e julgamento, sobre fatos obscuros ou conflitantes.

3. ANTROPOLOGIA MÉDICO-FORENSE.

3.1. Identidade.

É o conjunto de caracteres próprios e exclusivos, que individualizam uma pessoa ou uma coisa, fazendo-a distinta das demais.

3.2. Reconhecimento.

É o ato de certificar-se, conhecer de novo, afirmar conhecer.

O reconhecimento é uma afirmação sempre realizada por alguém (parente ou conhecido) sobre alguém conhecido ou de sua convivência. É um processo empírico com baixo grau de precisão.

3.3. Identificação médico-forense.

É o processo técnico-científico através do qual o perito determina a identidade (de uma pessoa / de uma coisa). Poderá ser feita no ser vivo, no cadáver ou em parte do corpo humano.

Nesse processo o legista utiliza conhecimentos e técnicas médico-legais.

3.4. Métodos de identificação médico-forense.

O bom método de identificação apresenta as seguintes características:

- 1)-unicidade (elementos escolhidos são específicos, individuais. Ex.: pap digitais);
- 2)- imutabilidade (caracteres não sofrem alteração com o tempo. Ex.: cor da pele);
- 3)-perenidade (permanência do caracter, mesmo após a morte. Ex.: sexo);
- 4)-praticabilidade (obtenção e registro de modo prático e simples);
- 5)-classificabilidade (passível de classificação).

3.5. Caracteres utilizados nos métodos de identificação.

- espécie (ossos, sangue humanos);
- raça (forma do crânio, índices cefálico, facial etc). Classificação de Ottolenghi (5 tipos raciais: caucásico, mongólico, negróide, indiano e australóide);
- sexo (cromossomal, gonadal, cromatínico, genital, jurídico, psíquico);
- idade (aparência, pele, pêlos, globo ocular, dentes, Rx de ossos);
- estatura;
- sinais individuais (nevus, verrugas);
- malformações (lábio leporino, genuvalgo);
- sinais profissionais (calosidades dos calígrafos);
- biótipo;
- tatuagens;
- cicatrizes;
- dentes (ficha dental);
- papilas dérmicas (datiloscopia);
- superposição de imagens;
- registro da voz;
- impressão digital genética do DNA (sêmen, sangue, pêlos, fragmentos de pele).

Para melhor compreensão, estudemos a datiloscopia (sistema VUCETICH). Este sistema utiliza dois elementos relacionados às papilas dérmicas:

1) Fórmula Datiloscópica (FD)

FD = $\frac{E}{V}$ 1432 * Mão direita (polegar, indicador, médio, anular e mínimo)
 V 2341 * Mão esquerda (idem)

V = 4 (verticilo);

I = 2 (presilha interna, direita);

E = 3 (presilha externa, esquerda);

A = 1 (arco).



Fig. 4

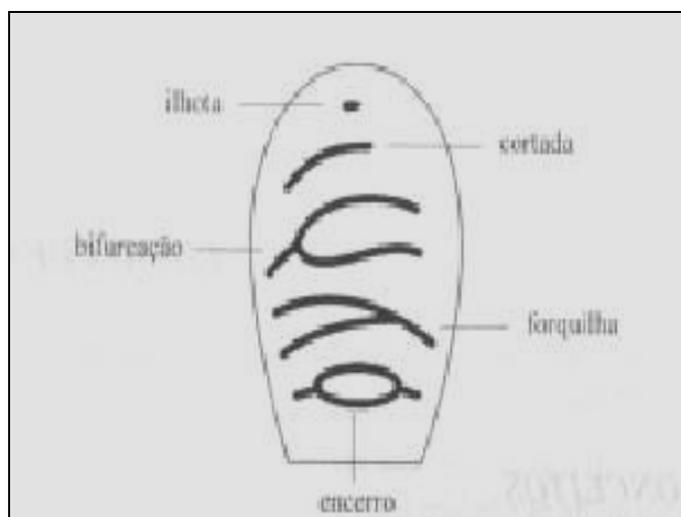


Fig. 5

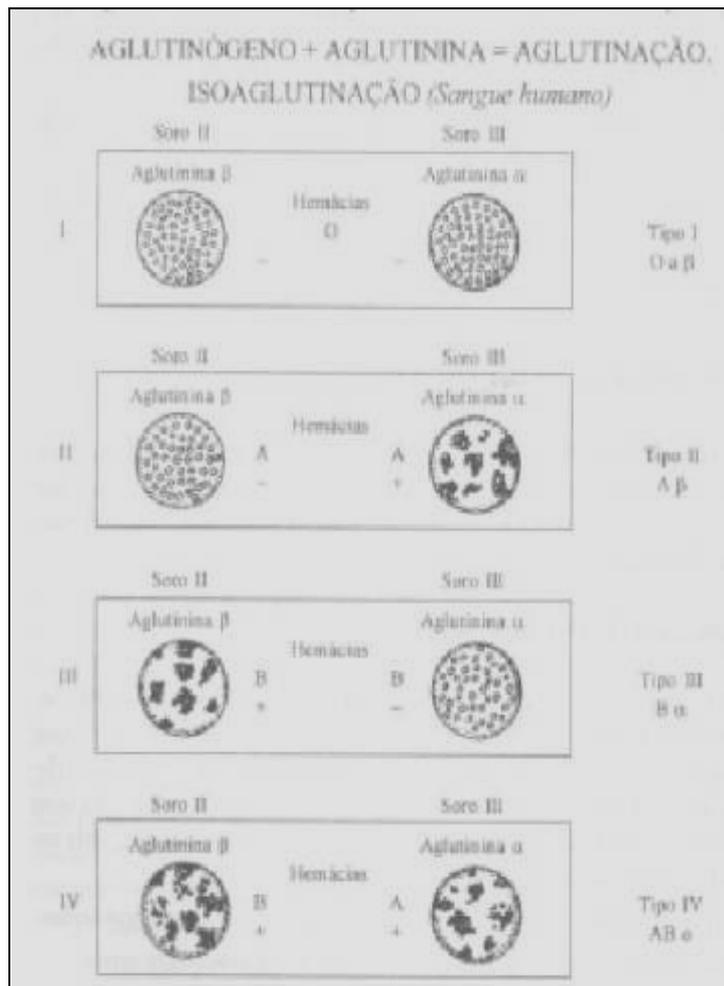


Fig. 7

c) prova da impressão digital genética do DNA.

No início da década de 50, os cientistas WATSON e CRICK descobriram a estrutura em dupla hélice do DNA.

Em 1985, ALEC JEFFREYS criou sondas moleculares radioativas que podiam reconhecer regiões altamente sensíveis do DNA, possibilitando o reconhecimento de padrões específicos de cada indivíduo, aos quais denominou “impressão digital genética do DNA” (*fingerprint*).

Seus defensores acreditam que o estudo do material genético básico das pessoas (moléculas de DNA existentes no interior dos cromossomas, os quais se localizam no núcleo das células) é um método de excelência, pois a possibilidade de se encontrar duas pessoas iguais por esse método é de 1/10 trilhões.

Entretanto, na prática, alguns fatores podem ser questionados (amostra a ser examinada, metodologia usada, técnica de execução, idoneidade do laboratório). Esta presunção deve estar lastreada de outros meios probatórios.

As provas genéticas são utilizadas na investigação do vínculo genético da paternidade e também no campo da Criminalística (DNA forense).

4. TANATOLOGIA MÉDICO-FORENSE.

É a parte da Medicina Forense que estuda a morte e as suas repercussões jurídico-sociais.

4.1. Conceito e diagnóstico de morte.

Morte é cessação total e permanente das funções vitais, pela parada das funções **cerebral, respiratória e circulatória**.

É difícil precisar o exato momento da morte, bem como o seu diagnóstico, porque ela não é um fato instantâneo, e sim uma seqüência de fenômenos gradativamente processados nos vários órgãos e sistemas de manutenção da vida (Art.162 do CPP).

Atualmente, a tendência é privilegiar a avaliação da atividade cerebral e o estado de descerebração (morte encefálica) como indicativo de morte real. Para isso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) tomou a Resolução CFM nº 1.480 / 97 :

"Art.1º. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art.2º. Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no "Termo de Declaração de Morte Encefálica" anexo a esta Resolução.

§ único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente Termo, que deverão ser aprovados pelos CRM, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art.3º.. A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art.4º. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal e apnéia.

Art.5º. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 7 dias a 2 meses incompletos48 h
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto24 h
- c) de 1 ano a 2 anos incompletos12 h
- d) acima de 2 anos6 h.

Art.6º. Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

- a) ausência de atividade elétrica cerebral (EEG) ou,
- b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,
- c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Art.7º. Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) acima de 2 anos - um dos exames citados no Art. 6º;
- b) de 1 a 2 anos incompletos - um dos exames citados no Art. 6º. Quando optar-se por EEG, serão necessários 2 exames, com intervalo de 12 h entre um e outro;
- c) de 2 meses a 1 ano incompleto - 2 EEG, com intervalo de 24 h;
- d) de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 EEG, com intervalo de 48 h.

Art.8º. O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico de morte encefálica deverão ser arquivados no próprio Prontuário do paciente.

Art.9º. Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor Clínico da Instituição Hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a Unidade hospitalar onde o paciente se encontrava internado.

Art.10.. Esta Resolução (...), publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.346 / 91."

4.2. Comoriência e primoriência (Art. 8º CC).

Quando duas ou mais pessoas morrem na mesma ocasião, não se podendo provar quem faleceu primeiro, presume-se, que eles tiveram morte simultânea, surgindo a figura jurídica de comoriência.

Diz-se primoriência, quando há condições de provar que uma delas faleceu momentos antes. Nesses casos caracteriza-se o momento da morte quando se verifica a parada cardiorrespiratória.

4.3. Fenômenos cadavéricos.

Para se constatar a certeza da morte é necessária a observação dos fenômenos cadavéricos, os quais se instalam progressivamente no cadáver. BORRI divide esses fenômenos em:

1) abióticos ou vitais negativos, que podem ser:

a) imediatos:

- perda da consciência;
- perda da sensibilidade;
- perda da mobilidade e tono muscular (fácies, pupila, esfínteres);
- cessação da respiração;
- cessação da circulação;
- cessação da atividade cerebral;

b) consecutivos:

-**desidratação** cadavérica (decréscimo do peso por perda de água), até 8g/kg/dia em recém-nascidos, ocorre aparaminhamento da pele, dessecamento das mucosas e globos oculares;

-**algor mortis** (resfriamento cadavérico). Sabe-se que o corpo humano perde calor por diversos mecanismos (evaporação, condução, irradiação e convecção), à razão de 1º C a 1,5º C por hora, igualando sua temperatura à do ambiente, no máximo, até a 24ª hora após o decesso.

Existe uma fórmula matemática para esse cálculo: $H = N - C / 1,5$ (H é o tempo em hora, N é a temp. retal normal (37,2º C) e C é a temperatura retal do cadáver);

-**livor mortis** (manchas cutâneas de hipóstase), encontradas na parte de declive dos cadáveres, as quais começam a aparecer sob a forma de pontilhado e, em seguida, coalescem para formar placas vermelho-arroxeadas, que desaparecem pela compressão. Surgem na 1ª meia hora após o óbito e se tornam evidentes em torno de 2 a 3 horas após . Ocorrem devido a parada da circulação, a gravidade e a permeabilidade dos tecidos;

-rigor mortis (estado de contratura muscular), resultante de múltiplos fatores - baixa de oxigênio, glicólise anaeróbica, permeabilidade de membranas, etc.; começa 1 a 2 horas após a morte, atinge o máximo após 8 horas, desaparecendo depois de 24 h, devido a putrefação.

Pela **Lei de NYSTEN-SOMMER**, a rigidez se manifesta primeiro na face, na mandíbula e no pescoço, seguindo-se os Membros Superiores (MMSS), o tronco e, finalmente, os Membros Inferiores (MMII); desaparecendo na mesma ordem;

-espasmo cadavérico (rigidez abrupta), generalizada e violenta, sem o relaxamento muscular que precede a rigidez comum; e

2) transformativos , que podem ser :

a) destrutivos:

-autólise (destruição enzimática celular);

-putrefação (decomposição fermentativa por ação de germes);

-maceração (ocorre com cadáver imerso em líquido). Observa-se no afogado e feto no útero materno. Os tecidos se enrugam e se desprendem facilmente, aparecem bolhas epidérmicas que evoluem para destacamento cutâneo e descolamento dos ossos dos tecidos; e

b) conservadores:

-mumificação (rápida desidratação natural ou artificial). Ocorre em meio quente arejado e seco, quando o cadáver é ressecado naturalmente ou pelo embalsamamento. Os tecidos ficam com aspecto de couro curtido ;

-saponificação ou adipocera (transformação do cadáver em substância com aparência de cera ou sabão. Ocorre em local úmido, argiloso e mal ventilado);

-calcificação (precipitação de sais de cálcio). Formam os litopédios

-corificação (mumificação rara de cadáveres em urnas metálicas fechadas);

-congelamento (cadáveres conservados quase indefinid. a temp. -40°C).

4.4. Cronotanatognose.

É o ramo da Tanatologia que estuda os meios de determinação do tempo transcorrido entre a morte e o exame necroscópico e faz estimativa do tempo de morte.

