

8ª edição

Delton Croce
Delton Croce Júnior

Manual de
Medicina Legal

 Editora
Saraiva

Delton Croce

Membro da Sociedade Brasileira de Medicina Legal,
Ex-professor de Medicina Legal na Faculdade de Direito de Bauru — ITE,
Ex-professor Titular de Medicina Legal na Faculdade de Direito da Universidade
de Marília — UNIMAR, Cirurgião-Geral, Tocoginecologista.

Delton Croce Júnior

Procurador do Estado de São Paulo.

Manual de Medicina Legal

8ª edição

2012



FILIAIS

AMAZONAS/RONDÔNIA/RORAIMA/ACRE

Rua Costa Azevedo, 56 - Centro - Fone: (92) 3633-4227 - Fax: (92) 3633-4782 - Manaus

BAHIA/SERGIPE

Rua Agripino Dórea, 23 - Brotas - Fone: (71) 3381-5854 / 3381-5895 - Fax: (71) 3381-0959 - Salvador

BAURU (SÃO PAULO)

Rua Monsenhor Claro, 2-55/2-57 - Centro - Fone: (14) 3234-5643 - Fax: (14) 3234-7401 - Bauru

CEARÁ/PIAUÍ/MARANHÃO

Av. Filomeno Gomes, 670 - Jacarecanga - Fone: (85) 3238-2323 / 3238-1384 - Fax: (85) 3238-1331 - Fortaleza

DISTRITO FEDERAL

SIA/SUL Trecho 2 Lote 850 — Setor de Indústria e Abastecimento - Fone: (61) 3344-2920 / 3344-2951 - Fax: (61) 3344-1709 — Brasília

GOIÁS/TOCANTINS

Av. Independência, 5330 - Setor Aeroporto - Fone: (62) 3225-2882 / 3212-2806 - Fax: (62) 3224-3016 - Goiânia

MATO GROSSO DO SUL/MATO GROSSO

Rua 14 de Julho, 3148 - Centro - Fone: (67) 3382-3682 - Fax: (67) 3382-0112 - Campo Grande

MINAS GERAIS

Rua Além Paraíba, 449 - Lagoinha - Fone: (31) 3429-8300 - Fax: (31) 3429-8310 - Belo Horizonte

PARÁ/AMAPÁ

Travessa Apinagés, 186 - Batista Campos - Fone: (91) 3222-9034 / 3224-9038 - Fax: (91) 3241-0499 - Belém

PARANÁ/SANTA CATARINA

Rua Conselheiro Laurindo, 2895 - Prado Velho - Fone/Fax: (41) 3332-4894 - Curitiba

PERNAMBUCO/PARAÍBA/R. G. DO NORTE/ALAGOAS

Rua Corredor do Bispo, 185 - Boa Vista - Fone: (81) 3421-4246 - Fax: (81) 3421-4510 - Recife

RIBEIRÃO PRETO (SÃO PAULO)

Av. Francisco Junqueira, 1255 - Centro - Fone: (16) 3610-5843 - Fax: (16) 3610-8284 - Ribeirão Preto

RIO DE JANEIRO/ESPÍRITO SANTO

Rua Visconde de Santa Isabel, 113 a 119 - Vila Isabel - Fone: (21) 2577-9494 - Fax: (21) 2577-8867 / 2577-9565 - Rio de Janeiro

RIO GRANDE DO SUL

Av. A. J. Renner, 231 - Farrapos - Fone/Fax: (51) 3371-4001 / 3371-1467 / 3371-1567 - Porto Alegre

SÃO PAULO

Av. Antártica, 92 - Barra Funda - Fone: PABX (11) 3616-3666 - São Paulo

ISBN 978-85-02-14954-0

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Croce, Delton
Manual de medicina legal / Delton Croce e Delton
Croce Jr. — 8. ed. — São Paulo : Saraiva, 2012.
1. Medicina legal I. Croce Júnior, Delton. II. Título.
10-14082 CDU-340.6

Índice para catálogo sistemático:

1. Manual de medicina legal 340.6

Diretor editorial Luiz Roberto Curia

Diretor de produção editorial Lígia Alves

Editor Jônatas Junqueira de Mello

Assistente editorial Sirlene Miranda de Sales

Produtora editorial Clarissa Boraschi Maria

Preparação de originais Maria Izabel Barreiros Bitencourt Bressan / Cíntia da Silva Leitão

Arte e diagramação Cristina Aparecida Agudo de Freitas / Mônica Landi

Revisão de provas Rita de Cássia Queiroz Gorgati

Serviços editoriais Ana Paula Mazzoco / Vinicius Asevedo Vieira

Capa Roney Camelo

Produção gráfica Marli Rampim

Produção eletrônica Ro Comunicação

Dúvidas?
Acesse www.saraivajur.com.br

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida por qualquer meio ou forma sem a prévia autorização da Editora Saraiva.
A violação dos direitos autorais é crime estabelecido na Lei n. 9.610/98 e punido pelo artigo 184 do Código Penal.

*À esposa Therezinha,
companheira de todas as horas,
amparo seguro nos percalços de meu caminho,
aos filhos Carla e Júnior
e à filha-nora Ana Rosa, que gerou Netto e Larissa,
netinhos queridos cujo sorriso é luz radiante,
aquecendo o ocaso de meus dias,
dedico este esforço.*

A continuação desta obra é dedicada a um grande homem, que conseguiu, como poucos, se eternizar em nossas lembranças pelo respeito, pela dedicação, pelo carinho, pela amizade incondicional e pelo exemplo. Ao companheiro das horas difíceis, parceiro dos bons momentos, que viveu sempre em função da família e do bem-estar do próximo: Delton Croce, meu pai e inesquecível amigo (in memoriam).

Delton Croce Júnior

“As verdades científicas são transitórias, certas do momento emendadas por certas maiores no momento próximo.”

(POINCARÉ)

“O Direito, como o viajante, deve estar pronto para o dia seguinte.”

(BENJAMIM CARDOSO, Juiz da Suprema Corte Americana)

AGRADECIMENTO

Deixamos aqui consignado nosso agradecimento:

Aos insígnies mestres Damásio E. de Jesus e Fernando da Costa Tourinho Filho, que, acreditando na utilidade desta modesta obra, com suas mãos amigas nos conduziram à Editora Saraiva.

Ao Dr. Juarez de Oliveira, que, movido por elevado espírito de incentivar e divulgar publicações de interesse para o Direito, não poupou esforços no sentido de ver este compêndio impresso.

À filha-nora Ana Rosa Marques Croce, nossa colaboradora, que tanto diligenciou na revisão das provas, e à minha filha Carla Croce, pela reprodução das ilustrações e figuras recolhidas de fontes nacionais e peregrinas.

E, finalmente, à Editora Saraiva, que, arrimada na capacidade e seriedade sobejamente reconhecida como peculiar, herdada de Joaquim Ignácio da Fonseca Saraiva, infatigável disseminador, a mancheias, de obras jurídicas, mais uma vez esmerou-se na impressão nítida e clara e na notável apresentação gráfica que, incontestavelmente, valorizou em muito o *Manual*.

Delton Croce

NOTA EXPLICATIVA À 4.ª EDIÇÃO

Os compêndios de Medicina Legal — se tomarmos em consideração os vários e autorizados centros de estudo dessa ciência e arte auxiliar da Justiça em nosso País e a capacidade técnica dos seus representantes — são, entre nós, em número reduzido.

Preferem os estudiosos e competentes especialistas divulgar os seus estudos em revistas técnicas esparsas, referentes às questões limitadas que lhes mereceram maior atenção, os quais, infelizmente, não raro, vivem em penumbra nas coleções desses periódicos. Tal comportamento leva os que se dedicam ao estudo ou à especialização médico-legal a dificuldades quando buscam um novo encontro com determinados artigos, que leram há algum tempo, visando lembrá-los e referi-los.

Dessarte, compreende-se o vivo interesse e a curiosidade intelectual despertada nos acadêmicos de Direito e de Medicina e nos profissionais que se servem dessa especialidade quando do lançamento deste *Manual de Medicina Legal*, em 1995.

Reitera tal afirmativa a extraordinária rapidez com que se esgotaram as suas sucessivas edições, demonstrando a aceitação que desde logo a obra granjeou entre acadêmicos das Faculdades de Direito, das Faculdades de Medicina, juizes de todos os graus, promotores de justiça, procuradores do Estado, advogados militantes, os concursistas às carreiras de delegado estadual e federal e os médicos-legistas, excedendo todas as previsões.

Ademais, a procura continua muito grande; por isso, houve por bem a Editora Saraiva editar a 4.ª edição com todos os capítulos revistos pelos autores, sendo oportuno dizer que alguns tiveram alterações de monta.

Foram também incluídos novos assuntos referentes a embriaguez (recusa do condutor de veículo a submeter-se ao exame de doseamento alcoólico, *delirium tremens*), lesões corporais de natureza leve (crise histérica e escoriações), lesões do diafragma, fraturas da base do crânio, queimaduras térmicas, queimaduras químicas, envenenamentos, acidentes ocorridos em atos anestésicos, indenização acidentária, limiars da perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR) e sua classificação, omissão de socorro, recusa do paciente em receber transfusão de sangue, exercício ilegal da medicina, oligofrenia, morte aparente, morte de neonato consequente à membrana hialina, suicídio, vaginismo, infanticídio, exame pericial de leite e colostro, inseminação e fecundação artificial, manobras abortivas, posse sexual mediante fraude, perversões sexuais (satiríase, vampirismo, bestialismo), hermafroditismo psíquico, correção plástica de intersexualismo, afasia, quesitos destinados à investigação de paternidade.

Agradecemos as generosas palavras de incentivo que nos enviaram os leitores — bem como as referências elogiosas de alguns jornais e revistas do País — e acolhemos prazerosamente muitas de suas sugestões construtivas, com o objetivo de melhorar a obra.

Se esta edição continuar a despertar o interesse e a merecer a preferência dos estudiosos, dar-se-ão os autores por bem satisfeitos e pagos do que ela lhes custou em forma de escrupuloso trabalho.

Bauru, 25 de setembro de 1997.

Os Autores

PREFÁCIO

De há muito conheço o Professor Delton Croce. Conheço-o como Médico e como Professor na Faculdade de Direito de Bauru, onde perora há alguns anos. Toda a experiência que os largos anos do exercício da Medicina lhe proporcionaram e proporcionam foi por ele transportada para o magistério, onde, ao lado do seu acendrado amor aos livros, se impôs pela sua cultura, pela sua inteligência fulgurante, pela levidade do espírito, granjeando o respeito e a admiração de seus colegas e de todo o corpo discente.

A Medicina Legal é ciência não muito conhecida. Entre nós, poucos se dedicam ao seu estudo. Encontramos, no Império e na 1.^a República, algumas monografias e estudos esparsos sobre temas de Medicina Legal, tais como a *Dactiloscopia no morto*, de José Mariano de Campos, a *Docimásia hepática*, de Violantino dos Santos, a *Hematologia médico-legal*, de Armando de Campos Pereira, *A dentada na identificação*, de Almiro dos Reis, e vários artigos de Rodrigues Dória, Junot Barreiros, dentre outros. Sobre a Medicina Legal, propriamente, destacamos um velho trabalho do Dr. J. M. Moura Lacerda, *Instituições de medicina legal* (1883), e de Souza Lima, *Tratado de medicina legal* (1894). Em seguida surgiram obras mais atualizadas de Leonídio Ribeiro, Egas Moniz Júnior, Afrânio Peixoto, Flaminio Fávero, Hélio Gomes, Almeida Júnior. Os trabalhos de Flaminio e de Almeida Júnior, não obstante tenham surgido há mais de meio século, continuam sendo indicados nas Faculdades. Tal circunstância demonstra tratar-se de ciência de poucos.

Ademais, o campo é árido. Exige conhecimentos teóricos e práticos não somente da ciência de Hipócrates, como também do Direito Penal. Trazer para o campo jurídico uma gama de conhecimentos teórico-práticos de fisiologia, anatomia patológica, psicopatologia, psiquiatria pericial, tanatologia, sexologia, psicologia forense, por exemplo, não é tarefa fácil. Exige, antes de mais nada, uma sólida cultura médico-legal.

Por outro lado, como a matéria é pouco amena, Delton Croce soube, com maestria, transmitir todo o rigor científico da ciência médica numa linguagem suave, simples, elegante, que enleva e cativa, conduzindo o leitor a dar continuidade à leitura. Assim, por exemplo, ao cuidar do “desejo obsessivo de pertencer ao sexo oposto”, diz ele que “não há de ser a cirurgia mutiladora, desnecessária e fixadora irreversivelmente da doença mental do transexual a forma ideal de tratamento e cura da ansiedade de castração delirante, gerada de enorme inferioridade sexual de um homossexualismo coibido e cujo sentimento de culpa é punido pela angústia. A cirurgia, além de mutilante e irreversível, não transforma mulher em homem, nem homem em mulher, apenas satisfaz a psicopatologia sexual do transexual”.

O *Manual de medicina legal* de Delton Croce não é, como o nome sugere, um pequeno livro, com noções essenciais da matéria, mas um pequeno grande livro. Ele não se limita a transmitir os conhecimentos médicos que interessam ao mundo jurídico, aos estudantes, peritos, advogados, promotores e juizes, mas procura, inclusive, em linguagem clara, em vernáculo escorreito e que em nenhum momento descamba para o preciosismo ou prosaísmo, transfundir no espírito do leitor, sem os ranços do passado, a sua experiência, as suas observações e seu profundo conhecer a respeito dos fenômenos que interligam Medicina e Direito.

Veja a elegância como ele expõe certo período do psicosssexualismo do ser humano: “A menina, quando nota a diferença de seus órgãos genitais, relativamente aos do menino, sente-se prejudicada ou castrada. Responsabiliza a mãe pela castração e volta-se para o pai, que lhe inspira inveja por possuir falo, que ela não tem. É o chamado ‘protesto viril’ de Adler, em que se cria a situação de ‘romance familiar’ ou ‘situação edipiana’, em que a menina ama e admira o pai, tomando-o como padrão masculino ou rejeitando-o como esse modelo na adolescência...”.

Trata-se de um trabalho notável que honra sobretudo a nossa literatura médico-legal. Não é livro apenas para a consulta, nos momentos de dificuldade profissional, mas para uma leitura constante, posto que proveitosa.

É um trabalho sério, profundamente sério, de um médico-cirurgião que não atraiçoa o respeito aos cânones da sua formação e do seu pensamento.

Bauru, 4 de fevereiro de 1994.

Fernando da Costa Tourinho Filho

ÍNDICE GERAL

Agradecimento

Nota explicativa à 4.ª edição

Prefácio

Introdução

1. Definição de Medicina Legal

2. Sinonímia

3. A Medicina Legal como especialidade

4. Relações com as demais ciências médicas e jurídicas

5. Importância de seu ensino nas Faculdades de Direito

6. Histórico

7. Histórico no Brasil

8. Divisão didática da disciplina

Capítulo 1 — PERÍCIAS MÉDICO-LEGAIS

1.1. Conceito

1.2. Peritos

1.2.1. Atuação

1.2.2. Nomeação

1.2.3. Escusa justificável

1.2.4. Prestação de compromisso

1.3. Realização da perícia

1.3.1. Corpo de delito

1.3.2. Intervenção dos peritos

1.3.3. Divergência entre os peritos

1.3.4. Falsa perícia

1.3.5. Incompatibilidade dos peritos

1.3.6. Credibilidade da perícia

1.3.7. Perícia contraditória

1.3.8. Fiscalização das perícias

1.3.9. Honorários dos peritos

1.4. Quesitos oficiais

1.4.1. Exame de corpo de delito (lesão corporal)

1.4.2. Exame cadavérico

1.4.3. Exame de corpo de delito (infanticídio)

1.4.4. Exame cadavérico na gestante (aborto)

1.4.5. Exame de corpo de delito (aborto)

1.4.6. Exame de corpo de delito (estupro sem conjunção carnal)

1.4.7. Auto de corpo de delito (estupro com conjunção carnal)

1.4.8. Exame de idade

1.4.9. Quesitos em psiquiatria forense

1.4.10. Quesitos no foro civil

1.5. Documentos médico-judiciários

1.5.1. Notificações

1.5.2. Atestados

1.5.3. Atestado de óbito

1.5.4. Relatório médico-legal

1.5.5. Parecer médico-legal

1.5.6. Depoimento oral

1.6. Deontologia dos peritos

Capítulo 2 — ANTROPOLOGIA FORENSE

2.1. Identidade e identificação

2.2. Identidade médico-legal

2.2.1. Raças

2.2.2. Sexo médico-legal

2.2.3. Estatura

2.2.4. Idade

2.2.5. Exame pericial radiográfico

2.2.6. Identificação pelos dentes

2.2.7. Peso e conformação

2.2.8. Malformações

2.2.9. Sinais profissionais

2.2.10. Sinais individuais

2.2.11. Tipos sanguíneos

2.2.12. Tatuagens

2.2.13. Dinâmica funcional

- [2.2.14. Caracteres psíquicos](#)
- [2.2.15. Prosopografia](#)
- [2.3. Identidade policial ou judiciária](#)
 - [2.3.1. Processos antigos](#)
 - [2.3.2. Bertilonagem](#)
 - [2.3.2.1. Antropometria](#)
 - [2.3.2.2. Retrato falado](#)
 - [2.3.2.3. Fotografia sinalética](#)
 - [2.3.2.4. Impressões digitais](#)
 - [2.3.3. Dactiloscopia](#)
 - [2.3.3.1. Sistema decadactilar de Vucetich](#)
 - [2.3.3.2. Impressões plantares](#)
 - [2.3.3.3. Digitofotograma](#)

Capítulo 3 — O ALCOOLISMO E A LEI

- [3.1. Conceito de alcoólatra, segundo a OMS. Ação do álcool sobre o sistema nervoso central. Estado psicológico do alcoolista](#)
- [3.2. Bebidas alcoólicas e suas variedades](#)
- [3.3. Classificação de alcoolismo](#)
 - [3.3.1. Embriaguez](#)
 - [3.3.2. Embriaguez patológica](#)
 - [3.3.3. Diagnóstico da embriaguez](#)
- [3.4. Fatores que aceleram ou retardam a instalação da embriaguez](#)
- [3.5. Alcoolismo crônico](#)
 - [3.5.1. Delírio alcoólico](#)
 - [3.5.2. Alucinação auditiva aguda](#)
 - [3.5.3. Depressão alcoólica aguda](#)
 - [3.5.4. Psicose de Korsakoff](#)
 - [3.5.5. Delírio de ciúmes](#)
 - [3.5.6. Epilepsia alcoólica](#)
 - [3.5.7. Delírium tremens](#)
 - [3.5.8. Demência alcoólica](#)
- [3.6. A embriaguez e a lei](#)

Capítulo 4 — TRAUMATOLOGIA FORENSE

- [4.1. Conceito de traumatologia forense](#)
- [4.2. Lesões corporais](#)
 - [4.2.1. Lesões corporais leves](#)
 - [4.2.2. Lesões corporais graves](#)
 - [4.2.2.1. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias](#)
 - [4.2.2.2. Perigo de vida](#)
 - [4.2.2.3. Debilidade permanente de membro, sentido ou função](#)
 - [4.2.2.4. Aceleração de parto](#)
 - [4.2.3. Lesões corporais gravíssimas](#)
 - [4.2.3.1. Incapacidade permanente para o trabalho](#)
 - [4.2.3.2. Enfermidade incurável](#)
 - [4.2.3.3. Perda ou inutilização de membro, sentido ou função](#)
 - [4.2.3.4. Deformidade permanente](#)
 - [4.2.3.5. Aborto](#)
- [4.3. Lesões corporais seguidas de morte](#)
- [4.4. Lei Maria da Penha — Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006](#)
- [4.5. Perícias médico-legais nas lesões corporais](#)
- [4.6. Perícia de sangue](#)

Capítulo 5 — INFORTUNÍSTICA ACIDENTÁRIA

- [5.1. Acidente do trabalho](#)
- [5.2. Art. 20 da Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991](#)
 - [5.2.1. Tipos de culpa](#)
 - [5.2.2. Risco profissional](#)
 - [5.2.3. Lei e indenização acidentária](#)
 - [5.2.4. Regulamento dos Benefícios da Previdência Social \(Dec. n. 3.048, de 6-5-1999\)](#)
 - [5.2.5. Comunicação de Resultado de Exame Médico](#)
 - [5.2.6. Prazo de prescrição](#)

Capítulo 6 — CAUSALIDADE MÉDICO-LEGAL DO DANO

- [6.1. Conceito](#)
- [6.2. Energias de ordem mecânica](#)
 - [6.2.1. Classificação dos instrumentos mecânicos](#)
 - [6.2.2. Instrumentos cortantes](#)
 - [6.2.2.1. Lesões produzidas por instrumentos cortantes](#)
 - [6.2.3. Instrumentos contundentes](#)

- [6.2.3.1. Lesões produzidas por instrumentos contundentes](#)
 - [6.2.3.2. Explosão](#)
 - [6.2.4. Instrumentos cortocontundentes](#)
 - [6.2.4.1. Lesões produzidas por instrumentos cortocontundentes](#)
 - [6.2.5. Instrumentos perfurantes e perfurocortantes](#)
 - [6.2.5.1. Lesões produzidas por instrumentos perfurantes e perfurocortantes](#)
 - [6.2.6. Lesões produzidas por instrumentos perfurocontundentes](#)
 - [6.2.6.1. Classificação das armas de fogo](#)
 - [6.2.6.2. Munição](#)
 - [6.2.6.3. Noções de Balística](#)
 - [6.2.6.4. Estudo das lesões produzidas por projéteis de armas de fogo](#)
 - [6.2.6.5. Causa jurídica da lesão](#)
 - [6.2.6.6. Classificação dos tiros quanto a distância](#)
 - [6.2.6.7. Perícia médico-legal](#)
 - [6.2.6.8. Deflagração retardada de cartucho](#)
- [6.3. Energias de ordem física](#)
 - [6.3.1. Temperatura](#)
 - [6.3.1.1. Termonoses](#)
 - [6.3.1.2. Queimaduras](#)
 - [6.3.1.2.1. Classificação das queimaduras](#)
 - [6.3.1.2.2. Teorias sobre a morte por queimaduras](#)
 - [6.3.1.2.3. Etiologia médico-legal das queimaduras](#)
 - [6.3.1.2.4. Problemas médico-forenses](#)
 - [6.3.1.3. Oscilações de temperatura](#)
 - [6.3.1.4. Frio](#)
 - [6.3.2. Eletricidade](#)
 - [6.3.2.1. Fulminação e fulguração](#)
 - [6.3.2.2. Eletroplessão](#)
 - [6.3.2.2.1. Etiologia médico-legal da morte por eletroplessão](#)
 - [6.3.3. Pressão atmosférica](#)
 - [6.3.3.1. Mal das montanhas ou dos aviadores](#)
 - [6.3.3.2. Doença dos caixões ou mal dos escafandristas](#)
 - [6.3.3.3. Luz e som](#)
- [6.4. Energias de ordem química](#)
 - [6.4.1. Vitriolagem](#)
 - [6.4.1.1. Perícia médico-legal](#)
 - [6.4.2. Venenos](#)
- [6.5. Energias de ordem físico-química](#)
 - [6.5.1. Asfixiologia forense](#)
 - [6.5.2. Asfixias em geral](#)
 - [6.5.3. Fisiopatologia e sintomatologia](#)
 - [6.5.4. Características das asfixias mecânicas em geral](#)
 - [6.5.5. Classificação das asfixias](#)
 - [6.5.5.1. Enforcamento](#)
 - [6.5.5.1.1. Mecanismos fisiopatológicos no enforcamento](#)
 - [6.5.5.1.2. Lesões anatomopatológicas](#)
 - [6.5.5.1.3. Sinais externos](#)
 - [6.5.5.1.4. Sinais internos](#)
 - [6.5.5.1.5. Explicação da morte no enforcamento](#)
 - [6.5.5.2. Estrangulamento](#)
 - [6.5.5.2.1. Fisiopatologia](#)
 - [6.5.5.2.2. Sintomatologia](#)
 - [6.5.5.2.3. Sinais externos do estrangulamento](#)
 - [6.5.5.2.4. Sinais internos do estrangulamento](#)
 - [6.5.5.2.5. Sinais a distância](#)
 - [6.5.5.2.6. Diagnóstico médico-legal do estrangulamento](#)
 - [6.5.5.3. Esganadura](#)
 - [6.5.5.3.1. Sinais externos a distância](#)
 - [6.5.5.3.2. Sinais externos locais](#)
 - [6.5.5.3.3. Sinais locais profundos](#)
 - [6.5.5.3.4. Sinais a distância](#)
 - [6.5.5.4. Sufocação](#)
 - [6.5.5.4.1. Sufocação direta](#)
 - [6.5.5.4.2. Sufocação indireta](#)
 - [6.5.5.5. Afogamento](#)
 - [6.5.5.5.1. Sintomatologia fisiopatológica](#)
 - [6.5.5.5.2. Sinais da submersão — Asfixia](#)
 - [6.5.5.5.3. Tempo da submersão](#)
 - [6.5.5.6. Asfixia por gases](#)
- [6.6. Energias de ordem bioquímica](#)
 - [6.6.1. Inanição](#)
- [6.7. Energias de ordem biodinâmica](#)
 - [6.7.1. Choque](#)
 - [6.7.2. Classificação](#)