Assim como o diagnóstico de morte, a estimativa do tempo de morte apresenta inúmeras dificuldades e incertezas. Essa estimativa é estudada no conjunto dos seguintes fenômenos:

- 1) algor cadavérico;
- 2) livor cadavérico;
- 3) rigor cadavérico;

- 4) gases de putrefação - 1º diagases não inflamáveis;
 - 2º ao 4º dias.....gases inflamáveis;
 - 5º dia em diantegases não inflamáveis;
- 5) perda de peso - RN perde 8 g / kg peso / dia , nas 1ªs 24 h;
- 6) mancha verde abdominal - na FID24 a 36 h após morte;
 - em todo o corpo.....3º ao 5º dia;
- 7) cristais de WESTENHÖFER-ROCHA-VALVERDE no sangue putrefeito (aparecem por volta do 3º dia e permanecem no sangue até 35 dias após a morte);
- 8) crioscopia do sangue (ponto de congelação);
- 9) conteúdo estomacal - refeição leve2 h;
 - refeição média3 a 4 h;
 - refeição pesada5 a 7 h;
- 10) fenômenos de sobrevivência (vida residual):
 - epitélio respiratóriomovimentação até 13 h PM;
 - espermatozóidemovimentação até 36 h PM;
 - musculaturamov./ excitab. elétrica até 6 h;
 - glândulas sudoríparasexcitab. elétrica até 30 h ;
 - córneavitabilidade até 6 h, etc. ;
- 11) calendário da morte:
- corpo flácido, quente, sem livores.....menos de 2 h;
 - rigidez da nuca e mandíbula, esboço de livores, esvaziamento das papilas no fundo de olho..... de 2 a 4 h ;
 - rigidez MMSS, da nuca e da mandíbula, livores relativa/ acentuados e anel isquêmico de 1/2 do diâmetro papilar no fundo de olho.....de.4 a 6 h;
 - rigidez generalizada, manchas de hipóstase, não-surgimento de mancha verde abdominal e desaparecimento das artérias de fundo de olhomais de 8h e menos de 16h;
 - rigidez generalizada, esboço de mancha V. Abd, reforço da fragmentação venosa e desaparecimento das artérias do fundo de olhomais de 16h e menos de 24h;
 - presença de mancha V.Abd, início de flacidez, papilas e máculas não localizáveis no fundo de olho de 24h a 48h;
 - extensão da mancha V.Abd, e fundo de olho reconhecível só na periferiade 48 a 72h;
 - fundo de olho irreconhecível de 72h a 96h;
 - desaparecimento das partes moles do corpo e presença de insetos.....de 2 a 3 anos;
 - esqueletização completa.....mais de 3 anos.

4.5. Modalidades de morte.

1) Morte súbita / imediata / instantânea.

É aquela que ocorre de modo instantâneo, de efeito imediato, decorrendo poucos minutos de sobrevivência entre o início e o fim. Ela pode ser:

- violenta (originada por ação externa - homicídio, suicídio, acidente);
- natural (que tem base patológica).

2) Morte suspeita.

Aquela que ocorre sem qualquer justificativa aparente, sem evidência de causa natural ou violenta.

3) Morte aparente.

Estados patológicos que simulam morte. Observa-se inconsciência, hipotermia, hipotonia muscular, atividades circulatória e respiratória mínimas.

4) Morte agônica / tardia.

Aquela que apresenta uma sobrevivência (período de tempo que vai do evento danoso até a morte) de dias / semanas após a eclosão da causa básica.

5) Morte por inibição.

É aquela que ocorre pela suspensão súbita e inesperada das funções vitais, sem que, antes ou depois, exista uma explicação convincente de sua ocorrência. Ela pode ser explicada como resultado de pequenas perturbações ou leves traumatismos, que não produzem nenhuma lesão, mas, atuando em determinados órgãos ou regiões (zonas reflexógenas), causam a morte rápida e brusca de um indivíduo aparentemente sadio. Ex. de zona reflexógena: seio carotídeo, plexo solar.

6) Morte real e morte presumida.

Definidas pelo Código civil.

4.6. Lesões "in vitam" e "post mortem".

O diagnóstico diferencial entre as lesões produzidas em vida ou depois da morte possibilita a elucidação de muitas questões de interesse da justiça, em problemas que envolvem assuntos da Traumatologia, da Sexologia, da Infortunística e da Tanatologia.

A cronologia das lesões pode-se verificar nas seguintes etapas:

- lesões produzidas bem antes da morte;
- lesões produzidas imediatamente antes da morte;
- lesões produzidas logo após a morte; e
- lesões produzidas certo tempo depois da morte.

A perícia tem como elemento de diagnóstico destas lesões, os seguintes meios complementares de técnica laboratorial:

1) meios tradicionais.

Fundamentam-se nas alterações físico-patológicas "in vivo", decorrentes dos mecanismos de reação de defesa do organismo humano:

- a) infiltração hemorrágica (principalmente nas contusões);
- b) coagulação sangüínea;
- c) retratibilidade dos tecidos;
- d) equimoses (presença e tonalidade - espectro equimótico);
- e) escoriações (aspecto);
- f) reações inflamatórias (somente no ser vivo);
- g) embolias;
- h) calo de fraturas (evolução);
- i) queimaduras (reações vitais);

2) meios subsidiários:

a) prova de VERDERAU.

Contagem de glóbulos brancos / vermelhos da região da lesão e de outra parte do corpo:

- relação equivalente - lesão "*post mortem*";
- superioridade da 1ª contagem (área da lesão) em relação à 2ª - lesão "*in vitam*";

b) prova histológica:

- reação inflamatória - lesão "*in vitam*";
- ausência de reação inflamatória - lesão "*post mortem*";

c) microscopia eletrônica do coágulo:

- fibras de fibrina;
- estrutura das plaquetas;

d) prova histoquímica:

- aminas vasoativas;
- prostaglandinas; íons Ca, Zn, Mg.

4.7. Causa jurídica da morte.

Um dos objetivos da Tanatologia Médico-Legal é estabelecer o diagnóstico da causa jurídica da morte, buscando determinar as hipóteses de homicídio, suicídio ou acidente.

Na confirmação desse diagnóstico diferencial, o perito deve realizar:

- 1) análise do resultado da inspeção do local da morte (realizado pela perícia criminal);
- 2) necropsia;
- 3) estudo do indiciado autor.

Os seguintes aspectos são relevantes nesse diagnóstico:

- mecanismo da morte (esganadura, sugerindo homicídio; enforcamento, sugerindo suicídio, etc.);
- lesões de defesa (palma das mãos, face palmar dos dedos, antebraços e braços da vítima apontam para homicídio);
- lesões na vítima provocadas pelo agressor (escoriações e equimoses no pescoço e nos MMSS);
- lesões no agressor provocadas pela vítima (escoriações e dentadas);
- sede e nº de ferimentos no cadáver, direção da ferida, distância do tiro;
- exame do indiciado e da arma usada.

4.8. Interesse jurídico.

A verificação da realidade da morte apresenta interesse jurídico em várias situações, Dentre elas:

- 1) Código Civil:
 - Art. 2º (personalidade civil no nascimento com vida);
 - Art. 6º (existência de pessoa natural se encerra com morte);
 - Art. 7º (declaração de morte presumida);
 - Art. 8º (comoriência);
 - Art. 22 da Lei 6.515 / 77 (dissolução do casamento pela morte);
 - Art. 1.635 (extinção do poder familiar pela morte dos pais ou do filho).
- 2) Código Penal e Código de Processo Penal:
 - Art. 107 (extinção da punibilidade pela morte do agente);
 - Art. 121 (matar alguém...);
 - Art. 211 (destruir, subtrair ou ocultar cadáver ou parte dele);
 - Art. 212 (vilipendiar cadáver ou suas cinzas).
 - Art. 162 (realização da autópsia 6 (seis) horas depois do óbito).

4.9. Necropsia.

Exame necroscópico, necropsia, autopsia, necropsia ou tanatopsia são termos semelhantes na prática médico-forense.

É um conjunto de operações que tem como meta fundamental evidenciar a " causa mortis " e esclarecer problemas de interesse da justiça (identificação, causa jurídica, cronotanatognose).

A necropsia é a maior de todas as perícias médico-legais.

A necropsia médico-legal compreende:

- 1) inspeção externa:
 - exame de conjunto (sexo, estatura, compleição física, nutrição, impressão digital, fenômenos cadavéricos, etc.);
 - exame dos grandes segmentos (na seguinte ordem: cabeça, pescoço, tórax, abdome, MMSS, MMII, dorso e genitália externa; e
- 2) inspeção interna:
 - exame da cavidade craniana;
 - exame das cavidades torácica e abdominal;
 - exame da cavidade vertebral;
 - exame dos órgãos do pescoço;
 - exame das cavidades acessórias da cabeça.

4.10. Exumação.

Consiste no desenterramento de cadáver, por ordem legal, visando a:

- esclarecimento da "causa mortis " e causa jurídica da morte;
- identificação;
- interesse sanitário; e
- traslado.

5. TRAUMATOLOGIA MÉDICO-FORENSE.

Estuda as lesões corporais de interesse jurídico.

Lesão corporal é qualquer alteração ou desordem da normalidade, de origem externa e violenta, capaz de provocar dano pessoal em decorrência de dolo, culpa, acidente ou autolesão.

O objetivo fundamental do estudo médico-pericial das lesões corporais é a caracterização qualitativa e quantitativa do dano causado por ato ilícito contra a integridade física ou a saúde do ser humano.

As lesões decorrentes de violência sobre o corpo humano são causadas por diversas modalidades de energia:

- mecânicas;
- físicas;
- químicas;
- físico-químicas;
- bioquímicas;
- biodinâmicas;
- mistas.

5.1. Lesões por meios mecânicos.

Os meios mecânicos causadores de dano funcional ou anatômico (representados por objetos ou instrumentos), atuam por :

- pressão; - tração; - percussão; - torção; - compressão/ descompressão;
- explosão; - deslizamento; e - contrachoque.

De acordo com as características da lesão causada, os meios mecânicos podem ser classificados do seguinte modo.

5.1.1. Meios de ação perfurante.

São instrumentos de aspecto pontiagudo, alongado e fino (estilete, agulha, furador de gelo) que originam os ferimentos perfurantes (punctiformes ou não) , tendo as seguintes características :

- menor diâmetro que o do instrumento causador;
- raro sangramento;
- nocividade maior na região profunda;
- raramente de origem acidental ou suicida.

5.1.2. Meios de ação cortante.

São instrumentos que apresentam gume mais ou menos afiado (navalha, gilete, bisturi), que produzem os ferimentos cortantes, com as seguintes características principais :

- forma linear, com predominância do comprimento sobre a profundidade;
- regularidade das bordas e do fundo da lesão;
- sangramento mais ou menos acentuado;
- afastamento das bordas;
- paredes lisas e regulares;
- ausência de vestígios traumáticos em torno da lesão;
- presença de cauda de escoriação;
- mais acidentais e homicidas que suicidas.

Quando a lesão determina perda de substância (nariz, orelha, etc.), é dita mutilante.

5.1.3. Meios de ação contundente.

São instrumentos, geralmente com uma superfície plana (lisa, áspera, irregular), que se chocando com o corpo humano, produzem as feridas contusas. Distinguem-se as seguintes variedades:

1) rubefação.

Congestão repentina e momentânea da região atingida pelo traumatismo (mancha avermelhada efêmera e fugaz);

2) *escoriação*.

Erosão epidérmica ou abrasão, resultado da ação tangencial do meio contundente (queda, arrastamento, atropelamento, unhas);

3) equimose.

Infiltração hemorrágica nas malhas dos tecidos, de origem espontânea, acidental, ou violenta. De tonalidades variáveis com o correr do tempo, constituindo o denominado **espectro equimótico de Legrand du Saulle**:

- vermelho violáceo1 a 2 dias
- azulado3 a 6 dias
- esverdeado7 a 12 dias
- amarelado12 a 20 dias;

4) hematoma.

Coleção sangüínea no interior dos tecidos, sem difusão em suas malhas, decorrente do extravasamento de sangue de vaso calibroso (denomina-se bossa sangüínea quando ocorre no couro cabeludo);

5) ferida contusa.

Lesão aberta produzida por instrumento de superfície e não de gume, cuja ação venceu a resistência e a elasticidade dos planos moles:

- bordas irregulares, escoriadas e equimosadas;
- pouco sangrantes;
- forma sinuosa ou estrelada;
- integridade dos vasos;
- presença de pontes de tecido íntegro;

6) fratura.

Solução de continuidade dos ossos (aberta (exposta) ou fechada / completa ou incompleta e cominutiva / direta ou indireta);

7) entorse.

Lesão articular causada por movimentação exagerada dos ossos que compõem uma articulação, com perda momentânea de contato entre as superfícies de articulação;

8) luxação.

Deslocamento de dois ossos , cujas superfícies de articulação perdem seu contato;

9) rotura de vísceras.

Rotura de órgãos internos (fígado, baço, rim, etc.), causada por impacto violento sobre o corpo;

10) outras variedades (encravamento, empalamento, espostejamento etc).

5.1.4. Meios de ação perfurocortante.

São instrumentos providos de ponta e gume (canivete, faca-peixeira, punhal, lima), que penetram perfurando com a ponta e cortando com o gume (borda afiada) os planos superficiais e profundos, produzindo as feridas perfurocortantes.

5.1.5. Meios de ação perfurocontundente.

São instrumentos mais perfurantes que contundentes (ponta de guarda-chuva, projétil de arma de fogo), que produzem feridas perfurocontusas.

Esses ferimentos são produzidos quase sempre por projéteis de arma de fogo (chumbo nu ou revestido de níquel ou outra liga metálica).

Produzido o tiro, escapam pela boca da arma:

- projétil (que pode ser de energia comum ou de alta energia (+ 750 m/s) - velocidade inicial, aceleração e deslocamento do centro de gravidade do projétil);
- gases superaquecidos;
- “língua de fogo”;
- fumaça;
- pólvora (grânulos incombustos);
- bucha.

A parte da criminalística que estuda as armas de fogo, sua munição e os efeitos do tiro é denominada balística forense, compreendendo:

- balística interna (funcionamento das armas, sua estrutura e mecanismo e a técnica de tiro);
- balística externa (trajeto e trajetória do projétil);
- balística do ferimento (lesões e danos sofridos pelo corpo atingido).

No estudo das lesões ou ferimentos produzidos por projéteis de arma de fogo, devem-se considerar:

1) ferimento de entrada (usualmente diminuto).