6.7.3. Exame cadavérico

6.8. Energias de ordem mista

6.8.1. Fadiga

Capítulo 7 — DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE

7.1. Perigo de contágio venéreo

7.2. Ação pericial no delito de contágio venéreo

7.3. Perigo de contágio de moléstia grave

7.4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida — AIDS

7.5. Omissão de socorro

Capítulo 8 — INCOLUMIDADE PÚBLICA

8.1. Exercício legal da Medicina

8.2. Exercício ilegal da Medicina

8.3. Charlatanismo

8.4. Curandeirismo

Capítulo 9 — CAUSA JURÍDICA DA MORTE — HOMICÍDIO, SUICÍDIO, MORTE ACIDENTAL

9.1. Conceito

9.2. Homicídio

9.3. Suicídio

9.3.1. Estado mental dos suicidas

9.3.2. Meio de suicídio

9.3.3. Profilaxia

9.3.4. Aspecto penal

9.4. Morte acidental

9.5. Diagnóstico diferencial da causa jurídica da morte consoante o meio empregado

Capítulo 10 — TANATOLOGIA FORENSE

10.1. Conceito

10.2. Modalidades de morte

10.3. Tanatognose

10.3.1. Fenômenos abióticos imediatos

10.3.2. Fenômenos abióticos consecutivos

10.3.3. Fenômenos transformativos

10.3.3.1. Destrutivos

10.3.3.1.1. Autólise

10.3.3.1.2. Putrefação

10.3.3.1.3. Maceração

10.3.3.2. Conservadores

10.3.3.2.1. Mumificação

10.3.3.2.2. Saponificação

10.4. Cronotanatognose

10.4.1. Fenômenos cadavéricos

10.4.1.1. Resfriamento do cadáver

10.4.1.2. Rigidez cadavérica

10.4.1.3. Livores e hipóstase

10.4.1.4. Mancha verde abdominal

10.4.1.5. Gases de putrefação

10.4.1.6. Decréscimo de peso

10.4.2. Crioscopia do sangue

10.4.3. Cristais do sangue putrefato

10.4.4. Crescimento dos pelos da barba

10.4.5. Conteúdo gástrico

10.4.6. Fauna cadavérica

10.5. Lei dos transplantes

10.6. Inumação

10.7. Exumação

10.8. Cremação

10.9. Embalsamamento

10.10. Morte natural. Morte violenta. Morte suspeita. Morte súbita. Morte agônica. Sobrevivência

10.10.1. Docimasia hepática química

10.10.2. Docimasia hepática histológica

10.10.3. Docimasia suprarrenal química

10.10.4. Docimasia suprarrenal histológica

10.10.5. Docimasia suprarrenal fisiológica

10.11. Diagnose diferencial das lesões ante e post mortem

Capítulo 11 — QUESTÕES MÉDICO-LEGAIS RELACIONADAS COM O CASAMENTO

- [11.1. O casamento. Definição](#)
- [11.2. Impedimentos dirimentes absolutos ou públicos](#)
 - [11.2.1. Parentesco \(CC, art. 1.521, I a V\)](#)
- [11.3. Impedimentos impeditivos ou causas suspensivas \(CC, art. 1.523, I a IV\)](#)
 - [11.3.1. Direito de sucessão de produto possível de união anterior](#)
 - [11.3.2. Erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge \(CC, art. 1.556\)](#)
 - [11.3.3. Identidade, honra e boa fama](#)
 - [11.3.4. Defeito físico irremediável](#)
 - [11.3.4.1. Impotência](#)
 - [11.3.4.2. Acopulia, frigidez, vaginismo, dispareunia e coitofobia](#)
 - [11.3.4.3. Anomalias e perversões sexuais](#)
 - [11.3.4.4. Moléstia grave e transmissível por contágio ou herança](#)
 - [11.3.4.5. Defloramento da mulher ignorado pelo marido](#)
 - [11.3.4.6. Disposições finais e quesitos](#)

[Capítulo 12 — SEXOLOGIA FORENSE](#)

- [12.1. Conceito](#)
- [12.2. Fecundação e gravidez](#)
 - [12.2.1. Importância médico-legal do diagnóstico da gravidez](#)
 - [12.2.2. Diagnóstico da gravidez](#)
 - [12.2.3. Anomalias da gravidez](#)
 - [12.2.3.1. Superfecundação](#)
 - [12.2.3.2. Superfetação](#)
 - [12.2.3.3. Gravidez ectópica](#)
 - [12.2.3.4. Feto papiráceo](#)
 - [12.2.3.5. Gravidez molar](#)
 - [12.2.3.6. Retenção de feto morto](#)
 - [12.2.4. Duração legal do tempo de gravidez](#)
 - [12.2.5. Reprodução humana assistida](#)
- [12.3. Parto e puerpério](#)
 - [12.3.1. Importância médico-legal do parto e do puerpério](#)
 - [12.3.2. Diagnóstico médico-legal do parto e do puerpério](#)
 - [12.3.3. Parto post mortem](#)
 - [12.3.4. Cesariana post mortem](#)
 - [12.3.5. Perícia](#)
- [12.4. Restrições à procriação](#)
 - [12.4.1. Malthusianismo](#)
 - [12.4.2. Aborto legal e aborto criminoso](#)
 - [12.4.2.1. Conceituação do aborto em Obstetria e em Medicina Legal](#)
 - [12.4.2.2. Classificação médico-legal do aborto](#)
 - [12.4.2.3. Aborto criminoso](#)
 - [12.4.2.4. Causas determinantes do aborto](#)
 - [12.4.2.5. Processos abortivos](#)
 - [12.4.2.6. Complicações patológicas do aborto](#)
 - [12.4.2.7. Perícia do aborto](#)
 - [12.4.2.8. Medidas coercitivas ao aborto](#)
 - [12.4.3. Técnicas anticoncepcionais](#)
 - [12.4.3.1. Esterilização transitória por contraceptivos hormonais](#)
 - [12.4.3.2. Esterilização definitiva](#)
 - [12.4.3.3. Outros métodos](#)
- [12.5. Infanticídio](#)
 - [12.5.1. O crime de infanticídio](#)
 - [12.5.2. Intervenção pericial](#)
 - [12.5.2.1. Prova de ser nascente](#)
 - [12.5.2.2. Prova de infante nascido](#)
 - [12.5.2.3. Prova de recém-nascido](#)
 - [12.5.2.4. Prova de vida extrauterina autônoma](#)
 - [12.5.2.5. Época da morte](#)
 - [12.5.2.6. Diagnóstico da causa jurídica da morte](#)
 - [12.5.2.7. Exame somatopsíquico da puérpera](#)
- [12.6. Estupro](#)
 - [12.6.1. Conceito](#)
 - [12.6.2. Estupro praticado mediante conjunção carnal](#)
 - [12.6.3. Violência](#)
 - [12.6.4. Grave ameaça](#)
 - [12.6.4.1. Estupro praticado mediante outro ato libidinoso \(antigo Atentado violento ao pudor\)](#)
 - [12.6.4.2. Estupro de vulnerável](#)
 - [12.6.5. Intervenção pericial no estupro](#)
 - [12.6.6. Hímen](#)
 - [12.6.7. Sinonímia](#)
 - [12.6.8. Classificação](#)
 - [12.6.9. Caracteres diferenciais entre entalhes e rupturas do hímen](#)
 - [12.6.10. Himens complacentes](#)

- [12.6.11. Perícia do defloramento](#)
- [12.7. Ultraje público ao pudor](#)
- [12.8. Violação sexual mediante fraude](#)
- [12.9. Assédio sexual](#)

Capítulo 13 — PSIQUIATRIA FORENSE

13.1. Conceito de normalidade e de anormalidade

- [13.1.1. Oligofrenia](#)
- [13.1.2. Idiotia](#)
- [13.1.3. Imbecilidade](#)
- [13.1.4. Debilidade mental](#)
- [13.1.5. Formas clínicas das oligofrenias](#)
- [13.1.6. Etiopatogenia](#)
- [13.1.7. Classificação das doenças mentais aprovada pelo V Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal \(1946\)](#)
- [13.1.8. Importância médico-forense](#)
- [13.1.9. Exame de sanidade mental](#)
- [13.1.10. Epilepsia](#)
- [13.1.11. Quesitos para exame de sanidade mental](#)

Capítulo 14 — PSICOLOGIA FORENSE

14.1. Conceito

14.2. Limitadores e modificadores da capacidade civil e da responsabilidade penal

- [14.2.1. Idade](#)
- [14.2.2. Sexo](#)
- [14.2.3. Emoção e paixão](#)
- [14.2.4. Agonia](#)
- [14.2.5. Sono e sonhos](#)
- [14.2.6. Sono patológico](#)
- [14.2.7. Surdimutismo](#)
- [14.2.8. Afasia](#)
- [14.2.9. Prodigalidade](#)
- [14.2.10. Embriaguez](#)
- [14.2.11. Toxicomanias](#)
 - [14.2.11.1. Morfinomania](#)
 - [14.2.11.2. Heroinismo](#)
 - [14.2.11.3. Cocainomania](#)
 - [14.2.11.4. Canabismo](#)
 - [14.2.11.5. Psicotrópicos](#)
 - [14.2.11.6. Legislação](#)
 - [14.2.11.7. Perícia toxicológica](#)
 - [14.2.11.8. Implicações legais](#)
- [14.2.12. Personalidades psicopáticas](#)
- [14.2.13. Civilização \(silvícolas\)](#)
- [14.2.14. Psicologia das multidões delinquentes](#)
- [14.2.15. Reincidência penal](#)

Capítulo 15 — PSICOLOGIA JUDICIÁRIA

15.1. Classificação das provas de convicção

- [15.1.1. Confissão ou prova verbal](#)
- [15.1.2. Acareação](#)
- [15.1.3. Prova documental ou escrita](#)
- [15.1.4. Presunções](#)
- [15.1.5. Prova testemunhal](#)
- [15.1.6. Índícios](#)
- [15.1.7. Depoimento de crianças](#)
- [15.1.8. Depoimento de velhos](#)

Capítulo 16 — PSICOPATOLOGIA FORENSE

16.1. Psicosssexualidade

16.2. Psicosssexualidade anômala

- [16.2.1. Desvios sexuais](#)
 - [16.2.1.1. Anafrodisia](#)
 - [16.2.1.2. Frigidez](#)
 - [16.2.1.3. Erotismo](#)
 - [16.2.1.4. Autoerotismo](#)
 - [16.2.1.5. Erotomania](#)
 - [16.2.1.6. Exibicionismo](#)
 - [16.2.1.7. Narcisismo](#)
 - [16.2.1.8. Mixoscopia](#)
 - [16.2.1.9. Fetichismo](#)

- [16.2.1.10. Lubricidade senil](#)
- [16.2.1.11. Gerontofilia](#)
- [16.2.1.12. Cromoinversão](#)
- [16.2.1.13. Etnoinversão](#)
- [16.2.1.14. Topoinversão](#)
- [16.2.1.15. Urolagnia](#)
- [16.2.1.16. Coprolalia](#)
- [16.2.1.17. Coprofilia](#)
- [16.2.1.18. Pigmalionismo](#)
- [16.2.1.19. Pedofilia](#)
- [16.2.1.20. Edipismo](#)
- [16.2.1.21. Masturbação](#)
- [16.2.2. Aberrações ou perversões sexuais](#)
 - [16.2.2.1. Riparofilia](#)
 - [16.2.2.2. Triolismo](#)
 - [16.2.2.3. Vampirismo](#)
 - [16.2.2.4. Bestialismo](#)
 - [16.2.2.5. Necrofilia](#)
 - [16.2.2.6. Sadismo](#)
 - [16.2.2.7. Masoquismo](#)
 - [16.2.2.8. Sadomasoquismo](#)
 - [16.2.2.9. Homossexualismo](#)

Capítulo 17 — EXCLUSÃO DA PATERNIDADE

17.1. Provas médico-legais genéticas, mendelianas ou científicas não sanguíneas

- [17.1.1. Exame do pavilhão auricular](#)
- [17.1.2. Cor dos olhos](#)
- [17.1.3. Cor da pele](#)
- [17.1.4. Cabelos](#)
- [17.1.5. Anomalia dos dedos](#)
- [17.1.6. Hemofilia](#)
- [17.1.7. Daltonismo](#)

17.2. Provas médico-legais genéticas, mendelianas ou científicas sanguíneas

- [17.2.1. Hereditariedade e grupos sanguíneos](#)
 - [17.2.1.1. Sistema O, A, B, AB](#)
 - [17.2.1.2. Sistema M e N](#)
 - [17.2.1.3. Fatores Rh e rh](#)
 - [17.2.1.4. Fator Hr](#)
 - [17.2.1.5. Causas de erro na determinação dos grupos sanguíneos](#)
 - [17.2.1.6. Haptoglobinas](#)
 - [17.2.1.7. Sistema HLA](#)
 - [17.2.1.8. O DNA como marcador genético](#)
 - [17.2.1.9. Modelo de laudo pericial em ação de investigação de paternidade](#)
 - [17.2.1.10. Esterilidade masculina](#)
 - [17.2.1.11. Indicações legais e valor das provas genéticas de exclusão médico-legal da paternidade](#)
 - [17.2.1.12. Quesitos destinados à investigação de paternidade](#)

Apêndice

- [Conselhos de Medicina — Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957](#)
- [Código de Ética do Estudante de Medicina](#)
- [Normas para a Execução de Atividades Práticas pelos Estudantes de Medicina](#)
- [Código de Processo Ético-Profissional](#)
- [Código Internacional de Ética Médica e Algumas Declarações de Princípios](#)
- [Código de Ética Médica](#)
- [Código de Ética de Enfermagem](#)
- [Código de Ética Odontológica](#)
- [Código de Ética e Disciplina da OAB](#)
- [Resolução CFM n. 1.779, de 5 de dezembro de 2005](#)
- [Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA — RDC n. 68, de 10 de outubro de 2007](#)

Bibliografia

INTRODUÇÃO

Sumário: 1. Definição de Medicina Legal. 2. Sinonímia. 3. A Medicina Legal como especialidade. 4. Relações com as demais ciências médicas e jurídicas. 5. Importância de seu ensino nas Faculdades de Direito. 6. Histórico. 7. Histórico no Brasil. 8. Divisão didática da disciplina.

1. Definição de Medicina Legal

Não se definiu, até o momento, com precisão, a Medicina Legal, o que se explica pela abrangência de seu campo de ação e íntimo relacionamento com as ciências jurídicas e sociais. Assim, os autores têm, ao longo dos anos, tentado inúmeras definições. Registrá-las-emos:

Ambroise Paré a definiu como a “arte de fazer relatórios em juízo”.

“É a aplicação dos conhecimentos médicos aos problemas judiciais” (Nerio Rojas).

“A aplicação de conhecimentos científicos e misteres da Justiça” (Afrânio Peixoto).

“A arte de pôr os conceitos médicos a serviço da administração da Justiça” (Lacassagne).

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

“A aplicação dos conhecimentos médicos a serviço da Justiça e à elaboração das leis correlatas” (Tanner de Abreu).

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

“É a Medicina a serviço das ciências jurídicas e sociais” (Genival V. de França).

Ou, finalmente: Medicina Legal é ciência e arte extrajudicial auxiliar alicerçada em um conjunto de conhecimentos médicos, paramédicos e biológicos destinados a defender os direitos e os interesses dos homens e da sociedade.

E, para fazê-lo, serve-se de conhecimentos médicos especificamente relacionados com a Patologia, Fisiologia, Traumatologia, Psiquiatria, Microbiologia e Parasitologia, Radiologia, Tocoginecologia, Anatomia Patológica, enfim, com todas as especialidades médicas e biológicas, bem como o Direito; por isso, diz-se Medicina Legal.

2. Sinonímia

É muito vasta, o que demonstra que ainda não se encontrou expressão que nomeie essa ciência e arte a serviço dos interesses jurídicos e sociais, satisfatoriamente.

Registrá-la-emos: Medicina Legal Forense (A. Paré); Questões Médico--Legais (P. Zacchias); Medicina Judiciária (Lacassagne); Medicina Judiciária ou dos Tribunais (Prunelle); Jurisprudência Médica (Alberti); Medicina Política (Marc); Medicina Forense (Sydney Smith); Antropologia Forense (Hebenstreit); Bioscopia Forense (Meyer); Medicina Forense Jurídica (sábios de Roma); e, ainda, Medicina Pericial; Medicina Criminal; Medicina da Lei; Biologia Legal; Medicina Crítica; Biologia Forense; Medicina Política e Social (França).

O nome consagrado, por menos imperfeito, é Medicina Legal.

3. A Medicina Legal como especialidade

Divergem os autores sobre o assunto. Há quem afirme ser a Medicina Legal especialidade médica. Pensamos que sendo ela um conjunto de conhecimentos médicos, paramédicos e biológicos objetivando servir às ciências jurídicas e sociais, não é especialidade, mas, sim, disciplina aplicada que admite especialismos.

A Medicina Legal, França no-lo afirma, “é uma disciplina de amplas possibilidades e grande dimensão pelo fato de não se ater somente ao estudo da ciência hipocrática, mas de se constituir na soma de todas as especialidades médicas acrescidas de fragmentos de outras ciências acessórias, sobrelevando--se entre elas a ciência do Direito”.

O perito médico-legal há de possuir, portanto, amplos conhecimentos de Medicina, dos diversos ramos do Direito e das ciências em geral. Hélio Gomes asseverava ter o perito indispensável educação médico-legal, conhecimento da legislação que rege a matéria, noção clara da maneira como deverá responder aos quesitos, prática na redação dos laudos periciais. Sem esses conhecimentos puramente médico-legais, toda a sua sabedoria será improficua e perigosa. E, mais: “o laudo pericial, muitas vezes, é o prefácio de uma sentença”.

Com efeito, informações periciais equivocadas, ainda que involuntariamente, podem constituir-se na chave da porta das prisões para a saída de marginais ou para nelas trancafiar inocentes, pois, conforme Ambroise Paré, in *Oeuvres complètes*, os juízes julgam segundo o que se lhes informa.

O perito médico-legal há de ter, ainda, uma conceituação universalista dos seres humanos, auxiliar, por sua cultura, indispensável que é da Justiça, herói anônimo capaz de deslindar crimes indecifráveis através de paciente e penoso trabalho só conhecido das autoridades policial-judiciárias.

A Medicina Legal é arte estritamente científica que estuda os meandros do ser humano e sua natureza, desde a fecundação até depois de sua morte.

Exige de seus obstinados professores, além do conhecimento da Medicina e do Direito, o de outras ciências, para emitirem pareceres minudentes, claros, concisos e racionais, objetivando criar, na consciência de quem tem por missão julgar, um quadro o mais preciso da realidade.

4. Relações com as demais ciências médicas e jurídicas

A Medicina Legal serve mais ao Direito, visando defender os interesses dos homens e da sociedade, do que à Medicina. A designação *legal* emprestada a essa ciência indica que ela se serve, no cumprimento de sua nobre missão, também das ciências jurídicas e sociais, bem com as quais guarda, portanto, íntimas relações. É a Medicina e o Direito completando-se mutuamente, sem engalfinhamentos.

Ao Direito Civil empresta sua colaboração no que concerne a questões relativas a paternidade, impedimentos matrimoniais, erro essencial, limitadores e modificadores da capacidade civil, prenhez, personalidade civil e direitos do nascituro, comoriência etc. Ao Direito Penal, no que diz respeito a lesões corporais, sexualidade criminosa, aborto legal e ilícito, infanticídio, homicídio, emoção e paixão, embriaguez etc.

Serve ao Direito Constitucional quando informa sobre a dissolubilidade do matrimônio, a proteção à infância e à maternidade etc.; ao Direito Processual Civil e Penal quando cuida da psicologia da testemunha, da confissão, da acareação do acusado e da vítima.

Contribui com o Direito Penitenciário quando converge seus estudos para a psicologia do detento, no que tange à concessão de livramento condicional e à psicosexualidade das prisões.

Entrosa-se com o Direito do Trabalho quando estuda a infortunistica, a insalubridade e a higiene, as doenças e a prevenção de acidentes profissionais; com a Lei das Contravenções Penais quando trata dos anúncios de técnicas anticoncepcionais, da embriaguez e das toxicomanias.

A Medicina Legal engranja-se ainda, intimamente, com vários outros ramos do Direito, a saber: Direito dos Desportos, Direito Internacional Público, Direito Internacional Privado, Direito Canônico, Direito Comercial.

Ciência médico-jurídico-social indispensável em toda diligência que necessite de elucidação médica, em progressiva e franca ascensão, relaciona-se também com a Química, a Física, a Toxicologia, a Balística, a Dactiloscopia, a Economia e a Sociologia e com a História Natural (Entomologia e Antropologia).

5. Importância de seu ensino nas Faculdades de Direito

Sendo a Medicina Legal a única disciplina nas Faculdades de Direito que se relaciona com a Biologia, seu estudo se reveste de fundamental importância, pois ninguém ignora que os conhecimentos biológicos, médicos e paramédicos ampliam aos acadêmicos de Direito a consciência universalista do homem e da gênese de suas ações. Como exemplo, o estudo das siconeuropatias, permitindo ao estudante conhecer os intrincados emaranhados da mente humana, abre-lhe maiores perspectivas de percepção sobre o seu semelhante e sobre si mesmo, já que o conceito de normalidade é sobremaneira vago: normal é o que funciona harmoniosa e silenciosamente em sociedade. É o “conhece-te a ti mesmo” socrático, ao qual acrescentamos: por ti mesmo! A Medicina Legal é, portanto, verdadeiro elo de ligação entre o pensamento jurídico e a Biologia, ciência e arte cooperadora na elaboração e na aplicação das leis.

Aos juristas, autoridades policiais e advogados importa à Medicina Legal orientar com minudência, concisão e clareza sobre a realidade de um fato de natureza específica e caráter permanente que interesse à Justiça, e como pedir, o que pedir e o modo de interpretar os laudos periciais, para evitar que suceda o ocorrido com delegado de polícia da Capital, que, segundo relatou o insigne professor Hélio Gomes, sabedor por informação pericial de que havia espermatozoides na mancha da camisa de um suicida, solicitou ao Instituto Médico-Legal determinasse ser o gameta encontrado de homem ou de mulher! “O delegado”, ironiza o mestre, “por não conhecer Medicina Legal, não soube interpretar a resposta simples e clara que lhe fora enviada”.

Nós também, certa feita, ouvimos, perplexos, a confusão estabelecida por um representante do Ministério Público, *data venia*, pouco versado em Medicina Legal, sobre coito vulvar e coito *interfemora*, expressões para ele não similares. E mais recentemente, nova confusão sobre a fase obstétrica puerperal e o conceito médico-legal de “influência do estado puerperal”, a que alude a lei, no infanticídio.

A maioria dos médicos também prescindia, infelizmente, de conhecimentos de Jurisprudência Médica. É por isso que sentenciava Hélio Gomes: “Levando-se em conta o desconhecimento da legislação pelos médicos, esta lhes deverá ser ensinada, de maneira clara e resumida, o suficiente para a perfeita compreensão dos dispositivos legais referentes ao assunto da perícia”.