O orifício de entrada apresenta várias características:

- bordas invertidas, não sangrantes, e forma arredondada ou ovalar que depende do eixo de penetração;
- tamanho, usualmente menor que o calibre do projétil que o produziu, guardando com ele uma proporção direta;
- orlas ou halos (de contusão e de enxugo ou limpeza);
- zona de tatuagem (incrustação de grânulos e poeira);
- zona de esfumaçamento (depósito de pólvora incombusta e impurezas);

2) ferimento de saída (quando transfixante), com bordas evertidas, sangrantes, forma irregular (estrelada, anfractuosa); e

3) trajeto (caminho percorrido pelo projétil no interior do corpo).

Uma necropsia cuidadosa poderá esclarecer, com detalhes, todas as particularidades das lesões, constituindo-se a prova técnica uma imagem bem aproximada da dinâmica do evento delituoso.

5.1.6. Meios de ação cortocontundente.

São instrumentos que, mesmo possuindo gume, têm ação contundente, quer pelo seu peso, quer pela força de quem os maneja (foice, machado, enxada, serra elétrica, roda de trem). As lesões causadas são os ferimentos cortocontusos. Um exemplo peculiar desse tipo de lesão é a mordedura ou dentada, produzida pelo homem ou por animais.

5.2. Lesões por meios físicos.

As energias de ordem física são aquelas que atuam pela mudança do estado físico. Dentre elas estudam-se abaixo as principais.

5.2.1. Temperatura.

As modalidades de temperatura que podem causar lesões corporais são:

1) o frio.

Que pode atuar de maneira individual ou coletiva, mais habitualmente no acidente, e sua natureza jurídica ocorre no crime e no suicídio.

A ação localizada do frio (gelo, neve, ar frio) é conhecida como geladura, e produz lesões muito parecidas com as das queimaduras.

A ação generalizada do frio não produz lesões típicas. Assim, podem ocorrer:

- alterações do SNC; sonolência; fraqueza geral;
- anestésias; delírio; convulsão; morte; e

2) o calor.

Que pode atuar:

- de forma difusa, causando a insolação (pela exposição ao calor solar) e a intermação (pela exposição ao calor ambiental e consumo inadequado de sal); e

- de forma direta (eletricidade, Rx, raios ultravioleta, líquidos, etc.) ordinariamente de origem acidental, causando as queimaduras / radiodermites. Entende-se por queimadura "um conjunto de lesões determinadas pela ação do agente físico, químico ou biológico que, atuando sobre os tecidos, dão lugar a processos reativos locais e gerais, cuja gravidade guarda relação com sua extensão ou profundidade (BENAIN)".

Para a qualificação e quantificação das queimaduras a Medicina Forense considera as duas seguintes classificações:

a) área corporal atingida (**Regra dos Nove de PULASKI e TENNISSON**), que serve para a caracterização do perigo de vida (quando a extensão da queimadura é de mais de 50% da área corporal, a morte pode ocorrer entre 6 a 16 h);

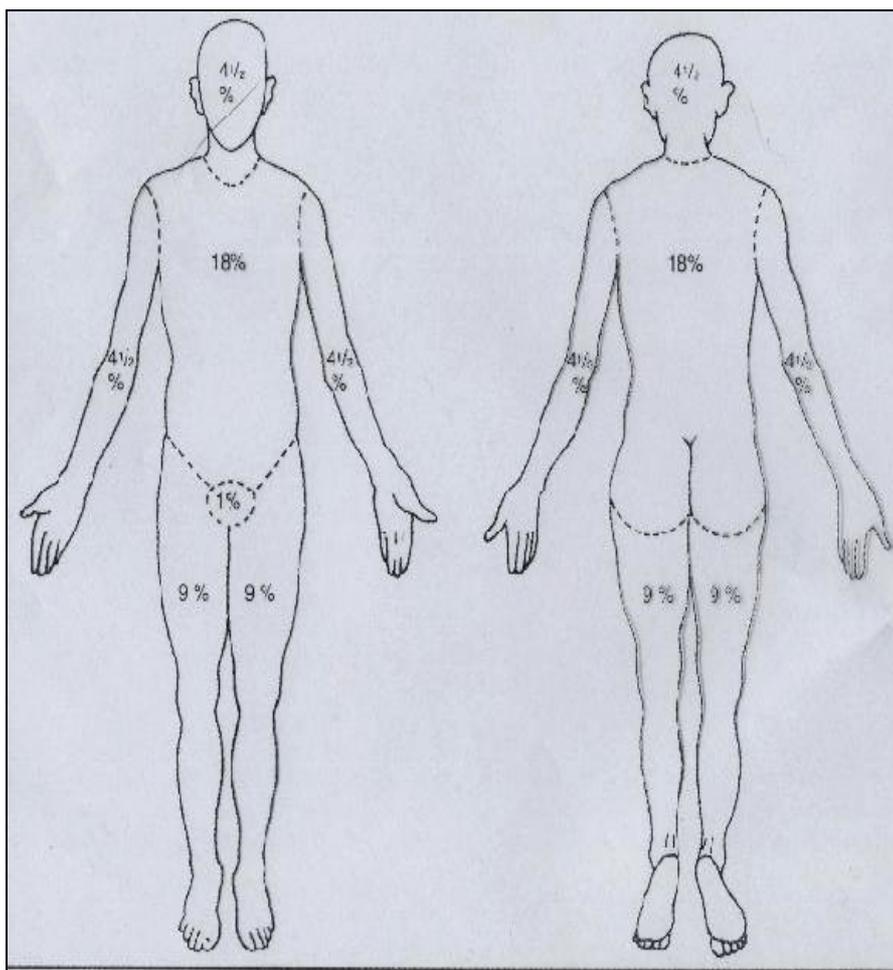


Fig. 9

b) - grau da lesão (**HOFFMANN**), que caracteriza a profundidade da queimadura (produzida "*in vitam*") em 4 graus:

(1)- 1º GRAU.

Apenas a epiderme é afetada. Caracteriza-se pela presença apenas de eritema simples (**sinal de CHRISTINSON**), uma reação vital que não deixa cicatrizes. A coagulação fixa o eritema após a morte;

(2)- 2º GRAU.

Há comprometimento da derme. Caracteriza-se pela formação de vesículas ou flictenas (bolhas), com líquido amarelo-claro em seu interior (**sinal de CHAMBERT**). No cadáver estão freqüentemente marcadas, formando placas apergaminhadas;

(3)- 3º GRAU.

A lesão atinge até os planos musculares, com coagulação necrótica de tecidos moles, formando escaras. A cicatrização é feita por 2ª intenção, deixando cicatrizes proeminentes; e

(4)- 4º GRAU.

Ocorre carbonização parcial ou total do tecido ósseo, com redução do volume do cadáver, retração dos tecidos moles (riso sardônico) e/ou flexão dos membros. No cadáver de um adulto, essa carbonização pode demorar de 1h 30 min a 2h para sua total redução a cinzas. Nos fornos crematórios (1.500° C) essa carbonização demora cerca de 45 min.

5.2.2. Pressão atmosférica / barotraumas.

Ao nível do mar, o corpo humano está submetido a uma pressão atmosférica de 760 mm Hg (= 1 atmosfera).

O ar que respiramos neste mesmo nível tem a seguinte composição aproximada:

- azoto80% ;
- oxigênio.....14% ;
- gás carbônico.....5% ; - outros gases.....1%.

Desse modo, conforme a lei da difusão dos gases (a difusão dos gases em um líquido é diretamente proporcional à pressão e inversamente proporcional à temperatura), podemos observar 2 situações anômalas:

1) em alta altitude, ocorre:

- menor pressão atmosférica;
- menor temperatura; e
- ar mais rarefeito.

O que provoca diminuição da dissolução dos gases no sangue e, conseqüentemente (mal das montanhas / dos aviadores):

- anóxia / hipoxemia (dispnéia, náusea, obnubilação, perda da consciência);
- maior trabalho cardíaco (taquicardia, cansaço)
- morte; e

2) em baixa altitude (abaixo do nível do mar - mergulhadores, mineiros), ocorre :

- maior pressão atmosférica;
- alta ou baixa temperaturas.

O que provoca um aumento da dissolução dos gases no sangue e hiperoxigenação, podendo causar:

- transtorno no SNC;
- embolia gasosa (obstrução da corrente sangüínea por bolhas devido a rápida liberação de gases dissolvidos no sangue).

5.2.3. Eletricidade.

A eletricidade pode causar lesões no corpo humano por:

- fulguração, fulminação, se cósmica ou natural; e
- eletroplessão ou eletrocussão, se artificial ou industrial. Essas lesões são, geralmente, acidentais, podendo, no entanto, ter origem suicida ou homicida. Elas variam, de acordo com as características da corrente elétrica:

1) intensidade ou amperagem (limite mortal):

- corrente contínua = 40 a 600 mA;
- corrente alternada = 20 a 150 mA (baixa freq.) e > 300 mA (alta freq.);

2) tensão ou voltagem:

- baixa (até 120 v - fibrilação ventricular);
- média (120 a 1.200 v - fibrilação e tetanização respiratória);
- alta (1.200 a 5.000v -tetanização resp. e > 5.000v-paralisia bulbar e cardíaca);

3) freqüência ou ciclagem:

- alta (efeito térmico - diatermia);
- limite de perigo = 7.000 ciclos/seg. (SIMONIN);

4) resistência (OHM).

Oposição oferecida pelo corpo à passagem de corrente. A resistência global do corpo humano pode alcançar até 1.000.000 Ohm, podendo cair para a faixa de 2.500 a 1.000

Ohm (solo úmido, extremidades molhadas, contato com condutores ligados à terra, etc.). Nesta última condição, uma corrente de 110 a 120 v é suficiente para causar a morte.

Dentre as lesões, destacamos as principais:

1) marca elétrica de **JELLINEK**.

Lesão de pele de forma circular, elíptica ou estrelada, de consistência endurecida, bordas altas, tonalidade branco-amarelada (encontrada no ponto de entrada da corrente);

2) queimadura (escara negra, apergaminhada, de bordas nítidas).

Que pode ser cutânea, muscular, óssea e visceral; dependendo do efeito térmico (a passagem de corrente elétrica através de condutor determina calor) e da Lei de JOULE (o calor desenvolvido por uma corrente elétrica é proporcional à resistência do condutor, ao quadrado da intensidade e ao tempo durante o qual passa pelo condutor);

3) surdez, quase sempre unilateral;

4) cegueira, que pode ser reversível (lesão do nervo óptico e catarata);

5) morte, que pode ocorrer por asfixia, AVC, parada cardíaca ou de maneira indireta pelo traumatismo.

A etiologia da morte pela corrente elétrica é justificada por 4 teorias:

(a) **morte pulmonar (asfixia por parada respiratória).**

Achados necroscópicos compatíveis com asfixia: tetanização muscular e fenômenos vasomotores (face azul do eletrocutado):

- edema pulmonar;
- enfisema subpleural;
- congestão e hemorragias pulmonares;
- secreção espumosa e sanguinolenta (falso cogumelo de espuma);

(b) **morte cardíaca (parada cardíaca)** - face branca do eletrocutado:

- fibrilação;
- parada cardíaca;

(c) **morte cerebral (paralisia dos centros cardiorrespiratórios)**

- hemorragia das meninges;
- hemorragia ventricular;
- edema cerebral;
- hiperemia dos centros nervosos.

(d) **morte pelo traumatismo da queda**

5.3. Lesões por meios químicos.

São lesões produzidas por substâncias cáusticas que, agindo externamente no corpo humano, provocam lesões tegumentares mais ou menos graves. São relativamente freqüentes e sua natureza jurídica pode ser acidental (mais freqüente), suicida, dolosa e simulatória (ocultação). Os cáusticos podem produzir 2 tipos de efeitos:

1) efeito coagulante.

Desidratação dos tecidos e coagulação das proteínas, produzindo escaras endurecidas de tonalidades diversas. Exemplos:

- ácido sulfúrico (vitriolo) - escaras inicialmente esbranquiçadas, negras depois;
- ácidos nítrico (água forte) e fênico - escaras amareladas, podendo causar combustão espontânea;
- água régia (Ac. Sulf. +Nitr.)
- ácido clorídrico escaras cinza-escuro;
- formol pele apergaminhada, unhas frágeis e convexas; e

2) efeito liqüefacente.

Dissolução dos tecidos e saponificação das gorduras, produzindo escaras úmidas, translúcidas, amolecidas e untuosas. Exemplos:

- potassa cáustica (hidróxido / carbonato de potássio);
- soda cáustica (hidróxido/ carbonato de sódio).

A importância do estudo dessas lesões decorre da possibilidade de, pelas suas características, propiciar:

- determinação da gravidade da lesão;
- identificação da substância tóxica causadora;
- diagnóstico diferencial entre as lesões produzidas "*in vitam* " e "*post mortem* ".

5.4. Lesões por meios físico-químicos.

As energias de ordem físico-química são aquelas que por ação mecânica e alteração bioquímica produzem asfixia. O termo asfixia (do grego = falta de pulso), significa, atualmente, falta ou supressão da respiração.

Em Medicina Forense, considera-se asfixia de natureza jurídica aquela que se apresenta com 3 características:

- primitiva;
- violenta; e
- mecânica.

5.4.1. Fisiopatologia da asfixia.

As energias de ordem físico-química que produzem asfixia, podendo levar o indivíduo à morte, atuam de 3 modos:

- impedindo a circulação do ar nas vias aéreas (anóxia de ventilação);
- inibindo as trocas gasosas (hematose) nos alvéolos pulmonares (anóxia anêmica ou anóxia de circulação); e
- inibindo a respiração celular (anóxia tissular).