A Medicina Legal estuda a vida, em sua essência, e a morte. É ciência social vivaz e realista, embasada na Verdade e na Justiça, que desnuda o indivíduo desde enquanto ovo e, depois, até o âmago do ser e seduz e apaixona, irremediavelmente, desde o início, os seus profissionais.

6. Histórico

A história da Medicina Legal divide-se em cinco períodos: Antigo, Romano, Médio ou da Idade Média, Canônico e Moderno ou Científico.

1.º) Período Antigo:

Dada a importância da Medicina Legal no conjunto das atividades sociais, compreende-se a existência de referências esparsas e isoladas, rudimentares, despidas de caráter científico, portanto, nas legislações dos povos antigos.

A Medicina, nessa época, era muito mais arte que ciência, estatelada na fase deísta explicativa, onde se procurava atribuir origens extraterrenas às doenças, e tida como profissão subalterna; a lei era a própria religião aplicada aos homens pelos sacerdotes, misto de religiosos, médicos e juizes, em sanções idênticas às cometidas pelo imputado, ou em parente próximo num arremedo de Medicina Judiciária.

A necropsia e a vivisseção eram proibidas, por serem os cadáveres considerados sagrados.

No Egito embalsamavam-se os cadáveres, e, nos crimes de violência sexual, condenava-se o suspeito se, atado sobre o leito em uma sala do templo, apresentava ereção peniana ante a estimulação sexual desencadeada pela visão de belas virgens dançando nuas ou apenas com roupas transparentes, e as leis de Menés preceituavam o exame das mulheres condenadas, pois, se grávidas, não eram supliciadas.

O *Hsi yuan lu*, tratado elaborado por volta de 1240 a. C., na China, instrua sobre o exame *post-mortem*, listava antídotos para venenos e dava orientações acerca de respiração artificial.

Dissemos que a lei era a própria religião aplicada aos homens. Era a legislação teológica, que foi paulatinamente se transformando para, finalmente, graças ao Cristianismo e aos ideais morais que cada geração foi nela introduzindo, emancipar também o Direito.

2.º) Período Romano:

Em Roma, na fase anterior à reforma de Justiniano, a *Lex Regia* atribuída a Numa Pompílio prescrevia a histerotomia na morte da mulher grávida. Uma curiosidade: há quem afirme que o nome cesariana dado à histerotomia proveio do nascimento de César, devido à aplicação desta lei. *Data venia*, somos dos que pensamos que o nome cesariana vem de *coedo*, cortar. “Cesar vem daí e não o oposto” (Afrânio Peixoto) (*vide n. 12.3.4*).

Antístio, médico, examinou as muitas feridas do cadáver de Júlio César e declarou apenas uma delas mortal.

Segundo os relatos de Tito Lívio, um médico examinou em praça pública o cadáver de Tarquínio, assassinado, e o de Germânico, suspeito de envenenamento, exposto no *Forum*.

Assim, os cadáveres eram já examinados, nessa época, por médicos, porém externamente. As necropsias, como já lembrado, por respeito ao cadáver, eram proscritas.

Com a reforma, em Roma, emanciparam-se a Medicina e o Direito, como se depreende dos códigos de Justiniano, que têm implícita a Medicina Legal. Assim, determinava o Digesto: “*Medici non sunt proprie testes, sed magis est iudicium quam testimonium*”, ou seja, não testemunham, ajuizam. Registra ainda o Digesto que a intervenção das parteiras era exigida para o exame da prenhez, suposta ou duvidosa. Nas *Pandectas* e *Novelas*, trata-se de disposições relativas ao casamento, à separação de corpos, à impotência, à viabilidade fetal, à data do parto etc.

A lei Aquilia trata da letalidade dos ferimentos.

3.º) Período Médio ou da Idade Média:

Nesse período houve contribuição mais direta do médico ao Direito, como se nota “na lei sálica, na germânica e nas Capitulares de Carlos Magno, que contêm detalhes de anatomia sobre ferimentos e sobre a reparação devida às vítimas, conforme a sede e a gravidade das mesmas” (Hélio Gomes). Esse período foi indelevelmente marcado, portanto, pelas Capitulares de Carlos Magno, que estabelecem que os julgamentos devem apoiar-se no parecer dos médicos.

Infelizmente, após Carlos Magno sobreveio na Idade Média a onda de vandalismo que extinguiu a Medicina Legal, substituindo-a pela prática absurda e cruel nórdico-germânica das provas inquisitoriais em que a penalidade depende do dano causado, e às provas invoca-se o Juízo de Deus (“ordálias”).

4.º) Período Canônico:

Compreende 400 anos (1200 a 1600).

Nesse período foi restabelecido o concurso das perícias médico-legais, como se depreende da bula do Papa Inocêncio III, em 1219, que trata dos ferimentos em juízo como revestidos de habitualidade.

Chamado Canônico, o quarto período é influenciado beneficentemente pelo Cristianismo, que, pela codificação das Decretais dos Pontífices dos Concílios, dá normas ao Direito Moderno dos povos civilizados.

A sexologia é tratada exaustivamente nas Decretais, pois “a moralidade tem aí seus fundamentos”. A perícia é obrigatória, tendo sido instituído, nesse período, o axioma *medici creditur in sua medicina*: tem fé pública o médico nos assuntos médicos. A anulação do casamento por impotência ensina a “prova do congresso”, realizada por três parteiras e posteriormente por três médicos que, separados do casal por uma cortina, em aposento contíguo, confirmavam a realização ou não da conjunção carnal, em burlesca caricatura de perícia. Foi proibida em 1677 pelo Parlamento de França.

O Período Canônico é indefectivelmente assinalado pela promulgação do Código Criminal Carolino (de Carlos V), pela Assembleia de Ratisbona, em 1532. A Constituição do Império Germânico impõe obrigatoriedade à perícia médica antes da decisão dos juizes nos casos de ferimentos, assassinatos, prenhez, aborto, parto clandestino. É o primeiro documento organizado de Medicina Judiciária, imputando-lhe indispensabilidade à Justiça e determinando o pronunciamento dos médicos antes das decisões dos juizes.

A Alemanha tem, assim, no dizer de Souza Lima, “o mais legítimo e inconcusso direito de considerar-se o berço da Medicina Legal”.

Em 1521, foi necropsiado o cadáver do Papa Leão X, por suspeita de envenenamento.

Finalmente, em 1575 surge o primeiro livro de Medicina Legal, de Ambroise Paré, intitulado *Des rapports et des moyens d'embaumer les corps morts*, e a França aclama seu autor como o pai da Medicina Forense, a despeito de a obra, de inegável valor, não constituir corpo doutrinário e sistemático.

5.º) Período Moderno ou Científico:

Inicia-se em 1602, em Palermo, na Itália, com a publicação do livro intitulado *De Relatoribus Libri Quator in Quibus et a Omnia quae in Forensibus ac Publicis Causis Medici Preferre Solent Plenissime Traduntur*, de Fortunato Fidelis.

Em 1621, Paulus Zacchias publica o verdadeiro tratado da disciplina, *Quaestiones Medico Legales Opus Jurisperitis Maxime Necessarium Medicis Peritilis*, obra monumental com 1.200 páginas, distribuídas em três volumes, na qual compendia tudo o que se sabia e em que se estudam com discernimento e cultura numerosos problemas médico-legais. É por isso considerado pela maioria dos autores como o verdadeiro fundador da Medicina Legal.

Todavia, foi no século XIX que a Medicina Legal se firmou no conceito que a Justiça lhe emprestou a partir do momento em que o suspeitado pode, enfim, ser confirmado pelo exame necroscópico.

E desde então, graças aos nomes de Orfila, Divergie, Lacassagne, Rollet, Thoinot, Tardieu e Brouardell, na França; Bernt, Hoffmann, Schanesteir e Paltauf, em Viena; Telchmeyer, na Alemanha; Hunter e Cooper, na Inglaterra; Barzellotti, Martini, Perrone, Garófolo, Virgílio, Nicéforo, Falconi e Ferri, na Itália; Balk, Gromev, Schmidt e Poelchan, Dragendorff e Pirogoff, na Rússia, e, no Brasil, Alcântara Machado, Alves de Menezes, Armando Canger Rodrigues, Alirio Batista, Arnaldo Amado Ferreira, Arnaldo Ramos de Oliveira, Arnaldo Siqueira, Agenor Lopes Cançado, Álvaro Dória, Clóvis Meira, Camargo Júnior, Costa Pinto, Carneiro Belford, Celestino Prunes, César Celso Papaleo, César Francisco Ribeiro Júnior, Clóvis das Neves, Ernâni Simas Alves, Edgar Altino, Estácio de Lima, Flaminio Fávoro, García Moreno, Gualter Luiz, Gerardo Vasconcelos, Genival Veloso de França, Hélio Gomes, Hilário Veiga de Carvalho, Hermes Rodrigues de Alcântara, Halley Alves Bessa, Hugo Santos Silva, José Hamilton, João Henrique de Freitas Filho, José Lima de Oliveira, João Batista de Oliveira, João Carlos da Silva Teles, João Otávio Lobo, Joaquim Madeira Neves, José Barros de Azevedo, José Lages Filho, José Ludovico Maffei, Júlio Afrânio Peixoto, Leonídio Ribeiro, Luiz Duda Calado, Marco Segre, Nilton Sales, Napoleão Teixeira, Neiva de Sant’Ana, Oscar de Castro, Oscar Negrão de Lima, Oscar Freire, Paulo A. Prado, Ramon Sabaté Manubens, Raymundo Nina Rodrigues, Souto Maior, Teodorico de Freitas, Tarcizo L. Pinheiro Cintra, Tasso Ramos de Carvalho, Telmo Ferreira, Thales de Oliveira, entre outros, a Medicina Legal está em constante e vertiginoso progresso, por aquisições científicas, aprimoramento dos métodos de pesquisa e encadeamento doutrinário.

7. Histórico no Brasil

A Medicina Legal nacional desfruta da admiração e respeito do mundo, conforme ficou patenteado (1985) na perícia de determinação da identidade, por especialistas do IML de São Paulo e da Unicamp, do carrasco nazista Joseph Mengele, conhecido pelos prisioneiros de Auschwitz como o “anjo da morte”, cuja ossada foi encontrada sepulta em Embu, São Paulo.

Na época colonial, a Medicina Legal nacional foi decisivamente influenciada pelos franceses e, em menor escala, pelos italianos e alemães, sendo praticamente nula a participação portuguesa, estando representada por esparsos documentos médico-legais, compilados de trabalhos referentes à Toxicologia e por “um ou outro laudo pericial feito por leigos, mais interessantes pelo lado pitoresco do que pelo aspecto médico propriamente dito” (Pedro Salles).

Numa fase seguinte surge Souza Lima, insigne mestre a quem reverenciamos por ter sido o iniciador, em 1818, do ensino prático da Medicina Legal no Brasil, desenvolvendo a pesquisa laboratorial, então reduzida à Toxicologia, e por ter feito, sem ser advogado, uma tentativa de interpretação e comentários médico-legais

em relação às leis nacionais.

A verdadeira nacionalização da nossa Medicina Legal se deve à criação, por Raymundo Nina Rodrigues, de uma autêntica Escola brasileira da especialidade na Bahia, constituída, entre outros, por Alcântara Machado, Júlio Afrânio Peixoto, Leonídio Ribeiro, Oscar Freire e Estácio Luiz Valente de Lima, que originariamente “orientou a diferenciação da disciplina, dos seus métodos e da sua doutrina para as particularidades do meio judiciário, das condições físicas, biológicas e psicológicas do ambiente” (Gerardo Vasconcelos). E desde então se sucederam sadiamente nas capitais brasileiras as escolas de Medicina Legal, interessando aos juristas, advogados, delegados de polícia, médicos, psicólogos e psiquiatras o conhecimento dessa disciplina, tal o grau de entrosamento que ela guarda com todos os ramos do saber.

8. Divisão didática da disciplina

Por interesse didático, a Medicina Legal admite uma parte geral, na qual se estuda a Jurisprudência Médica, ou seja, a Deontologia e a Diceologia Médica, que ensinam aos profissionais da Medicina conhecimentos sobre os seus deveres e direitos, e o Código de Ética dos Advogados, e uma parte especial cuja divisão registraremos a seguir.