A asfixia se processa, de modo geral, em 4 fases. São elas:

a) 1ª fase - cerebral (1 a 2 min):

- enjoos;
- vertigens, lipotímia;
- sensação de angústia;
- inconsciência;
- bradipnéia e taquisfigmia;

b) 2ª fase - excitação cortical e medular (1 a 2 min):

- convulsões;
- contrações da musculatura (da face e respiratória);
- relaxamento dos esfíncteres;
- bradicardia e elevação da PA;

c) 3ª fase - respiratória (1 a 2 min):

- lentidão e superficialidade dos movimentos respiratórios;
- insuficiência ventricular direita;

d) 4ª fase - cardíaca (3 a 5 min):

- arritmias;
- parada cardíaca em diástole;
- morte.

5.4.2. Características das asfixias mecânicas.

Nas asfixias mecânicas, em geral, existem certos sinais que, em conjunto, permitem seu diagnóstico.

1) Sinais externos:

- a) manchas de hipóstase (de tonalidade escura, são precoces e abundantes);
- b) congestão da face (máscara equimótica, por estase mecânica da Veia Cava Superior - VCS);
- c) equimoses da pele e das mucosas (arredondadas, de pequenas dimensões, formando agrupamentos);
- d) fenômenos cadavéricos:
 - livores (mais extensos, mais escuros e mais precoces);
 - algor (de instalação mais lenta);
 - rigor (mais lento, mais intenso e mais prolongado);
 - putrefação (mais precoce e mais acelerada);
- e) cogumelo de espuma (bola de finas bolhas de espuma que cobre a boca, as narinas e o trato respiratório). Mais comum no afogado e no edema agudo de pulmão;
- f) projeção da língua e exoftalmia (presente também na fase gasosa da putrefação).

2) Sinais internos:

- a) manchas de TARDIEU (equimoses viscerais - pulmões e coração);
- b) alterações sangüíneas:

- tonalidade escura, viscosidade diminuída, pH ácido;
- hiperglicemia;
- c) congestão polivisceral (fígado, mesentério, etc.);
- d) distensão e edema pulmonar.

- 3) Sinais de violência:
-indicativos da modalidade de asfixia.

5.4.3. Classificação das asfixias mecânicas.

Segundo Afrânio Peixoto, as asfixias mecânicas podem ser classificadas em:

1) asfixias puras.

Manifestadas pela anoxemia ($\downarrow O_2$) e hipercapnêa ($\uparrow CO_2$);

a) asfixias em ambientes por gases irrespiratórios:

- confinamento (lesões produzidas em ações desesperadas da vítima);
- asfixia por monóxido de carbono (presença de COHb - cor cereja às mucosas);
- outras asfixias ambientais;

b) asfixias por obstáculos à penetração do ar nas vias respiratórias:

- sufocação direta (oclusão externa ou obstrução por corpo estranho);
- sufocação indireta (por compressão do tórax / crucificação);

c) asfixias por meios líquidos (afogamento);

d) asfixias por meios sólidos ou pulverulentos (soterramentos);

2) asfixias complexas.

Constricção das vias respiratórias, interrupção da circulação cerebral e inibição por compressão dos elementos nervosos do pescoço (zonas reflexógenas):

- enforcamento (constricção passiva);
- estrangulamento (constricção ativa);

3) asfixias mistas.

Superposição de fenômenos circulatórios, respiratórios e nervosos.

5.4.4. Afogamento.

É um tipo de asfixia mecânica produzida pela penetração de um meio líquido ou semilíquido nas vias respiratórias. Sua etiologia pode ser acidental, suicida (menos freqüente) e homicida (raro).

A morte por afogamento ocorre em 5 fases (PONSOLD):

- 1ª fase: defesa: - surpresa (inibição nos afogados brancos e inspiração inicial profunda no afogado azul);
- 2ª fase: resistência: - apnéia como mecanismo de defesa;
- 3ª fase: dispnéia de submersão;
- 4ª fase: convulsões asfíxicas;
- 5ª fase: exaustão: - inspiração profunda, apnéia (paroxística agônica), inconsciência e morte.

Os sinais cadavéricos do afogado real (azul) estão caracterizados por:

1) sinais externos:

- temperatura baixa da pele;
- pele anserina;

- retração do mamilo, do saco escrotal e do pênis;
- maceração da epiderme;
- livores hipostáticos de tonalidade rósea;
- cogumelo de espuma;
- erosão dos dedos e presença de corpos estranhos sob as unhas;
- equimoses da face e conjuntivas;
- mancha verde de putrefação;
- embebição cadavérica;
- lesões "*post mortem*" produzidas por animais aquáticos;

2) sinais internos:

a)-determinados pela presença de líquidos:

- nas vias respiratórias, no tubo digestivo, no ouvido médio;
- presença de corpos estranhos (plâncton);
- enfisema aquoso (entrada de água obstruindo a saída de ar);
- diluição e fluidez do sangue;
- manchas de PALTAUF(hemólise aquosa das manchas de TARDIEU);

b)-determinados por lesões na base do crânio:

- hemorragias temporal e etmoidal;

c)-diagnosticados laboratorialmente:

- hidremia (coração esquerdo);
- achados microscópicos, radiológicos, etc.

5.4.5.. Enforcamento / estrangulamento / esganadura

Asfixia por constrição mecânica do pescoço por:

a) laço fixo e ação da gravidade sobre o peso do próprio corpo da vítima, como força ativa no enforcamento;

b) laço acionado por força diversa do peso no estrangulamento; e

c) força muscular das mãos do agente na esganadura.

1) Fisiopatologia e fases.

A morte por constrição mecânica ocorre por 3 mecanismos:

- respiratório (obliteração das vias aéreas superiores);
- circulatório (compressão troncos vasculares que irrigam o cérebro); e
- nervoso (compressão de zonas reflexógenas, com inibição vagal).

Esta modalidade de morte desenvolve-se em 3 fases:

a) - 1ª fase: resistência:

- sensação de calor;
- zumbidos e escotomas cintilantes;

b) - 2ª fase: inconsciência:

- perda da consciência;
- convulsões;
- hipoxemia e hipercapnia;

c) - 3ª fase: morte:

- morte aparente;
- morte real (rápida ou em até 10 min).

2) Sinais cadavéricos.

Os sinais cadavéricos na asfixia mecânica estão caracterizados por :

a)- sinais externos:

- aspecto do cadáver (posição da cabeça, face branca ou arroxeada, língua cianótica e projetada, protrusão ocular, otorragia, orelha violácea, etc.);
- sulco do pescoço (vários sinais);

b)- sinais internos:

(1)-gerais (os mesmos das asfixias em geral);

(2)- locais:

- sufusões hemorrágicas no pescoço;
- equimoses retrofaringeas;
- lesões vasculares;
 - lesões da laringe (fratura do osso hióide e das cartilagens tireóide e cricóide, rotura das cordas vocais);
 - lesões da coluna vertebral (fraturas e luxações das vértebras);
- (3)- histodiagnóstico do pescoço:
 - epiderme, derme, subcutâneo;
 - camada muscular;
 - plexos (vasculares e nervosos).

3) Tipos especiais de estrangulamento:

- a) estrangulamento ante braquial (golpe da gravata. Constrição do pescoço pela ação do braço e antebraço);
- b) garrote vil (constrição do pescoço por garrote - execução judicial).

5.4.6. Sufocação / soterramento.

Na sufocação direta a oclusão das vias respiratórias pode ser manual (crimes sexuais, infanticídio), com objetos (almofadas, travesseiros, lenços) ou por corpo estranho (moeda, botão, alimento), podendo ser de origem acidental ou dolosa.

Na sufocação indireta, a compressão torácica é usualmente de origem acidental.

No soterramento ocorrem lesões comuns às asfixias mecânicas, além de traumatismos externos (escoriações, contusões) e presença de substância pulverulenta nas vias aéreas superiores e na boca. Usualmente de natureza acidental, podendo ser criminosa.

5.5. Lesões por meios de ordem mista. Lesões corporais e maus-tratos.

5.5.1. Conceito / tipificação.

Lesão corporal é qualquer alteração ou desordem da normalidade do corpo humano, de origem externa ou violenta, em decorrência de culpa, dolo, acidente ou autolesão.

Art. 129 do Código Penal: " ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem ".

5.5.2. Classificação.

As lesões corporais podem ser classificadas em:

1) dolosas:

a) de natureza leve.

Quando não apresentam nenhum resultado dos estabelecidos nos § 1º e 2º do Art. 129. Em geral, pequenos danos superficiais, de pouca repercussão orgânica, e de recuperação rápida. Nesses casos, a Lei 9.099/ 1995 (juizados especiais cíveis e criminais) dispensa o exame de corpo de delito;

b) de natureza grave.

Referidas no § 1º do Art. 129:

" I - incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 (trinta) dias;". Essa incapacidade deve ser real, impossibilitando que a vítima possa exercer suas ocupações habituais. Ocupação habitual não é atividade profissional. Por exemplo: de aposentado, de criança, de dona de casa, etc.;

" II - perigo de vida;". É uma probabilidade concreta e iminente de um êxito letal. " O perigo decorre de um diagnóstico e não de mero prognóstico de peritos. É preciso, para que ocorra essa gravidade de lesão, que pelo menos em determinado momento do processo patológico, mais ou menos longo, tenha-se verificado uma efetiva probabilidade de êxito letal. O perigo, em suma, há de ser sério, atual e efetivo. Não remoto e presumido. " (TACRIM- SP - RT 447 / 414).

Ao contrário, o risco de vida é uma probabilidade remota, condicionada a possíveis complicações e meramente presumido.

" III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;". Por debilidade deve-se entender enfraquecimento ou redução ou debilitação da capacidade funcional ou de uso permanente :

- de membro (MMSS e MMII);
- de sentido (5 sentidos da vida de relação);
- de função (mecanismo de atuação dos órgãos aparelhos e sistemas).

"Desqualifica-se o crime de lesão corporal gravíssima para grave quando ocorrer ablação ou inutilização de apenas um dos elementos componentes de determinada função ou sentido, como acontece em relação àqueles que se apóiam em órgãos duplos, acarretando tão-só a diminuição funcional do organismo e não a sua perda" (TAMG-AC - RT 611 / 407).

"IV - aceleração de parto;". É a expulsão do feto, com vida, antes do termo normal da gestação, motivada por agressão física ou psíquica à gestante. Se o feto morre antes, durante ou logo após o parto, a lesão é gravíssima;

c) de natureza gravíssima.

Referidas no § 2º do Art. 129:

"I - incapacidade permanente para o trabalho;". É a situação definitiva em que o indivíduo fica privado de exercer qualquer trabalho. É a invalidez;

"II - enfermidade incurável;". Moléstia, doença ou afecção que cause um déficit funcional de caráter permanente. Ex.: hemiplegia, demência senil, AIDS. O ofendido não está obrigado a submeter-se a tratamentos arriscados e excepcionais, nem pode dificultar propositalmente o processo de cura;

"III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;". Perda é a ablação. Inutilização é quando sua debilidade permanente excede a 70% do conjunto. Ex.: perda da visão (em ambos os olhos), ablação dos testículos, paraplegia. A perda de um dos órgãos duplos não caracteriza a lesão gravíssima, e sim grave;

"IV - deformidade permanente;". Deformidade deve ser conceituada como toda alteração estética grave, irremovível pelos meios comuns, capaz de reduzir, mais ou menos acentuadamente, a estética individual, a ponto de causar constrangimento e sentimento de repulsa ou piedade e magoar. São características agravantes da deformidade (localização, extensão, cor, profundidade, mutilação, retração, afundamento).

As condições personalíssimas da vítima não devem ter nenhum relevo quanto à caracterização da deformidade;

"V - aborto:" A lesão corporal seguida (direta e imediatamente) de aborto (expulsão do feto seguida de morte) , quando a gestação é conhecida ou manifesta, qualquer que seja a idade do feto. Nesse caso a lei protege dois interesses: a saúde da mulher e a continuidade da vida do concepto.

A legislação penal entende por aborto a interrupção da gravidez por morte fetal em qualquer fase do ciclo gravídico. Desnecessária é a expulsão do feto para caracterização do aborto.

2) culposas.

Diz-se que uma lesão corporal é de natureza culposa quando o agente lhe deu causa por:

- a) imprudência (ação inconveniente, estouvada, sem cautela);
- b) imperícia (agente incompetente, inexperiente, inábil); ou
- c) negligência (desleixo, incúria, desatenção, indolência).

No estudo das lesões corporais culposas, não importa a qualidade e a quantidade do dano, visto não haver gradação de pena com referência a estes aspectos. Os objetivos periciais são os seguintes:

- considerar o dano (caracterizar a lesão corporal);
- estabelecer o nexo causal (ação ou omissão, sem a qual o resultado não teria ocorrido);
- caracterizar o grau de previsibilidade do dano, levando em conta as circunstâncias em que o ato se realizou;

3) lesões corporais seguidas de morte (homicídio preterintencional).

Ocorre quando o agente, sem dolo, lesa a vítima e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis (dolo direto), nem assumiu o risco (dolo eventual) do desfecho letal. O dano produzido (morte) não está relacionado com a vontade do agente. Seu propósito era ferir de maneira insignificante, sendo, no entanto, traído por um resultado inesperado. Ex.: alguém esmurra outrem; este cai, fratura a base do crânio e morre.

LESÕES CORPORAIS

LESÕES CORPORAIS	Art. 129	caput	§ 1º	§ 2º	§ 3º
POSITIVO LESÃO					
Ofender a integridade corporal ou saúde (A)		LEVE			
Ocupações habituais por mais de 30 dias (B1) Perigo de vida (B2) Debilidade permanente de membro, sentido ou função (B3) Aceleração do parto (B4)			GRAVE		
Incapacidade permanente para o trabalho (C1) Enfermidade incurável (C2) Perda ou inutilização de membro, sentido ou função (C3) Deformidade permanente (C4) Aborto (C5)				GRAVÍSSIMA	
Morte (D)					MORTAL

Fig 11

Quesitos

1º) Se das lesões recebidas resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias.