- 1) *Antropologia Forense*. Estuda a identidade e a identificação, seus métodos, processos e técnicas.
- 2) *Traumatologia Forense*. Trata das lesões corporais e das energias causadoras do dano.
- 3) *Sexologia Forense*. Versa sobre a sexualidade normal, patológica e criminosa. Analisa as sutis questões inerentes à Erotologia, à Himenologia e à Obstetrícia forense.
- 4) *Asfixiologia Forense*. Vê as asfixias em geral, do ponto de vista médico e jurídico. Detalha as particularidades próprias da esganadura, do estrangulamento, do enforcamento, do afogamento, do soterramento, da imersão em gases irrespiráveis etc., nos suicídios, homicídios e acidentes.
- 5) *Tanatologia*. Preocupa-se com a morte e o morto em todos os seus aspectos médico-legais, os fenômenos cadavéricos, a data da morte, o diagnóstico da morte, a morte súbita e a morte agônica, a inumação, a exumação, a necropsia, o embalsamento e a causa jurídica da morte.
- 6) *Toxicologia*. Estuda os cáusticos, os envenenamentos e a intoxicação alcoólica e por tóxicos, pelo emprego de processos laboratoriais. Graças à sua notável evolução é, atualmente, especialidade que empresta seu saber à Medicina Legal.
- 7) *Psicologia Judiciária*. Versa sobre os fenômenos volitivos, afetivos e mentais inconscientes que podem influenciar na formação, na reprodução e na deformação do testemunho e da confissão do acusado e da vítima. Analisa, ainda, o depoimento dos idosos e dos menores etc.
- 8) *Psiquiatria Forense*. Estuda as doenças mentais, a periculosidade do alienado, as socioneuropatias em face dos problemas judiciários, a simulação, a dissimulação, os limites e modificadores da capacidade civil e da responsabilidade penal.
- 9) *Policilogia científica*. Visualiza os métodos científico-médico-legais empregados pela polícia na investigação criminal e no deslindamento de crimes.
- 10) *Criminologia*. Estuda os diferentes aspectos da gênese e da dinâmica dos crimes.
- 11) *Vitimologia*. Trata da análise racional da participação da vítima na eclosão e justificação das infrações penais.
- 12) *Infortunística*. Preocupa-se com os acidentes do trabalho, com as doenças profissionais, com a higiene e a insalubridade laborativas.

Perícias Médico-Legais

Sumário: 1.1. Conceito. 1.2. Peritos. 1.2.1. Atuação. 1.2.2. Nomeação. 1.2.3. Escusa justificável. 1.2.4. Prestação de compromisso. 1.3. Realização da perícia. 1.3.1. Corpo de delito. 1.3.2. Intervenção dos peritos. 1.3.3. Divergência entre os peritos. 1.3.4. Falsa perícia. 1.3.5. Incompatibilidade dos peritos. 1.3.6. Credibilidade da perícia. 1.3.7. Perícia contraditória. 1.3.8. Fiscalização das perícias. 1.3.9. Honorários dos peritos. 1.4. Quesitos oficiais. 1.4.1. Exame de corpo de delito (lesão corporal). 1.4.2. Exame cadavérico. 1.4.3. Exame de corpo de delito (infanticídio). 1.4.4. Exame cadavérico na gestante (aborto). 1.4.5. Exame de corpo de delito (aborto). 1.4.6. Exame de corpo de delito (estupro sem conjunção carnal). 1.4.7. Auto de corpo de delito (estupro com conjunção carnal). 1.4.8. Exame de idade. 1.4.9. Quesitos em psiquiatria forense. 1.4.10. Quesitos no foro civil. 1.5. Documentos médico-judiciários. 1.5.1. Notificações. 1.5.2. Atestados. 1.5.3. Atestado de óbito. 1.5.4. Relatório médico-legal. 1.5.5. Parecer médico-legal. 1.5.6. Depoimento oral. 1.6. Deontologia dos peritos.

1.1. Conceito

Todo procedimento médico (exames clínicos, laboratoriais, necropsopia, exumação) promovido por autoridade policial ou judiciária, praticado por profissional de Medicina visando prestar esclarecimentos à Justiça, denomina-se perícia ou diligência médico-legal. Dispõe sobre as periciais oficiais a Lei n. 12.030, de 17 de setembro de 2009.

Perícia ou diligência médico-legal é, dessa forma, toda sindicância praticada por médico, objetivando esclarecer à Justiça os fatos de natureza específica e caráter permanente, em cumprimento à determinação de autoridades competentes.

De passagem, registramos a opinião de Julio Fabbrini Mirabete, in *Processo penal*, Atlas, 1991, p. 225, de que a perícia médico-legal não é um simples meio de prova — *effectus criminis corporeus* — mas, sim, “um elemento subsidiário, emanado de um órgão auxiliar da Justiça, para a valoração da prova ou solução da prova destinada a descoberta da verdade”.

Assim, a autoridade policial ou judicial recorrerá ao profissional de Medicina, ou, onde os houver, ao perito médico-legal ou legista, toda vez que numa ação penal ou civil lhe deva ser esclarecido um fato médico.

Para esclarecer à Justiça problemas que lhe são pertinentes, a perícia ou diligência médico-legal utiliza um conjunto de indagações de competência essencialmente médica, realizadas em pessoas, em cadáveres, em animais e em coisas.

Sobre as pessoas, as perícias visam determinar a identidade, a idade, a raça, o sexo, a altura; diagnosticar prenhez, parto e puerpério, lesão corporal, sociopatias, estupro e doenças venéreas; determinar exclusão da paternidade, doença e retardamento mental, simulação de loucura; investigar, ainda, envenenamentos e intoxicações, doenças profissionais e acidentes do trabalho.

Nos cadáveres objetiva diagnosticar a realidade, a causa jurídica, o tempo da morte, a identificação do morto; diferenciar as lesões *intra vitam* e *post mortem*; realizar exames toxicológicos das vísceras do morto; proceder à exumação; extrair projéteis.

As perícias em animais são raras. Visam identificar a sua espécie, diagnosticar lesões e caracterizar elementos encontrados em seu corpo ou em seus pelos passíveis de serem úteis para a identificação do criminoso.

Nos objetos e instrumentos têm por finalidade a pesquisa de pelos, levantamento de impressões digitais, exames de armas e projéteis e caracterização de agentes vulnerantes e de manchas de saliva, colostro, esperma, sangue, líquido amniótico e urina nos panos, móveis e utensílios. A falta de exame pericial nos instrumentos do crime não contamina de nulidade o feito, podendo ser suprida por outras provas; inaplicável *in casu* o art. 175 do Código de Processo Penal. Nesse sentido: *RT*, 454:358.

As perícias médico-legais se procedem mediante exames médico e psicológico, necropsia, exumação e de laboratório.

As autoridades podem requisitar perícias ao foro criminal para exames da vítima, do indiciado, das testemunhas ou de jurado e do local do crime; ao foro civil, para exames físicos e mentais, de “erro essencial” e avaliação da capacidade civil; ao foro de acidente do trabalho, para julgar a existência de nexos, de incapacidade, de insalubridade, indenizações etc.

O exame de corpo de delito pode ser solicitado diretamente ao perito pela autoridade policial encarregada da sindicância, do inquérito ou da diligência, pelo Juiz de Direito à frente do processo e pela autoridade militar onde o fato ocorreu, nunca, porém, pelo advogado procurador da parte interessada.

No processo penal é a perícia médico-legal amiúde realizada na fase policial, logo que o delegado de Polícia tiver conhecimento da prática da infração delituosa (art. 6.º, VII, do CPP), ou até a conclusão do inquérito, nada obstante, todavia, a sua efetuação durante a instrução criminal, mandada realizar pelo juiz *a quo*, *exempli gratia*, na suposição de exame de insanidade mental. Salvo um crime que deixou vestígios, ou quando houver dúvida no que concerne ao estado mental do acusado ou quando for admissível e tempestivamente requerida, não se obriga ao juiz determinar a realização do exame pericial.

1.2. Peritos

Peritos são expertos em determinados assuntos, incumbidos por autoridades competentes de os esclarecerem num processo.

É todo técnico que, por sua especial aptidão, solicitado por autoridades competentes, esclarece à Justiça ou à polícia acerca de fatos, pessoas ou coisas, a seu juízo, como início de prova. Dessa forma, aduz-se que todo profissional pode ser perito.

Perito médico é o que cuida de assuntos médicos; evidentemente, ele só pode ser médico.

1.2.1. Atuação

Embora a atuação do perito se forre de função oficial, ela é limitada, pois ele não julga, não defende, não acusa. A ele incumbe apenas apontar às autoridades à frente do processo o observado *hic et nunc* no local do crime ou da morte, nas armas, nas lesões, no exame cadavérico e todos os sintomas detectados no vivo e a respectiva sequelas naturais, sem jamais sobrepor-se, através de uma conclusão emotivada, ao prudente arbítrio do julgador. Destarte, compete ao perito somente examinar e relatar fatos de natureza específica e caráter permanente de esclarecimento necessário num processo; vê e refere: *visum et repertum*; visto e referido, está concluída sua nobilitante missão.

1.2.2. Nomeação

A escolha do perito é de alçada do juiz, o qual, tanto para o penal como para o cível, deve nomeá-lo dentre os expertos oficiais, como estabelece o art. 421 do Código de Processo Civil: “O juiz nomeará o perito, fixando de imediato o prazo para a entrega do laudo”.

No âmbito criminal, para a nomeação dos expertos também é competente a autoridade policial que presidir o inquérito, sem intervenção alguma das partes (art. 276 do CPP).

O juiz deve preferentemente nomear peritos oficiais (art. 159 do CPP), porém, *em comarcas onde não os haja*, é permitido à autoridade judiciária designar duas pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior, escolhidas preferencialmente na área específica, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada à natureza do exame (art. 159, § 1.º, do CPP). Qualquer outro pretexto que não seja a inexistência de peritos oficiais na localidade onde deva ser realizada a perícia, argumentado para a nomeação de peritos inoficiais, contamina de nulidade o relatório médico-legal. É de supor-se, então, imprestável o laudo redigido por pessoas idôneas que não sejam portadoras de diploma de curso superior, ainda que com algum conhecimento técnico necessário à sua elaboração.

Talqualmente, o laudo redigido por pessoas idôneas, mas sem conhecimento técnico necessário à sua lavratura, torna inidônea a prova.

O juiz nomeará o perito. No cível, dentro de cinco dias, contados da intimação do despacho de nomeação do perito, faculta-se às partes indicar assistentes técnicos, cujos nomes serão submetidos à apreciação do magistrado, para aquiescência, os quais não são expertos do juiz, mas, sim, meros assessores das partes litigantes ou interessados (art. 421, § 1.º, do CPC). No criminal, nos termos do art. 159, II, § 5.º do CPP, durante o curso do processo judicial poderão as partes indicar assistentes técnicos, que poderão apresentar pareceres, no prazo fixado pelo juiz; e, tanto no cível quanto no criminal, formular quesitos.

Todavia, não sendo o prazo de cinco dias preclusivo, nada obsta a indicação de assistente técnico ou a formulação de quesitos a qualquer tempo, pela parte adversa, se ainda não foi iniciada a diligência pericial.

Uma vez que a investidura dos peritos oficiais advém da lei, podem os mesmos funcionar independentemente de nomeação da autoridade policial ou do juiz. No sentido do texto: STF, RHC 54.614, DJU, 18 fev. 1977, p. 8871, *JTACrimSP*, 91:342. Nessa hipótese, será o exame solicitado pela autoridade ao diretor do IML (art. 178 do CPP), a quem cabe a designação dos *expertus* que irão participar do mesmo.

De igual modo, quando o exame tiver por objeto a autenticidade ou a falsidade de documento, ou for de natureza médico-legal, o juiz autorizará a remessa dos

autos, bem como do material sujeito a exame, ao diretor do estabelecimento oficial especializado, ao qual cabe a indicação, preferentemente, de técnicos especializados do próprio instituto, como se depreende da nova redação dada pela Lei n. 8.952, de 13 de dezembro de 1994, ao art. 434 do CPC.

1.2.3. Escusa justificável

A ninguém é dado escusar-se à função de perito injustificadamente, pois ela se reveste de dever cívico a que se deve atender de bom grado em defesa dos interesses sociais; se houver escusa motivada (suspeição, impossibilidade de desvincular-se da honrosa tarefa em tempo hábil em face de outros compromissos assumidos previamente etc.), será dentro de cinco dias contados da intimação ou do impedimento superveniente ao acordo pelo qual os litigantes sujeitam à arbitragem a decisão do pleito, sob pena de se reputar renunciado o direito de alegá-la (arts. 423 e 146, parágrafo único, do CPC e art. 277 do CPP). Ao aceitar a escusa ou julgar procedente a impugnação, o juiz nomeará novo perito (art. 423 do CPC).

A *non-comparentia* do perito, sem justa causa, poderá determinar a sua condução coercitiva, conforme o art. 278 do CPP.

1.2.4. Prestação de compromisso

Nomeados, aceita a incumbência, o perito do juízo civil, os peritos inoficiais e os assistentes técnicos indicados pelas partes não mais assinam, todas as vezes que como tal atuarem, termo em cartório de prestação do compromisso de “bem e fielmente desempenharem o encargo, declarando com verdade e com todas as circunstâncias o que encontrarem e descobrirem e o que em suas consciências entenderem”, como se depreende da leitura da nova redação dada pela Lei n. 8.455, de 24 de agosto de 1992, ao art. 422 do Código de Processo Civil: “o perito cumprirá escrupulosamente o encargo que lhe foi cometido, independentemente de termo de compromisso. Os assistentes técnicos são de confiança da parte, não sujeitos a impedimento ou suspeição”, pois o objetivo--mor da diligência é servir à verdade (art. 159, § 2.º, do CPP).

1.3. Realização da perícia

Procede-se à realização do exame de corpo de delito, por todos os peritos, o mais breve possível para evitar que ocorra apagamento de vestígios do crime. É vantajoso o exame de corpo de delito realizado por todos os peritos concomitantemente, aos quais é facultado utilizar todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder de parte ou em repartições públicas, bem como anexar qualquer escrito utilizável para consulta, estudo, prova, e instruir o laudo com plantas, desenhos, esquemas testemunhais microfotográficos, e outras quaisquer peças que lhes parecerem interessantes para a elucidação do caso (arts. 165, 169, 170 do CPP e art. 429 do CPC).

1.3.1. Corpo de delito

Enquanto o exame de corpo de delito registra no laudo a existência e a realidade do delito, o corpo de delito é o próprio crime na sua tipicidade. Nesse sentido: *RTJ, 45:625*.

É o resultado redigido e autuado da perícia, tendo como objeto evidenciar a realidade da infração penal e demonstrar a culpabilidade ou não do agente.

É o conjunto de vestígios materiais deixados pelo fato criminoso.

Esses vestígios das infrações podem ser de natureza permanente (*delicta factis permanentis*), ou transeunte (*delicta factis transeuntis*).

O exame de corpo de delito é dito *direto* quando persistem os vestígios da infração (homicídio, lesão corporal), e *indireto* quando esses vestígios materiais da infração inexistem, ou nunca existiram, como na injúria verbal, desacato, rubefação.

Nas infrações que deixam vestígios, o art. 158 do nosso Diploma Adjetivo Penal estatui obrigatoriedade à elaboração de laudo por expertos. Efetivamente, a falta do exame de corpo de delito direto ou a sua elaboração fora do referido permissivo legal faz nula a prova de materialidade do fato criminoso, sendo vício insanável que não pode ser suprido nem mesmo pela confissão do acusado (*vide* n. 4.5 e 12.6.11).

“Nulo é o processo em que, tendo a infração deixado vestígios e não existindo qualquer obstáculo à realização do exame de corpo de delito, este não é realizado. O art. 158 do CPP encerra uma regra de observância compulsória, cuja preterição é fulminada com a pena de nulidade, não a suprimindo a confissão do réu, nem a prova testemunhal” (*RT, 208:71*), importando evidentemente a sua ausência na absolvição por falta de prova quanto ao fato criminoso (art. 386, II, do CPP).

“Somente o exame de corpo de delito poderá comprovar a materialidade do crime de lesões corporais” (*RT, 457:445*).

No eito de todo o exposto, nos crimes que deixam vestígios, e enquanto estes permanecem, deve ser proscrita a infelizmente difundida e errônea conduta de alguns peritos — a quem cabe constatar pessoalmente à vista do *corpus delicti* ou *corpus criminis* os fatos de natureza permanente e pertinentes ao processo — de valerem-se de informações como as colhidas em ficha ou boletim hospitalar (que é corpo de delito indireto), pois tal procedimento contamina de nulidade o feito, o qual, por isso, não merece *ab initio* sequer prosperar.

“Em tema de lesão corporal, indispensável à comprovação da materialidade do crime é a realização do exame de corpo de delito, não bastando a tal desiderato simples consulta à ficha hospitalar, ainda que roborado o respectivo auto pela confissão extrajudicial do réu ou pelo depoimento da vítima e de testemunhas” (*JTACrimSP, 53:465*).

Isto porque a ficha clínica é documento particular que, ao contrário do documento público, não tem presunção relativa de validade e, por nem sempre ser permanentemente arquivada, dificulta sobremodo a consulta para produção de prova para eventual revisão criminal.

“Se comprovada a necessidade de exame indireto, nada impedirá, em princípio, tenha ele como alicerce diagnósticos médicos, fichas clínicas do hospital onde fora a vítima atendida ou ainda outros elementos válidos de informação que permitam a elaboração do laudo.

Mas esses elementos de convicção deverão vir para os autos, acompanhando o laudo ou, pelo menos, esclarecida sua validade probante nesse mesmo laudo. Simples menção a eventual diagnóstico firmado por algum médico não identificado, assim como simples menção a uma ficha clínica, será, por certo, insuficiente, por mais idôneos que sejam os peritos, idoneidade, aliás, que aqui não se discute. Transformará — como tantas vezes já afirmado nesta Col. Décima Câmara — o Juiz em mero homologador de laudos, o que é, não resta dúvida, um contra-senso” (*RJDTACrim, n. 1, 1989*).

Não obstante, em 1981, a 7.ª Câmara do Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo aceitou, por unanimidade, boletim clínico hospitalar para comprovação de ofensa corporal.

O exame de corpo de delito indireto, pelo desaparecimento dos elementos materiais, ou por recusa da vítima em submeter-se ao exame pericial a que não está obrigada e para cuja lavratura não permite a lei condução coercitiva, sendo, nessa hipótese, inaplicável o art. 201 do Código de Processo Penal, é suprido no mesmo Código, art. 167, por prova testemunhal. Desse modo, nos delitos materiais de conduta e resultado, desaparecidos os vestígios da infração, é admissível a prova testemunhal supletiva.

Apesar de exaustivo, é oportuno insistirmos que nos crimes que deixam vestígios a prova pericial será sempre *direta*, sendo a prova supletiva testemunhal somente admitida quando impossível a primeira e devidamente justificada. E porque nem sempre se forma com depoimentos testemunhais, o exame de corpo de delito indireto também requer lavratura de auto.

Importa saber que o nome corpo de delito indireto é impróprio, pois pelo desaparecimento ou inexistência de elementos materiais não há corpo, embora haja o delito (*vide* n. 4.4).

A lei autoriza que o exame de corpo de delito se proceda em qualquer dia, mesmo aos domingos e feriados, em qualquer lugar que não seja a Delegacia de Polícia (para não ensejar suspeita de coação), a qualquer hora (art. 161 do CPP), mesmo à noite, desde que haja iluminação suficiente (art. 161 do CPP). Constitui exceção a necropsopia, que deve sempre ser realizada à luz do dia, pois um exame cadavérico eivado não mais poderá ser refeito em condições satisfatórias.

A necropsia nos casos de morte violenta é obrigatória por força de lei; todavia, fica a critério do *peritus*, diante de uma morte violenta, quando não houver infração penal que apurar, ou se as lesões externas permitirem precisar as *causae mortis* e não houver necessidade de exame visceral para a verificação de alguma causa relevante, fazer o exame interno do *de cuius*, conforme se depreende da leitura do parágrafo único do art. 162 do Código de Processo Penal.

Não será enfadoso lembrar que:

- a) é obrigatória a necropsia quando a morte resultou de acidente do trabalho;
- b) a mesma somente será paga quando realizada por médico não legista, fora dos Institutos de Medicina Legal;
- c) diante de uma consulta médico-legal uma necropsia jamais poderá ser repetida ou recomçada.

Havendo necessidade de exames de laboratório, a este serão encaminhados o material colhido (do qual se guardará quantidade suficiente para a eventualidade de nova perícia, cf. o art. 170 do CPP), os objetos e as pessoas para serem examinados.

Findo o exame de corpo de delito, as conclusões técnico-científicas far-se-ão criteriosas na experiência, na competência e no equilíbrio dos peritos, os quais entregarão o laudo no prazo fixado pelo juiz ou pelo menos 20 dias antes da audiência de instrução e julgamento, de acordo com a nova redação dada ao art. 433 do CPC pela Lei n. 8.455, de 24 de agosto de 1992. “Os assistentes técnicos oferecerão seus pareceres no prazo comum de 10 (dez) dias, após intimadas as partes da apresentação do laudo” (parágrafo único do art. 433 do CPC, com a redação dada pela Lei n. 10.358, de 27-12-2001). No processo penal, o laudo pericial será elaborado no prazo máximo de 10 dias, podendo este prazo ser prorrogado, em casos excepcionais, a requerimento dos peritos, nos termos do art. 160, parágrafo único, do CPP, com a nova redação dada pela Lei n. 8.862, de 28 de março de 1994. Já no processo civil, o art. 432 do CPC determina que “Se o perito, por motivo justificado, não puder apresentar o laudo dentro do prazo, o juiz conceder-lhe-á, por uma vez, prorrogação, segundo o seu prudente arbítrio”.

O laudo pericial pode ser juntado ao processo ao longo da instrução criminal, até as alegações finais, inaplicável o art. 525 do Código de Processo Penal. Tem mais: a perícia médico-legal, demonstrando a materialidade de um crime, é considerada quase sempre *prova objetiva* que pode ser motivadamente realizada até depois do julgamento, na justiça criminal.

Todos os peritos, concordes, assinarem o laudo é a regra (art. 179, parágrafo único, do CPP). O Supremo Tribunal Federal tem entendido, entretanto, que o laudo pericial não assinado pelos peritos não é nulo, desde que se prove a sua realização (RTJ, 50:100; JTACrimSP, 90:283). Trata-se de uma falta meramente formal que não tem o condão de invalidar todo o processo (LEX, 90:284).

Contra: “A legislação processual penal não pode ser desrespeitada a ponto de o laudo sobre a materialidade da infração não conter a assinatura dos peritos. Necessária e obrigatoriamente há de existir respeitabilidade e segurança nas provas que instruem uma ação penal. A seriedade de uma condenação judicial não se compatibiliza com a falta de um mínimo de cautela por parte dos peritos, máxime quando são médicos de uma repartição estatal” (RT, 538:366).

Laudo pericial assinado por um só perito já foi considerado, pelo Supremo Tribunal Federal, corpo de delito *indireto*, corroborado por testemunhas. Nesse sentido: JTACrimSP, 86:414.

Não é nula a perícia realizada por um só perito oficial. No sentido do texto: RT, 443:403, 562:428.

No processo penal, é nulo o exame de corpo de delito realizado por um só perito *leigo*; a nulidade, entretanto, só ocorre em caso de prejuízo ou se invocada na ocasião a que se referem os arts. 571, 564, IV, e 572, I, do Código de Processo Penal (TJSP, RT, 535:290). Tratando-se, porém, de perito oficial não se aplica a súmula referida. Nesse entendimento: RT, 425:393, 443:403, 445:381; RTJ, 51:566, 67:420, 88:86. Demais, é hábito ser a perícia oficial realizada por um só experto relator e o laudo assinado também pelo perito subscritor, se concorde com as conclusões iladas do processo penal. Nesse sentido: RT, 561:340.