2º) Se das mesmas lesões resultou perigo de vida para a paciente.

3º) Se das mesmas lesões resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função para o paciente.

4º) Se das lesões aludidas resultou, para a paciente:

- a) incapacidade permanente para o seu trabalho;
- b) enfermidade incurável;
- c) perda ou inutilização de membro, sentido ou função;
- d) deformidade permanente.

5.5.3. Sevícias.

Denominam-se sevícias os maus-tratos, ofensas físicas, cuja natureza jurídica é de caráter exclusivamente doloso.

Nessas ofensas físicas a vítima não deixa de apresentar grave comprometimento da emotividade, levada pelo terror, pelo medo, pela revolta, pelo ódio ou pela submissão.

Destacam-se dentre as sevícias:

1) síndrome da criança maltratada (síndrome de SILVERMAN).

Caracterizada por um conjunto de lesões e agressões por:

- omissão (carência física e afetiva);

-ação (maus-tratos físicos / psíquicos, espancamentos, abuso sexual, ameaças, confinamentos).

As lesões mais comuns são:

- equimoses, hematomas (subperiósteos);
- ferimentos contusos;
- queimaduras;
- fraturas dentárias, ósseas (arrancamento epifisário);
- desidratação, desnutrição;
- lesões genitais;
- intoxicação por tranqüilizantes;
- roturas viscerais.

Impõe-se em casos suspeitos ou confirmados, a comunicação obrigatória ao:

- Conselho Tutelar (Lei 8.069/90);
- Conselho Municipal da Criança e Adolescente;
- Ministério Público Estadual; ou
- Juizado da Infância e da Adolescência.

A não-comunicação pode caracterizar crime de omissão de socorro;

2) síndrome do ancião maltratado:

- maus-tratos físicos;
- maus-tratos psíquicos;
- maus-tratos econômicos;

3) tortura (Lei nº 9.455 / 7 Abr 1997).

Caracterizada pelo constrangimento de alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental.

6. ASPECTOS MÉDICO - FORENSES NO ABORTO / INFANTICÍDIO.

6.1. Conceito de aborto.

"Aborto é a expulsão prematura e violentamente provocada do produto da concepção, independentemente de todas as circunstâncias de idade, viabilidade e mesmo de formação regular" (TARDIEU).

Aborto é a interrupção da gravidez, com morte fetal, em qualquer fase do ciclo gravídico (conceito legal).

Abortamento é a interrupção da gravidez, antes da 20ª / 22ª semana de gestação. O produto do abortamento, denominado aborto, deve pesar menos de 500g e medir menos de 25cm .

O abortamento pode ser:

- ovular (até a 4ª semana);
- embrionário (4ª a 8ª semana); e
- fetal (8ª a 20ª/22ª semana).

De acordo com a OMS, e conceituação aprovada pela FIGO (1976), abortamento é a expulsão ou a extração de concepto pesando menos de 500g, equivalendo, aproximadamente a 20 / 22 semanas de gestação.

A gravidez humana é processo seletivo, considerando-se a baixa taxa de efetividade. Computando-se todas as fecundações:

- 50% terminam em abortamento subclínico (principalmente por malformações do ovo);

- 10 - 15%, em abortamento clínico; e
- 30 - 35%, evoluem para gestação viável.

6.2.. Legislação penal sobre aborto.

- 1) Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (Art.124).
- 2) Aborto provocado por terceiro (Art.125, 126, 127).
- 3) Aborto necessário (Art.128):

"Não se pune o aborto praticado por médico:

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante." É o denominado aborto necessário ou terapêutico. Para se salvar a vida da mãe, cujo valor é mais relevante, sacrifica-se a vida do filho. Considera-se que o não-sacrifício do feto, ocasionará a morte da mãe e, conseqüentemente, também a do feto.

Esta situação só ocorre quando estão presentes quatro pressupostos básicos:

- a mãe apresenta perigo vital;
- este perigo esteja dependendo diretamente da gravidez;
- a interrupção da gravidez faça cessar este perigo para a vida da gestante;
- o abortamento seja o único meio capaz de salvar a vida da gestante.

Há ainda a exigência de confirmação e concordância de, sempre que possível, outro médico;

"II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal". É o denominado aborto piedoso ou moral. O legislador atendeu unicamente a razões de ordem emocional, evitando a vergonha e a revolta da mulher violentada, que veria no nascituro a imagem de uma ofensa e de uma humilhação.

Dois aspectos merecem ter relevância nesses casos:

a) o estupro é de quase impossível comprovação, e o ato médico em tela é irreversível;

b) o aborto é praticado na gestante, mas a pena de morte é aplicada, com fundadas dúvidas de ser a gravidez resultante de estupro, a um "réu" (concepto) indefeso e sem culpa, que pagará com a perda do mais elevado direito (a vida), pelo crime praticado por outrem. Sacrifica-se um bem maior - a vida, para "reparação" de um crime contra um bem menor- a liberdade sexual.

O direito constitucional à vida é o mais fundamental de todos os direitos, por constituir-se pré-requisito à existência e ao exercício de todos os demais direitos.

A Constituição Federal proclama o direito à vida, cabendo ao Estado assegurá-lo.

O embrião ou feto representa um ser individualizado, cuja existência não se confunde nem está englobada pela vida da mãe.

6.3. Tipos de aborto.

Há diversos outros tipos de aborto: eugênico, eutanásico, social ou econômico, por motivo de honra.

O **aborto eugênico** é o que visa à interrupção de gravidez com feto defeituoso ou com possibilidade de o ser. A alegação mais comum da interrupção da gravidez por motivo eugênico é, sem dúvida, nas gestações onde ocorreu a infecção por rubéola e que pode dar origem a crianças defeituosas.

Outro motivo é o das gestações cujo concepto seja portador de condições capazes de determinar alteração patológica incompatível com a plenitude de vida e sua integração na sociedade (aberrações cromossômicas, retardo mental grave, etc.).

O **aborto eutanásico** é o realizado quando a sobrevivência do feto após o nascimento está comprometida e o êxito letal ocorrerá em curto prazo após o nascimento, mesmo com toda assistência médico-hospitalar. A morte certa e próxima seria antecipada, com diminuição do sofrimento da gestante.

O **aborto social ou econômico** é o realizado em gestante com prole numerosa e/ou sem condições econômicas para criar e educar aquela criança que vai nascer.

Outro argumento é o da democratização das disponibilidades médicas, visando a evitar as mortes de gestantes pobres, por abortamentos feitos ilegalmente e sem condições.

Entretanto, a Medicina e a Justiça devem se colocar sempre em favor da vida e do bem-estar do ser humano, no seu direito mais inquestionável - o de nascer e existir. O Estado moderno fundamenta-se no critério de defesa incondicional da vida humana como o maior bem social. O estado subjetivo da honra não pode, a meu ver, sobrelevar o caráter objetivo da existência humana.

6.4. Perícia médico-forense no aborto.

O diagnóstico do aborto criminoso é delicado e complexo, em virtude dos vários métodos que podem ser utilizados nesta prática criminosa (provocação de contrações uterinas, de dilatação do colo, de deslocamento do ovo, de extração do ovo, de morte fetal e por método cirúrgico), necessitando:

- 1) exame da vítima:
 - aborto recente (na viva e na morta);
 - aborto antigo (na viva e na morta);
- 2) exclusão de aborto espontâneo / traumático;
- 3) constatação de evidências de provocação do aborto;
- 4) identificação do meio causador;
- 5) exame do feto ou dos restos fetais:
 - tamanho, morfologia, peso;
 - cabeça (bossa, etc.);
 - ossificação;
 - cordão umbilical;
 - verniz caseoso; e
- 6) resposta aos quesitos.

6.5. Conceitos no infanticídio.

- 1) Infanticídio.

Art. 123 CP: "matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após".

- 2) Natimorto.

Feto que nasce morto, já apresentando fenômenos cadavéricos (macerado, hidrópico), sem sinais de lesões "*in vitam*" decorrentes de violência. A morte ocorreu anteparto (IG = > 22 semanas e peso = > 500g). Não é infanticídio.

- 3) Feto nascente.

Feto que está nascendo, que está no período expulsivo do parto, ou feto nascido, antes de respirar.

- 4) Infante nascido.

É o feto que acabou de nascer e respirar.

5) Recém-Nascido (RN).

É o infante, desde o seu nascimento até o 28º dia de vida.

6.6. Perícia médico-forense no infanticídio.

A caracterização do infanticídio constitui o maior de todos os desafios da prática médico-legal ("*crucio peritorum*").

Este diagnóstico é feito através de dois tipos de prova:

1) provas de **comprovação** de respiração (docimásias).

São provas (do grego dokimos = eu provo) baseadas na possível respiração extra-uterina ou nos seus efeitos. As mais importantes são:

- docimásia diafragmática de PLOQUET (se o diafragma está horizontal, o feto respirou; se convexo, o feto não respirou);
- docimásia óptica de BOUCHUT (estudo do pulmão a olho nu);
- docimásia radiológica (Rx do pulmão para observar sua transparência);
- docimásia hidrostática pulmonar de GALENO (flutuação do pulmão que respirou);
- docimásia histológica (VEIGA DE CARVALHO);
- docimásia hematopneumo-hepática, etc.;

2) provas ocasionais (circunstanciais).

As mais comuns são:

a) presença de corpo estranho nas vias respiratórias.

No infanticídio por sufocação ou soterramento, ocasionalmente podem estar presentes indícios evidentes de respiração (lama, pó, areia,);

b) presença de substâncias alimentares no tubo digestivo.

Falam a favor de uma alimentação e, portanto, vida extra-uterina;

c) presença de lesões corporais.

Demonstram a intencionalidade do infanticídio;

d) indícios de recém-nascimento.

Além das provas, e devido a relevância que a lei dá ao grau de perturbação psicológica da puérpera (parturiente no período do parto até o 40º dia), deve o exame pericial avaliar:

- se a mulher pariu recentemente;
- se o parto transcorreu de forma angustiante e dolorosa;
- se a puérpera, após o ato criminoso, tratou ou não de ocultar o cadáver ou fazer desaparecer as provas do delito (provocando carbonização);
- se há lembrança do delito ou simulação de amnésia;
- se a puérpera tem antecedentes psicóticos ou se decorreram do estado puerperal (psicose puerperal);
- se há vestígios de outra perturbação mental, cuja eclosão, durante ou logo após o parto, foi capaz de levá-la a cometer o crime.

6.7. Perícia no infanticídio seguido de carbonização do cadáver.

Esta perícia é realizada em 3 situações distintas:

1) quando restarem apenas cinzas:

- determinação da origem humana das cinzas;
- confirmação se de feto a termo;

2) nos casos semicarbonizados:

- identificação da idade e do sexo fetais;
 - identificação da estatura;
 - caracterização da *causa mortis*;
- 3) nos casos de carbonização pouco acentuada:
- lesões "*in vitam*" ou "*post mortem*";
 - se o feto nasceu vivo;
 - identificação da "*causa mortis*".

6.8. Abandono do recém-nascido.

Art.134 C. P.: "expor ou abandonar recém-nascido, para ocultar desonra própria:

§ 1º se do fato resulta lesão corporal de natureza grave.

§ 2º se resulta a morte.

7. TOXICOLOGIA MÉDICO-FORENSE.

7.1. Conceito.

A OMS definiu toxicomania ou toxicofilia: " como um estado de intoxicação periódica ou crônica, nociva ao indivíduo ou à sociedade, produzido pelo repetido consumo de uma droga natural ou sintética ".

Entende-se, em sentido estrito, por tóxico/ droga, qualquer substância química, natural, sintética ou semi-sintética, com ação psicotrópica (atua sobre consciência, atividade intelectual, comportamento), cujo uso pode causar tolerância, dependência e crise de abstinência. A legislação discrimina essas substâncias em lícitas (comércio e consumo permitidos) e ilícitas (comércio e consumo proibidos).

Uso é qualquer consumo (experimental, episódico).

Abuso ou uso nocivo é o consumo que já está associado a algum prejuízo (biológico, psicológico ou social).

Tolerância é o estado de adaptação de um organismo a uma substância, decorrente da necessidade de manutenção de sua homeostase. Manifesta-se pela necessidade do uso de doses crescentes para obtenção dos mesmos efeitos.

A dependência pode ser:

1) dependência física.

Necessidade por parte de um organismo do aporte regular de uma molécula química exógena para a manutenção de sua homeostase (equilíbrio). A suspensão abrupta da administração da droga pode causar a síndrome da abstinência;

2) dependência psíquica (dipsomania).

Estado mental caracterizado pelo impulso a utilizar uma droga psicoativa, periódica ou continuamente, com a finalidade de obtenção de prazer ou de aliviar uma tensão. A suspensão provoca reações psicológicas **inespecíficas** (ansiedade, depressão).

7.2. Quadros clínicos mais comuns que acompanham a toxicomania.

1) - **transtorno psicótico.**

Conjunto de sintomas psicóticos que acompanham ou sucedem o uso de substâncias psicoativas, caracterizado por :

- alucinações (percepção sem objeto, referente aos 5 sentidos, devido a desorganização psíquica);
- delírio (distorção radical da ideação do indivíduo com relação à realidade, devido a um estado de consciência alterada, usualmente de caráter persecutório);
- afetos anômalos (medo injustificado, euforia, êxtase);

2)- **síndrome amnésica de KORSAKOW(blackout)**.

Amnésia retrógrada para eventos e comportamentos ocorridos durante a intoxicação aguda ;

3)-“ **delirium tremens**”.

Síndrome caracterizada por:

- tremores;
- rebaixamento da consciência; e
- alucinações visuais;

4)- **intoxicação aguda**.

Quadro transitório, subseqüente ao consumo excessivo da substância psicoativa, podendo chegar ao coma e à morte, apresentando:

a) alterações:

- da consciência;
- das funções cognitivas;
- da senso percepção;
- do comportamento; e

b)Distúrbios Neurovegetativos (DNV);

5) - **síndrome da dependência**.

Quadro crônico, subseqüente ao uso continuado (mais ou menos tempo, variando com o tipo de droga e a herança genética), apresentando:

- compulsão para o consumo;
- abandono progressivo de outros interesses / atividades;
- prejuízo no desempenho escolar / profissional;
- negação.

Os efeitos produzidos pelo uso ou abuso de uma substância psicoativa dependem de vários fatores:

- tipo de substância utilizada;
- quantidade utilizada;
- via de introdução;
- condições ambientais;
- características da personalidade do usuário;

6) – **síndrome da abstinência**.

A síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas **característicos**, relacionados à interrupção ou diminuição abrupta do uso sistemático de uma substância psicoativa. Ex.: abstinência de opiáceos:

- bocejos; - pilo ereção;

- lacrimejamento, coriza, sudorese;
- dores musculares e abdominais;
- hipertensão, hipertermia;
- midríase;

7.3. Classificação clínica das drogas psicotrópicas.

1) psicolépticas (depressoras):

- a)- hipnóticas (soníferas);
- b)- ansiolíticas (ansiedade);
- c)- neurolépticas (tranquilizantes).

São representantes: - álcool; - benzodiazepínicos; - barbitúricos ; - solventes / inalantes ; - opiáceos;

2) psicoanalépticas (estimulantes ou antidepressores).

Representados por: - cocaína, anfetamínicos, nicotina, cafeína; e

3) psicodislépticos / psicomiméticos / psicodélicos / alucinógenos.

Constituídos por: - derivados da cannabis; - derivados indólicos (plantas e cogumelos); - sintéticos (LSD, ecstasy); - anticolinérgicos.

7.4. Interesse médico-forense.

A perícia médico-forense compreende:

- pesquisa e identificação da droga (flagrante);
- quantidade consumida;
- estudo biopsicológico, para caracterizar o estado de dependência;
- avaliação da capacidade de imputação;
- recuperação do dependente.

A identificação da substância utilizada se baseia:

- nas informações do paciente/ familiares;
- nos sinais e sintomas característicos.

A pesquisa e identificação da droga pode ser realizada através de 2 tipos de testes :

- testes rápidos (urina, ar expirado, etc.); e
- testes químicos e físico-químicos (reação química colorida, cromatografia).

7.5. Principais drogas.

1) *Cannabis*.

a) - Substância ativa - TetraHidroCanabiol (THC), extraído da folha da planta *Cannabis sativa*. Originária da Ásia Central. Seu uso data de 2.300 anos aC.

b) - Sinonímia - maconha, haxixe, marijuana, diamba, erva maldita, birra, fumo de Angola, etc.

c) - Administração habitual - fumar, ingerir.

- g d) - Efeitos: - excitação, seguida de relaxamento;
- euforia
 - desorientação no tempo/ espaço;

- logorréia; - hiperfagia;
- alucinações; - midríase ;
- DNV (palidez, taquicardia, hiperemia conjuntival, boca seca) .

2) **Alucinógenos.**

a) LSD (Dietilamida do Ac. Lisérgico, derivado da ergotamina do centeio, sintetizada no Lab. SANDOZ, em 1938) – mescalina (alcalóide extraído do cacto peyote) - cogumelo.

b) Administração habitual - ingestão, infusão, via endovenosa.

- c) Efeitos - similares aos da cannabis;
- alucinações e delírios mais intensos;
 - manifestações hepatorreais (icterícia, hematúria, oligúria);
 - interferência na ação da serotonina.

3) **Anfetaminas.**

a) Moderex- hipofagin, inibex, desobesi, reactivan, pervertin, preludin, ecstasy - "bolinhas"(drogas produzidas em laboratório).

b) Administração habitual - ingestão.

- c) Efeitos - excitação, euforia;
- diminuição do cansaço;
 - insônia;
 - irritabilidade; - midríase;
 - perda do apetite;
 - DNV;
 - convulsões.

4) **Cocaína.**

a) Substância ativa - alcalóide extraído das folhas da coca, arbusto sul-americano.

b) Sinonímia - pó, brilho, crack, merla.

c) Administração habitual - aspiração, fricção, injeção.

- d) Efeitos: - similares aos das anfetaminas;
- quadros psicóticos;
 - insuficiência cardíaca, AVC, IAM;
 - Coma e morte.

5) **Anticolinérgicos.**

a) Substância ativa - atropina, ciclopentolato, etc.

b) Sinonímia - saia branca, véu de noiva, trombeteira, chá de lírio.

c) Administração habitual - ingestão.

- d) Efeitos: - cicloplegia (midríase);
- boca seca;
 - retenção urinária e fecal;
 - hipotensão;
 - convulsões;
 - delírio.

6) **Opiáceos.**

a) Substância ativa - ópio (extraído da papoula), Papaver somniferum e derivados (heroína, morfina, meperidina, dolantina, demerol, codeína). Consumidos há cerca de 5.000 anos, no Mediterrâneo, no Oriente Médio e na Ásia.

b) Administração habitual - ingestão, injeção.

- c) Efeitos: - sensação de orgasmo, seguida de estupor e sonolência;

- miose; - boca seca; - retenção urinária; - hipotensão;
- depressão do SNC; - coma; - morte.

7) **Barbitúricos.**

- a) Pentotal, comital, gardenal, nembutal, optalidon.
- b) Administração habitual - ingestão, injeção.
- c) Efeitos : - calma, desinteresse;
 - relaxamento, sonolência; - hipotensão;
 - midríase;
 - depressão do SNC; - coma; - morte.

8) **Solventes orgânicos/ inalantes.**

- a) São hidrocarbonetos (lança-perfume, cheirinho da loló, cola, acetona, gasolina, thinner, éter, benzina, esmalte.
- b) Administração habitual - inalação.
- c) Efeitos: - sonolência, euforia; - disartria; - diplopia; - tentativa de suicídio; - parada cardíaca; - manifestações tardias (lesões em medula, fígado, rins, nervos periféricos).

9) **Benzodiazepínicos.**

- a) Substância ativa - benzodiazepam e derivados (diazepam, valium, librium, lorax, lexotan, rohypnol).
- b) Administração habitual - ingestão, injeção.
- c) Efeitos: - relaxamento, sedação, hipnose; - incoordenação motora; - confusão mental; - bradicardia, dispnéia.

10) **Cafeína.**

Encontrada nos grãos de café, folhas de chá, de mate, guaraná, sementes de cacau.

- a) Administração: via oral.
- b) Efeitos: - dilatação dos brônquios; - estimulação cardíaca; - aumento da excreção urinária; - aumento da secreção gástrica; - melhora da atenção; - nervosismo; - ansiedade; - insônia; - tremores.

11) **Esteróides ou anabolizantes.**

- a) Grupo de derivados sintéticos da testosterona.
- b) Administração: via oral e injetável.
- c) Efeitos: - aumento da agressividade; - oligospermia; - impotência; - ginecomastia; - tumores hepáticos.

12) **Poppers.**

São vasodilatadores (nitrito de amila ou de butila) empregados na terapêutica das anginas.

- a) Administração: inalação.
- b) Efeitos: - vasodilatação; - relaxamento muscular e dos esfíncteres (usado para relaxamento do esfíncter anal dos homossexuais).

13) **Alcool e fumo.**

São as drogas psicoativas mais usadas. Estão entre as causas mais freqüentes de morte evitável :

- 1º lugar20%fumo;
- 2º lugar14%dieta;

- 3º lugar5 %álcool .

"Alcoólatras são bebedores excessivos, cuja dependência do álcool chega ao ponto de acarretar-lhes perturbações mentais evidentes, manifestações afetando a saúde física e mental, suas relações individuais, seu comportamento socioeconômico ou pródromos de perturbações desse gênero e que, por isso, necessitam de tratamento"(OMS).

a) Fases da alcoolização (embriaguez).

A embriaguez se desenvolve em 3 fases:

(1) 1ª fase: **excitação**.

Por intoxicação (depressão) dos centros superiores de controle:

- vontade;
- autocrítica; e - capacidade de julgamento diminuídas;

(2) 2ª fase: **confusão**:

- funções intelectivas;
- juízo crítico; - atenção; - memória; - equilíbrio;
- perturbações visuais (diplopia); - parestesias; e

(3) 3ª fase: **comatosa**:

- abolição dos reflexos; - paralisias; - anestésias; - hipotonias;
- coma;
- morte.

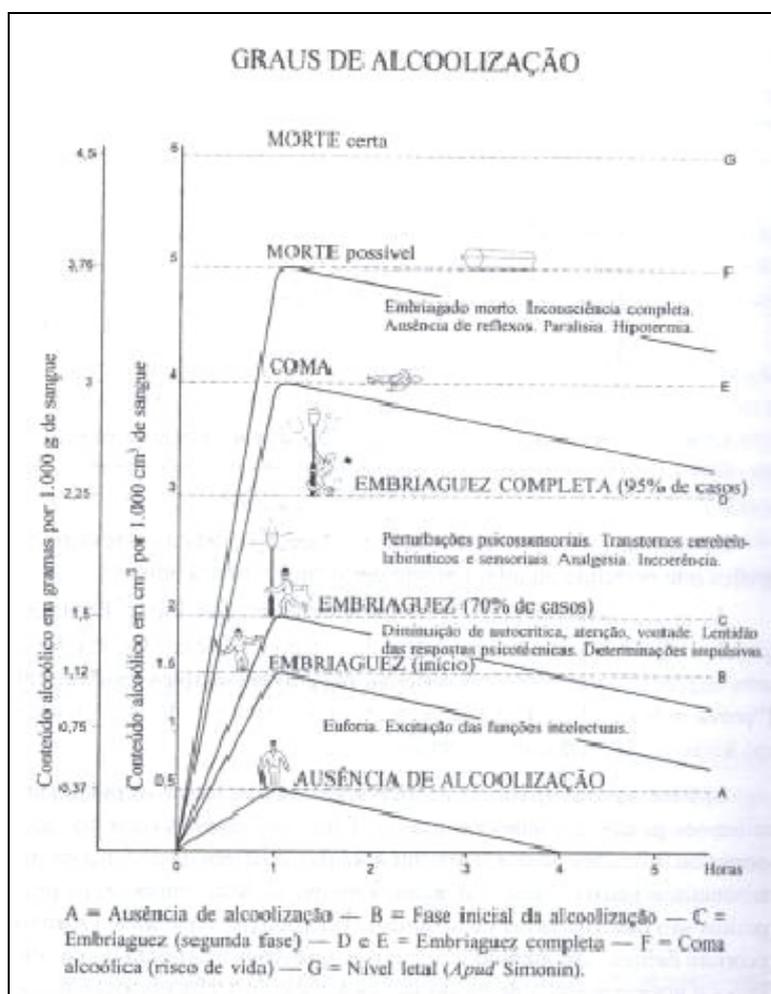


Fig. 13

b) Avaliação médico-forense.

A avaliação pericial pode ser feita: no alcoolismo crônico, pelo exame clínico e psiquiátrico; e no alcoolismo agudo, por:

(1) manifestações clínicas:

- língua saburrosa, salivação abundante;
- conduta insolente, injuriosa, loquacidade ou indiferença;
- desordem no vestuário;
- hiperemia conjuntival;
- disartria;
- reflexos alterados;
- incoordenação motora (marcha em ziguezague);
- memória comprometida; e por

(2) exames subsidiários:

- alcoolmetria direta (sangue); e indireta (ar expirado- bafômetro).

c) Tipificação penal.

(1) - Código Penal:

- Art.28, II - embriaguez voluntária ou culposa não exclui a imputabilidade, e § 1º e 2º - embriaguez completa proveniente de caso fortuito ou força maior é inimputável; e
- Art. 61, II, L – circunstâncias agravantes na embriaguez preordenada).

(2) - Lei das Contravenções penais (Dec.-Lei 3.688 / 41):

- Art. 34 (direção perigosa de veículos na via pública);
- Art. 62 (embriaguez em público).

(3) – Código de Trânsito (Lei 9.503 / 97):

- Art. 276 embriaguez impedindo direção de veículos (alcoolemia > 0,6 g /litro de sangue).

7.6. Venenos.

São substâncias que, introduzidas no organismo, alteram momentaneamente ou suprimem definitivamente as manifestações vitais de toda matéria organizada (FABRE).

São relativamente freqüentes e sua natureza jurídica pode ser acidental (mais comum), suicida, criminosa.

Denomina-se **mitridatização** a elevada resistência orgânica aos efeitos do veneno, conseguida pela introdução repetida de doses progressivas no organismo. A baixa resistência é chamada de sensibilidade ou intolerância.

Chama-se **sinergismo** a ação potencializadora dos efeitos de uma substância, quando associada a outra. Quando a ação é neutralizadora, dizemos **antagonismo**.

A ação nociva de um veneno varia com a dose (quantidade, concentração), a via de administração e a resistência individual.

7.6.1. Ciclo toxicológico.

O ciclo toxicológico seguido por um veneno através do organismo tem as seguintes fases:

1)- **administração**, que pode ser: orogastrintestinal ou parenteral (IM,EV,SC, dérmico, respiratório, etc.);

2)- **absorção**, processo pelo qual entra na circulação sangüínea (depende da concentração, da solubilidade, da via introdução, da superfície de contato);

3)- **distribuição** / impregnação / fixação, processo de disseminação pelos tecidos, de acordo com suas afinidades (tropismo). Por exemplo: os neurotóxicos no SNC, os minerais no fígado, os digitais no miocárdio;

4)- **metabolização** / penetração / transformação, processo de degradação ou conjugação, normalmente realizado pelo fígado, visando tornar inerte o veneno (os produtos intermediários têm interesse na investigação toxicológica);

5)- **eliminação**, processo de expulsão da substância através dos órgãos emunctórios (rim, intestino, pele).

7.6.2. Classificação.

Os venenos podem ser classificados:

- 1) quanto ao estado físico (sólido, líquido, gás);
- 2) quanto à origem (animal, vegetal, mineral, sintético);
- 3) quanto à função química (óxidos, ácidos, bases, sais, aldeídos, acetonas, álcoois, alcalóides etc);
- 4) quanto ao uso (doméstico, industrial, agrícola, medicinal, cosmético).

7.6.3. Perícia médico-forense.

A perícia médico-forense vale-se dos seguintes critérios para seu diagnóstico:

1) **critério clínico**, que envolve:

- a)- anamnese;
- b)- inspeção geral :
 - atitude (ex.: opistótono);
 - fácies (ex.: tetânica, renal);
 - odores peculiares;
 - sinais cutâneo-mucosos;
 - marcha (ex.: ébrio);
 - sintomas e sinais psiconeurológicos e outros;

2) **critério circunstancial / policial**, envolvendo:

- a) local da morte;
- b) depoimento de testemunhas;
- c) outros (carta ou bilhete do suicida);

3) **critério anatomopatológico** (estudo histo e anatomopatológico);

4) **critério toxicológico** (identificação do tóxico);

5) **critério experimental** (uso do material suspeito em animais de laboratório).

8. IMPUTABILIDADE PENAL E CAPACIDADE CIVIL.

8.1. Conceitos e legislação.

O comportamento humano é devido, principalmente, a 3 elementos:

1) – herança genética, presente desde a fecundação, que impõe tendências mais ou menos preponderantes;

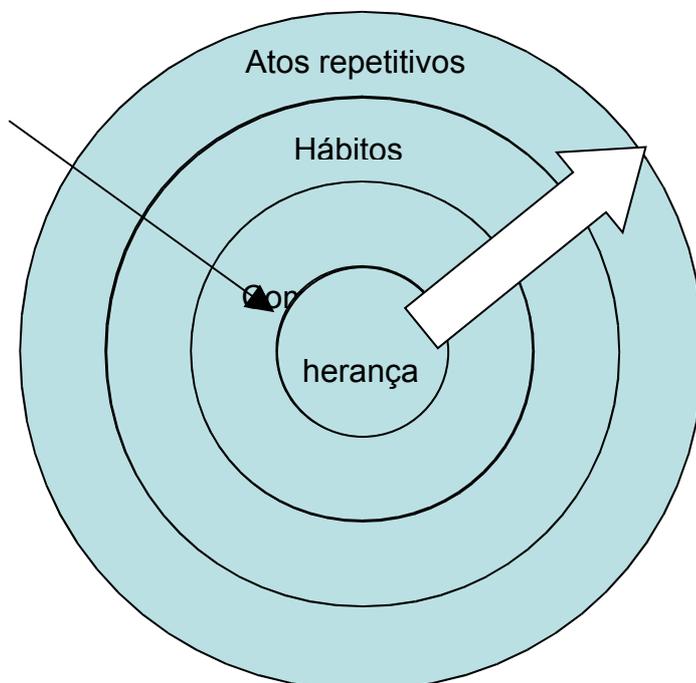
2) - educação, realizada ao longo da vida, sob a influência de fatores sociais, culturais, morais, religiosos, econômicos, etc., que moldam em graus diversos essa carga hereditária; e

3) – estimulação do meio ambiente, por solicitações mais ou menos acentuadas, que exigem respostas comportamentais.

Os atos comportamentais repetidos vão, progressivamente, sendo assimilados pela pessoa e tornam-se hábitos.

Os hábitos individuais em seu conjunto definem o tipo de comportamento, expressando o equilíbrio entre seus três elementos.

Graficamente, tem-se:



Didaticamente, pode-se considerar 3 níveis hierárquicos no comportamento humano:

1º) – **nível instintivo** ou reflexo, no qual a resposta aos estímulos externos é dada através de um arco-reflexo simples (nervo sensitivo, aferente > medula nervosa > nervo motor, eferente). Aqui a resposta é imediata, reflexa, dada instintivamente, independentemente, portanto, de consciência ou vontade;

2º) – **nível emocional**, representado pelo sistema límbico (hipotálamo), onde a resposta é dada com nível de consciência diminuído ou suprimido (violenta emoção); e

3º) – **nível intelectual**, com resposta mais elaborada, dada após atividade intelectual do córtex cerebral, expressando consciência e vontade.

A pessoa humana é dotada de poder de arbítrio, decorrente de:

- consciência; e
- vontade.

Sobre estas faculdades atuam inúmeros fatores: biológicos, sociais, econômicos, religiosos, etc, que influenciam a personalidade para o seu comportamento anti-social.

8.2. Imputabilidade penal.

Denomina-se imputabilidade à condição de quem é capaz de realizar um ato com pleno discernimento, caracterizando uma capacidade de compreensão (consciência) e uma determinação para atuar (vontade).

O legislador, reconhecendo esses aspectos, assegura:

a) a inimputabilidade:

- Art. 26 do CP: "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";

- Art. 27 do CP: "Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial";

- Art. 28, II, § 1º do CP: "É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, 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";

b) a não-exclusão da imputabilidade penal:

- Art. 28, I (emoção e paixão) e II (embriaguez voluntária ou culposa);

c) a redução de pena:

- Art. 26, § único (se o agente, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ao tempo da ação ou da omissão não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato, a pena pode ser reduzida de 1/3 a 2/3);

- Art. 28, II, § 2º (mesma redução se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato...)

8.3. Capacidade civil.

Denomina-se capacidade civil à aptidão para gerir sua pessoa e seus bens.

Segundo Afrânio Peixoto: "a capacidade ou faculdade de exercício dos direitos civis deriva da aptidão que tem para dirigir-se na vida todo homem maduro e são de espírito, por possuir as noções jurídicas que regulam as convivências sociais, poder aplicar essas regras ao caso concreto que lhe interessa e ser independente em suas deliberações".

Nossa lei civil assegura que:

- Art. 1º: "Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil;"

- Art. 3º: "São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida

civil:

I - os menores de 16 (dezesseis) anos;

II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; (loucos de todo o gênero);

“III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade;”

- Art. 4º: "são incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de 16 (dezesseis) anos e menores de 18 (dezoito) anos;

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV - os pródigos."

8.4. Limites e modificadores da imputabilidade/capacidade.

Os mais destacados limites e modificadores biopsicossociais da imputabilidade penal e da capacidade civil são:

1) idade.

A idade tem um valor significativo, tanto na imputabilidade quanto na capacidade civil, em virtude da completude do desenvolvimento mental só ocorrer depois da adolescência e regredir na senectude. Assim:

a) menores de 18 anos, são penalmente inimputáveis, cabendo ao Estado proporcionar-lhes as Medidas Específicas de Proteção. Os infratores ficam sujeitos às Medidas Sócio educativas previstas no ECA (Lei 8.069 /13 Jul 90);

b) maiores de 70 e menores de 21 anos são imputáveis criminalmente, porém sua pena é atenuada (Art. 65,I do CP);

c) maiores de 16 e menores de 18 anos são relativamente incapazes;

d) maiores de 70 anos têm aposentadoria compulsória no serviço público, por incapacidade presumida;

2) sexo.

Crimes exclusivos do sexo feminino (infanticídio – Art. 123 CP; aborto – Art. 124 CP).

Aborto provocado por terceiro em menor de 14 anos (Art. 126 CP).

Sedução de mulher maior de 14 e menor de 18 anos (Art. 217 CP).

Tráfico de mulheres (Art. 231 CP). Etc.;

3) estado agônico.

De interesse na capacidade civil. A capacidade de um moribundo não pode ser refutada originalmente pelo seu estado agônico. Apesar de estar em penoso sofrimento e na iminência de morte, sua consciência e sua vontade podem estar intactas;

4) surdo-mudez.

A privação dessas duas faculdades da vida de relação pode causar um déficit no entendimento, sobretudo se congênita. Entretanto, os surdos-mudos não podem ser considerados penalmente inimputáveis, mas são absolutamente incapazes para a vida civil os que não puderem exprimir a sua vontade;

5) **civilização.**

A civilização, a cultura e os hábitos culturais influem na consciência e na vontade.

O Código Civil remete a regulação da capacidade civil dos silvícolas para legislação específica. O Código Penal não considera este fator;

6) **estados alterados do psiquismo e do comportamento.**

O Código Penal (Art. 28) não exclui a imputabilidade por:

- emoção e paixão (há casos de diminuição de pena se o crime é cometido sob violenta emoção. Ex.: Art. 121 do CP);
- embriaguez voluntária ou culposa.

Entretanto, considera-os como circunstâncias atenuantes (Art 65, III, c; Art 28, I, do CP);

O Código Civil considera incapazes relativamente:

- os ébrios habituais;
- os viciados em tóxicos;
- os deficientes mentais com discernimento reduzido;

7) **transtornos mentais.**

Código Penal:

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".

O Código Penal considera 3 tipos de transtorno mental. São eles:

a) desenvolvimento mental incompleto.

O desenvolvimento mental incompleto é uma referência àqueles que não alcançaram ainda sua maturidade psíquica, como, por exemplo, a criança e o adolescente.

Art. 2º da Lei nº 8.069 / 90 (ECA): "Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade."

Art. 3º ECA: "assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, MENTAL (grifo nosso), moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.";

b) desenvolvimento mental retardado.

Os retardos mentais, antes denominados por KRAEPELIN oligofrenias (oligo=pouco; phreno = espírito, mente), são constituídos pelos hoje chamados deficientes mentais (cujas causas mais freqüentes são a síndrome de DOWN, o cretinismo e a microcefalia), podendo apresentar-se sob três formas clínicas:

1) deficiente mental grave:

- possuem idade mental de uma criança de até 3 anos e um Quociente Intelectual (QI) de, no máximo, 25 pelos testes de BINET-SIMON (QI = idade mental X 100/ idade cronológica);

- não têm capacidade expressiva, mímica ou verbal;
- são incapazes de se defenderem e de cuidar de si mesmos;

2) deficiente mental moderado:

- possuem idade mental de uma criança de 3 a 7 anos e QI de 25 a 50 ;

-podem aprender a ler e escrever com muita dificuldade e desempenhar algum ofício;

- falta-lhes a reflexão, o sentido moral e o sentimento ético; e

3) deficiente mental leve:

- possuem idade mental de uma criança de 7 a 12 anos e QI de 50 a 90;

- são diagnosticados na fase pré-escolar;

- são ingênuos, crédulos e sugestionáveis;

- falta-lhes o sentido moral e têm déficit de juízo crítico.

Para se determinar a imputabilidade ou a capacidade civil, investigam-se os fatores de maior relevância, que podem apontar sua normalidade psíquica:

- grau de entendimento;

- capacidade de adaptação ao meio;

- juízo crítico;

- instintos;

- temperamento;

- disposição clínica.

Nos deficientes mentais leves há dificuldades para a caracterização da imputabilidade ou incapacidade;

c) enfermidade mental (loucos de todo o gênero do CC 1.916).

Do ponto de vista médico-legal, doença mental é "um transtorno geral e persistente das funções psíquicas, cujo caráter patológico é ignorado ou mal compreendido pelo paciente e que impede a adaptação lógica e ativa às normas do meio ambiente, sem proveito para si nem para a sociedade." (NÉRIO ROJAS)

Não sendo a mente algo material, não pode ter doença orgânica, mas apenas perturbação da função. Doença mental não é sinônimo de doença do cérebro. Por isso, a caracterização como transtorno mental e do pensamento parece ser mais adequada.

São doenças mentais graves mais comuns as definidas a seguir.

1) **Esquizofrenias** (esquizo = divisão).

Têm como causa múltiplos fatores (genéticos, ambientais e fisiopatologia neurotransmissora).

Não existe nenhum método laboratorial para confirmação do diagnóstico clínico. Este se fundamenta em critérios clínicos:

- isolamento social progressivo, com deterioração nos cuidados pessoais;

- perda das fronteiras do ego, ambivalência;

- concentração deficiente;

- frouxas associações mentais (rápida mudança de um assunto para outro);

- absorção autística em pensamentos íntimos (preocupações sexuais ou religiosas);

- alucinações auditivas, geralmente de natureza derogatória (ilegal);

- delusão (falsa crença), freqüentemente de natureza grandiosa ou persecutória.

Descrevem-se classicamente 4 formas clínicas, que se diferenciam pela proeminência de sintomas.

(a) Esquizofrenia simples:

- desagregação do pensamento;

- isolamento social, conduta extravagante, indiferença.

(b) Esquizofrenia hebefrênica:

- acentuada incoerência, idéias absurdas;

- afeto incongruente e tolo (ridículo e teatral);
- perda do sentimento ético e estético.

(c) Esquizofrenia catatônica:

- assumem atitudes fixas (estáticas);
- acentuada perturbação psicomotora.

(d) Esquizofrenia paranóide:

- acentuada ilusão de perseguição ou de grandeza;
- idéia de posse fixa e eco do pensamento (sentem-se possuídos por outra pessoa, recebem ordens imperativas e compulsórias).

Os delitos praticados pelo esquizofrênico são exóticos, incompreensíveis pela sua inutilidade, repentinos e inesperados.

2) Psicose maníaco-depressiva (transtorno bipolar).

É um transtorno mental cíclico em duas fases:

- fase maníaca (hiperatividade motora e psíquica, com exaltação da afetividade e do humor); e
- fase depressiva (diminuição das funções psíquicas e motoras, com propensão ao suicídio).

3) Paranóia.

Transtorno mental de permanentes concepções delirantes ou ilusórias:

- de ciúmes (origem dos crimes passionais);
- eróticas (sentimentos amorosos por pessoas famosas);
- genealógicas (descendência de grandes vultos da história);
- reformistas (místicos e políticos);
- persecutórias (litigantes, caluniadores, difamadores).

4) Personalidade psicopática.

São pessoas que se distinguem por um estado psíquico de etiologia congênita capaz de modificar o caráter e a afetividade. Caracterizam-se pela ausência de sentimentos afetuosos, amoralidade, impulsividade, mentiras sistemáticas, comportamento fantasioso e falta de adaptação social.

A OMS considera os seguintes tipos:

- (a) paranóide;
- (b) esquizóide;
- (c) dissocial (anti-sociais, pervertidos);
- (d) impulsivo (euforia e impaciência);
- (e) histriônico;
- (f) obsessivo-compulsivo;
- (g) ansioso;
- (h) dependente;
- (i) não especificado.

"A personalidade psicopática não se inclui na categoria das moléstias mentais acarretadoras da irresponsabilidade dos agentes. Inscreve-se no elenco das perturbações da saúde mental, em sentido estrito, determinante da redução da pena." (RT 462/409 - 405/33 - 442/412 e 570/319).

9. SEXOLOGIA MÉDICO-FORENSE.

A sexologia estuda os aspectos relacionados à conduta sexual da pessoa humana.

Para a Medicina Forense importa a repercussão social que esta conduta possa ter, pelos seus desdobramentos jurídicos. Neste ponto de vista, podemos considerar que a sexualidade ("*strictu sensu*"), pode se apresentar sob os seguintes aspectos:

- 1) **sexo normal**, o que se atém às injunções da natureza, no sentido da perpetuação da espécie;
- 2) **estados intersexuais**, os que apresentam anomalias genitais e extragenitais, que dificultam sua diferenciação sexual;
- 3) **parafilias**, os que apresentam desvios da conduta normal; e
- 4) **sexo delituoso**, o que apresenta tipificação legal.

9.1. Sexo normal.

O sexo normal é resultante do equilíbrio entre os seguintes elementos:

- 1) genético (cromossômico ou genótipo).

Definido genotipicamente por um par de cromossomos ditos sexuais.

- 2) endócrino (glandular ou gonádico).

As glândulas reprodutoras (gônadas) representadas pelos testículos (no homem) e pelos ovários (na mulher) definem o sexo endócrino, por serem as principais produtoras de hormônios: testosterona (principal andrógino) e estrogênio e progesterona (principais estrogênicos);

- 3) morfológico (fenotípico).

As morfologias masculinas e femininas, tanto genitais como extragenitais, diferem entre si de modo evidente;

- 4) psicológico (mental).

Os aspectos de ordem educacional, cultural, familiar, de adaptação social, etc, atuam para o ajuste bio-psíquico-social, de modo a que as pessoas apresentem uma estrutura psicológica própria de seu sexo biológico;

- 5) jurídico (legal).

Resultante, basicamente, do Registro Civil, o qual pode ser feito por declaração assistida por testemunhas.

9.2. Estados intersexuais.

São quadros clínicos que apresentam problemas (diagnóstico, terapêutico e jurídico) quanto ao verdadeiro sexo da pessoa considerada, em decorrência de anomalias genitais (principalmente) e extragenitais:

1) hermafroditismo.

Ocorre quando um ser apresenta simultaneamente as gônadas masculinas e femininas (testículos e ovários) e genitais externos mal definidos. Quando apenas os genitais externos são indiferenciados, sem bigonadismo, dizemos pseudo-hermafroditismo;

2) síndromes especiais (aneuploidias).

Aneuploidia é a aberração cromossômica que consiste no aumento ou na diminuição do nº de cromossomos sexuais:

- (a) XXY (síndrome de KLINEFELTER)
 - hipoplasia testicular e peniana;
 - sexo cromatínico negativo;
 - azoospermia, ginecomastia;
 - retardamento mental; - esquizóide;
- (b) YO - não encontrado;
- (c) XO (síndrome de TURNER)
 - baixa estatura;
 - infantilismo sexual;
 - malformações esqueléticas;
 - sexo cromatínico positivo;
- (d) XYY - trissomia (supermacho)
 - altos;
 - inteligência normal;
 - disposição agressiva;
- (e) XXX - trissomia (superfêmea).

9.3. Parafilias (transtornos da preferência sexual).

1) Transexualismo.

É a ocorrência de pessoa com conflito entre o sexo morfológico (fenotípico), perfeitamente definido, e o sexo psicológico, comportando-se segundo este e rejeitando aquele.

2) Homossexualismo.

Homossexual é o indivíduo que possui conduta afetivo-sexual para pessoas do mesmo sexo.

3) Travestismo.

- bivalente, uso de vestimentas do sexo oposto durante parte de sua existência;
 - fetichista, uso de roupas de outro sexo, com o objetivo de obter excitação sexual e criar aparência do sexo oposto. Pode envolver somente as roupas íntimas.

4) Anafrodisia / Frigidez.

Diminuição do desejo sexual no homem e na mulher, respectivamente.

5) Fetichismo sexual.

Atividade sexual envolvendo objetos inanimados, crianças (pedofilia), animais (zoofilia), cadáveres (necrofilia), excreções (coprofilia).

6) Exibicionismo (*flasher*)

Impulso erótico de expor os genitais em público, para o sexo oposto, para excitação e prazer sexual. Em geral são pessoas tímidas, introvertidas.

7) Voyeurismo (mixoscopia).

Compulsão em observar pessoas despidas ou em atividade sexual, sem o consentimento dos envolvidos, para excitação sexual, seguida de masturbação.

8) Narcisismo.

É o sentimento emotivo de amor a si próprio; a libido é dirigida anormalmente ao próprio EU. Até certo ponto, é natural nas crianças.

9) Erotismo (satirismo masculino e ninfomania feminino).

É o exagero patológico do desejo sexual. Caracteriza-se por uma tendência mórbida para o abuso do coito.

10) Outras.

9.4. Sexualidade delituosa.

1) **Estupro.**

Art. 213 CP; “Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”.

A conjunção carnal caracteriza-se por "*immissio penis in vaginam*" ou cópula vulvar, ou vestibular se dela resultar gravidez.

A violência pode ser:

(a) efetiva:

- por superioridade de forças;
- por pluralidade de agressores;

(b) presumida:

- por incapacidade de consentir (menor de 14 anos, vítima débil ou alienada);
- por incapacidade de resistir (inconsciência: sono, coma, hipnotismo, drogas, histeria; e imobilidade: paralisias, uso de aparelhos ortopédicos).

Em caso de violência efetiva caberá à perícia médico-forense constatar as lesões (equimoses, escoriações, contusões) genitais e paragenitais (pulsos, face) na vítima e realizar exame (físico e mental) no agente.

Na violência presumida, a orientação da perícia será no sentido de determinar a idade da vítima, realizar o exame físico e mental da mesma e analisar as circunstâncias do fato delituoso.

A perícia médico-forense no estupro avalia:

- sinais presuntivos (dor hemorragia, lesões, contaminação por DST); e
- sinais diagnósticos (ruptura himenial, gravidez, presença de esperma na vagina).

3) **Atentado violento ao pudor.**

Art. 214 CP: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”.

Ato libidinoso diverso da conjunção carnal: inclui desde a exibição de órgãos sexuais, de gestos ou de atos sexuais (que, em menores pode induzi-los à excitação e à imitação - Art. 233 e 234 CP), a toques e manobras (sucções, beliscões, mordeduras) e a práticas sexuais anormais (felação, sodomia, etc.).

A perícia médico-forense analisa vários elementos que, em conjunto, podem confirmar a ofensa:

- exame da vítima;
- estudo das manchas (saliva, sangue, esperma).

4) **Posse sexual mediante fraude.**

Art. 215 CP: "Ter conjunção carnal com mulher, mediante fraude".

5) **Atentado ao pudor mediante fraude.**

Art. 216 CP: "Induzir alguém, mediante fraude, a praticar ou submeter-se à prática de ato libidinoso diverso da conjunção carnal".

6) **Assédio sexual.**

Art. 216-A do CP: "Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente de sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função".

7) **Corrupção de menores.**

Art. 218 CP: "Corromper ou facilitar a corrupção de pessoa maior de 14 e menor de 18 anos, com ela praticando ato de libidinagem, ou induzindo-a a praticá-lo ou presenciá-lo".

9.5. Impedimentos matrimoniais.

Devidos a ausência de requisitos essenciais exigidos por lei para sua celebração. Interessa-nos apenas os casos em que a perícia é chamada a intervir para esclarecimento.

- Invalidade do casamento:

Art. 1.548, I do CC - nulo o casamento com enfermo mental;

Art. 1.550, III CC - anulável o casamento por vício de vontade nos termos dos artigos 1.556 a 1.558.

O Art. 1.557 CC define o erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge:

"III - a ignorância, anterior ao casamento, de **defeito físico irremediável**, ou de **moléstia grave e transmissível, pelo contágio ou herança, capaz de pôr em risco a saúde do outro cônjuge ou de sua descendência**." (Por exemplo: estados intersexuais, impotência "*coeundi*", doenças infecto-contagiosas graves e crônicas com possibilidade de transmissão hereditária).

"IV - a ignorância, anterior ao casamento, de **doença mental grave** que, por sua natureza, torne insuportável a vida em comum ao cônjuge enganado."

1) Infertilidade.

É a incapacidade de gerar filhos. A infertilidade é do casal. Para fim didático, consideramos a masculina e a feminina:

(a) infertilidade masculina.

Causada por 2 fatores essenciais, denominados genericamente de impotências:

- **impotência "*coeundi*"** (dita absoluta, morfológica ou instrumental, por malformações do pênis e da bolsa escrotal; e relativa ou organofuncional, por distúrbio de ereção); e

- **impotência "generandi"** (decorrente de distúrbios dos gametas: qualitativos- morfologia, carga genética, mobilidade; e quantitativos- oligospermia, azoospermia);

(b) infertilidade feminina.

Causada por 2 fatores essenciais, também denominados genericamente de impotências:

- **impotência "coeundi"** (decorrente de malformações de órgãos genitais internos e externos);

- **impotência "concupiendi"** (decorrente de 3 fatores: ovariano, tubário e uterino).

2) Prazos legais.

São os prazos ditados por lei:

(a) duração máxima da gravidez:

- Art. 1.523 CC: 10 meses depois do começo da viuvez ou dissolução do casal;

- Art. 1.597: 300 dias subseqüentes à dissolução da sociedade conjugal;

(b) duração mínima da gravidez:

- Art. 1.597 CC: 180 dias após iniciada a convivência.

9.6. Questões médico-forenses.

Em casos de interesse jurídico (sedução, aborto, estupro, investigação de paternidade, infanticídio, etc.), o diagnóstico de gravidez atual ou pregressa tem importância prática. Para isso o perito tem que se pronunciar sobre 3 questões: diagnóstico de gravidez, diagnóstico de parto e diagnóstico de estado puerperal.

1) Diagnóstico de gravidez.

Importante nos casos de gravidez ignorada ou negada e na gravidez simulada (pseudociese). Vários sinais clínicos e exames subsidiários podem confirmá-la ou afastá-la. A Idade Gestacional (IG) também pode ser estimada por vários métodos:

- pela Data da Última Menstruação;

- pela data da movimentação fetal ativa;

- pela USG, Rx;

- pela medida da altura do fundo uterino - ($FU + 4$) / 4 = IG).

2) Diagnóstico de parto.

Parto é o mecanismo fisiológico pelo qual o feto é expulso do útero materno. Esta expulsão pode ser espontânea, induzida ou acelerada (parto normal) e cirúrgica (parto cesáreo). Pode ser ainda parto a termo (± 40 semanas), prematuro (< 36 semanas) e pós-maturo ou serotino (± 42 semanas).

A legislação (Art. 129 CP) equipara a indução (deflagração do trabalho de parto) à aceleração (redução do tempo de trabalho de parto).

Para a perícia médico-forense têm interesse os seguintes sinais:

a) no **parto recente**:

(1) - sinais genitais:

- edema vulvar;

- episiorrafia (eventual);

- involução uterina (1º dia = FU 2cm acima da cicatriz umbilical; 12º dia = FU na sínfise púbica);

(2) - sinais extragenitais: - flacidez da parede abdominal;

- estrias gravídicas;

- cloasma;
- pigmentação da linha alba e mamilos;
- hipertrofia tubérculos de Montgomery;
- (3) - secreções: - leite ou colostro;
 - gonadotrofinas urinárias elevadas;
 - lóquios;
 - crise do pós-parto (colpocitológico);
- b) no **parto antigo**:
 - (1) - sinais genitais: - vulva entreaberta, cicatriz episiorrafia;
 - alterações do colo uterino;
 - hímen reduzido a carúnculas;
 - (2) - sinais extragenitais: - víbices;
 - pigmentação da linha alba e mamilos;

3) diagnóstico de estado puerperal.

Puerpério, sobreparto ou pós-parto é o período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual ocorrem as manifestações involutivas e de recuperação materna após o parto:

- a) pós-parto imediato (do 1º ao 10º dia);
- b) pós-parto tardio (do 10º ao 40º dia);
- c) pós-parto remoto (além do 40º / 45º dia).

O estado puerperal definido pela legislação penal constitui uma situação "*sui generis*", pois, não sendo alienação (não é psicose, configurando a inimputabilidade), nem semi-alienação (caso de personalidade psicopática), tampouco não é um estado normal. É transtorno transitório (regressão espontânea), incompleto, caracterizado por:

- atenção defeituosa;
- senso percepção deficiente;
- memória escassa (fixação e evocação);
- confusão mental.

A duração desse estado é variável e não deixa seqüelas, sendo, portanto, de difícil comprovação pericial.

10. BIBLIOGRAFIA

CROCE, Delton. Manual de Medicina Legal. São Paulo: Saraiva, 6. ed., 2009.

DEL CAMPO, Eduardo Roberto Alcântara. Medicina Legal. São Paulo: Saraiva, 2005.

FRANÇA, Genival Veloso de. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 8. Ed., 2007.

GOMES, Hélio. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2003.