Data venia, ousamos dissentir deste *postulatum*, por entendermos que a diligência médico-legal levada a cabo por um só perito louvado, ou não, contraria o art. 159 do Código de Processo Penal, importando em nulidade processual, portanto, existente independentemente de indagação de prejuízo, com fundamento no art. 564, IV, por omissão de formalidade que constitui elemento essencial do ato, sem embargo da nova redação dada ao dispositivo pela Lei n. 11.690/2008.

Não é outro o modo de ver do iluminado mestre Fernando da Costa Tourinho Filho (*Processo penal*, Saraiva, 1992, v. 3, p. 126 e s.): “Evidente que, em se tratando de peritos não oficiais, a exigência de dois peritos resulta claramente do § 1.º do art. 159 do CPP, e, por isso, o preceito sumular não teria razão de ser, pois estaria interpretando o que sempre independeu de interpretação...”

A Súmula 361 referia-se, pois, a peritos oficiais. Entretanto, tendo em vista que poucas são as comarcas que dispõem de perito oficial (quanto mais de dois...), passou-se a entender que o verbete sumular se referia a peritos inoficiais. Não nos parece assim. Bem claro, a respeito, o art. 178 do estatuto processual penal:

‘No caso do art. 159, o exame será requisitado pela autoridade ao diretor da repartição, juntando-se ao processo o laudo assinado *pelos peritos*’ (grifos nossos).

Nem se diga que o preceito se refere a peritos inoficiais. Quanto a estes, a regra é a do art. 179:

‘No caso do § 1.º do art. 159, o escrivão lavrará o auto respectivo, que será assinado *pelos peritos* e, se presente ao exame, também pela autoridade’ (grifos nossos).

Ora, se o art. 178, aludindo à perícia oficial, refere-se a peritos (no plural); se o art. 179, fazendo alusão aos peritos inoficiais, usou, também, a palavra *peritos* no plural, fácil concluir-se que em ambas as hipóteses a lei exige a presença de dois peritos. Aliás, como reforço de argumento, está o art. 180 do Código de Processo Penal cuidando da possibilidade de divergência entre os peritos...

Ante o exposto, e com a devida vênia, entendemos que a perícia realizada por um só *expertus*, seja ele oficial, ou não, é um ato atípico, defeituoso, imprestável, passível, pois, de nulidade (*rectius*: de ineficácia). Tratando-se de exame de corpo de delito — guiado que foi à posição de ato estrutural do processo (art. 564, III, b) —, a nulidade é absoluta. Tratando-se de outra perícia — ato incidental — a nulidade prevista no inc. IV do art. 564 é sanável, segundo a fórmula do art. 572, dêz que não haja prejuízo às partes”.

Para arreglar, contrariando respeitosamente o entendimento do Supremo Tribunal Federal no sentido de ser inaplicável a Súmula 361 em se tratando de perito oficial, somos de opinião que não tem nenhum valor probatório o laudo do exame de corpo de delito e das perícias em geral, no curso de um inquérito, quando efetuadas por um só legista, *leigo ou oficial*, conforme se deduz do estudo de outros artigos, além dos já justamente ponderados por mestre Tourinho, adjetivados no Código de Processo Penal, os quais se referem aos peritos *sempre no plural*. Vejamos alguns desses dispositivos:

Art. 160: “Os peritos descreverão...”. Art. 162: “... salvo se os peritos...”. Art. 165: “... os peritos...”. Art. 168, § 1.º: “No exame complementar, os peritos...”. Art. 170: “Nas perícias de laboratório, os peritos...”. Art. 171: “... ou por meio de escalada, os peritos...”. Art. 172, parágrafo único: “Se impossível a avaliação direta, os peritos...”. Art. 173: “No caso de incêndio, os peritos...”. E, finalmente, no art. 179, lemos: “No caso do § 1.º do art. 159, o escrivão lavrará o auto respectivo, que será assinado pelos peritos...”.

1.3.2. Intervenção dos peritos

A intervenção dos peritos se faz em qualquer fase do processo (inquérito, sumário e julgamento) no foro criminal. Lavrada a sentença, pode ainda ocorrer intervenção pericial para ajuizar alienação mental passível de suspensão de pena. Há casos de decretação de liberdade condicional em que a justiça julga necessário ouvir peritos sobre ausência ou cessação de periculosidade do detento (art. 710, II, do CPP).

No foro civil, mediante a concessão de medida cautelar precedente pleiteada pelo requerente que se encontra na situação de titular do interesse correspondente ao alegado direito, pretendido em relação ao réu, pode o julgador determinar a feitura de exame pericial, antes do início da lide — que é o conflito de interesse qualificado por pretensão resistida —, como forma de produção antecipada de provas, quando houver proveito na solução eficaz e útil no processo principal (*fumus boni iuris*), e receio de lesão em face do *periculum in mora* (CPC, arts. 846 e 847, II). E em uma diligência *ad perpetuam rei memoriam*, e na dilação probatória (CPC, art. 181), por justa causa (CPC, art. 183, § 1.º), ou caso fortuito ou motivo de força maior, como, por exemplo, uma cirurgia de urgência. E quando o juiz ordenar, de ofício ou a requerimento das partes, por força do princípio da verdade real, que os expertos espanquem as brumas porventura existentes em alguma questão ou quesito. É por isso que o perito e os assistentes técnicos intimados pela autoridade judicial devem obrigatoriamente comparecer à audiência e, fazendo-o, subscreverem o termo que for lavrado.

1.3.3. Divergência entre os peritos

Supondo ocorra divergência entre os peritos, será consignada no auto de exame de corpo de delito a opinião diagnóstica de um e de outro, ou cada qual redigirá separadamente a sua louvação (art. 180, 1.ª parte, do CPP), cumprindo à autoridade nomear um terceiro experto (art. 180, 2.ª parte, do CPP), que emitirá sua conclusão após exame acurado das duas conclusões divergentes. Se esse novo laudo também discordar, a autoridade indicará facultativamente nova perícia, que se comportará como se as anteriores não houvessem existido, embora seja dado aos competentes conhecer os pareceres em dissídio, podendo eles sobre os mesmos emitir opinião com perfeito conhecimento de causa (art. 180 do CPP).

Persistindo as divergências (art. 180, *in fine*, do CPP), o juiz decide por outros meios, *motu proprio*, fundamentando a sua opinião.

1.3.4. Falsa perícia

Essa divergência é infrequente na prática médico-forense, onde os juízes julgam geralmente de acordo com o parecer dos peritos que eles nomeiam e que sabem honestos, dedicados e competentes e que lhes são merecedores de irrestrita confiança.

Todavia, em que pese a idoneidade dos peritos, seres humanos a quem se incumbe a missão de verdadeiro *auxiliar da justiça* a cujas conclusões ficam adstritas a honra, a fortuna, a família, e, muita vez, comprometendo em soslaio, a inocência e a liberdade, não se há de olvidar o previsto no art. 342 do Código Penal: “Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade, como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial ou em juízo arbitral” (Lei n. 10.268, de 28-8-2001), ou em inquérito instaurado por comissão parlamentar, e no art. 147 do CPC: “O perito que, por dolo ou culpa, prestar informações inverídicas, responderá pelos prejuízos que causar à parte, ficará inabilitado, por 2 (dois) anos, a funcionar em outras perícias e incorrerá na sanção que a lei penal estabelecer” (*vide* n. 1.6).

Com efeito, não constitui ilegalidade ou abuso de poder o ato do juiz que, convencido de que o perito prestou informações inverídicas, lhe aplica a sanção de inabilitação, por 2 anos, a funcionar em outras diligências médico-legais, expressamente prevista na lei. Nesse ajustamento, RT, 610:217.

Para efeitos penais são os peritos considerados funcionários públicos (art. 327 do CP).

A falsa perícia pode resultar:

- a) da afirmação de uma inverdade;
- b) da negação da verdade;
- c) do silêncio sobre a verdade.

Não se confundirá a falibilidade dos exames periciais, que, a despeito do aperfeiçoamento de certas técnicas, são passíveis de involuntários equívocos, quer em suas pesquisas, quer nas conclusões dos seus laudos, com distorção consciente da verdade, objetivando ludibriar a autoridade judiciária com o fito de favorecer terceiro ou qualquer pessoa a quem se imputa o crime. Daí a razão de ser da credibilidade da perícia.

Não importa não atinja o perito mendaz o fim desejado; basta à lei a existência de indícios de falseamento consciente da verdade sobre dados objetivos e juridicamente relevantes e pertencentes ao objeto do processo de que se trate, colhidos pelo perito, sem o que a eiva do *actus* será um ato imoral, mas não antijurídico.

Se antes da prolação da sentença, no processo em que foi o crime de falsa perícia cometido, o próprio perito se retrata ou declara a verdade, desaparece o delito com o desdizer-se, e o fato deixa de ser punido (§ 2.º do art. 342 do CP). Se a reparação do dano é feita posteriormente, mesmo que a decisão ainda seja passível de recurso, a retratação ou a declaração da verdade só terá efeito atenuante (CP, art. 65, III, b).

Arrematando, não incide no delito de falsa perícia o assistente técnico que simplesmente lavra parecer encomendado pela parte. Nesse sentido: RT, 641:331 (*vide* p. 33).

1.3.5. Incompatibilidade dos peritos

Aplicam-se ao perito algumas das suspeições e incompatibilidade do juiz (art. 280 do CPP), ou seja, quando for parte ou interessado no processo ou nele já tiver atuado como experto (art. 279, II, do CPP); se amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer das partes; se alguma das partes for dele credora ou devedora, ou de seu cônjuge ou parentes, em linha reta ou na colateral até o terceiro grau; se for empregador de alguma das partes; se porventura recebeu dádivas antes ou depois de iniciado o processo, ou subministrou meios para atender às despesas do litígio; ou praticou atos que não mereçam fé ou se revelem desmerecedores de confiança (art. 279, I, do CPP).

E, consoante o art. 279 do Código de Processo Penal, estão impedidos de servir como perito os que prestaram serviço no processo como testemunha ou como opinante anteriormente sobre o objeto da perícia e sujeitos à interdição de direitos, prevista nos arts. 47, I e II, e 92, I e II, do Código Penal.

Deve o próprio perito declarar o impedimento ou a suspeição logo tenha ciência da intimação, pois, não o fazendo, cabe ao indiciado ou à vítima o direito de argui-la antes de iniciada a diligência médico-legal, “decidindo o juiz de plano e sem recurso, à vista da matéria alegada e prova imediata” (art. 105 do CPP).

1.3.6. Credibilidade da perícia

A credibilidade da perícia baseia-se no princípio de que a opinião dos peritos, conquanto categórica e unânime, não vincula a convicção do juiz (nem à dele se subordinada), ao qual assiste o dever de fundamentar sua divergência e o direito de discordar do laudo pericial, recusando-o em parte ou no todo, e de determinar nova perícia (CPP, art. 182; CPC, art. 437). É por isso que se cognomina ao juiz *peritus peritorum* (perito dos peritos). *En passant*, também se faculta à autoridade policial à frente do inquérito determinar nova perícia (art. 181, parágrafo único, do CPP). No sentido do texto: *RTJ*, 53:207.

Por esta forma, ao juiz é dado discordar de qualquer laudo, no todo ou em parte, nomear novos peritos, recusar o laudo e supri-lo por prova testemunhal, podendo livremente formar a sua convicção com pareceres técnicos ou outros fatos provados nos autos (art. 436 do CPC), sendo-lhe, todavia, vedado “valer-se de conhecimentos pessoais, de natureza técnica, para dispensar a perícia” (*RT*, 606:199). Sobreleva, entretanto, o dever de, com sua grande cultura jurídica e conhecimentos básicos, justificar os fundamentos de sua divergência, pois o seu arbítrio não é ilimitado, mas, sim, um *arbitrium regulatum* (*vide* n. 1.5.6).

Do mesmo modo, nos crimes de competência do Júri, também os jurados podem rejeitar o laudo médico-legal. No sentido do texto: *RTJ*, 53:207.

1.3.7. Perícia contraditória

É a perícia da Justiça em que os dois peritos não chegam, no crime, a um ponto de vista comum.

É a que, realizada por peritos da Justiça e das partes, não coincide com exatidão.

É a concludência procedida por um terceiro perito para corrigir ou confirmar perícia anterior.

1.3.8. Fiscalização das perícias

O princípio de credibilidade é forma de fiscalização das perícias, que ainda se procede por adequada metodização, pela regulamentação e pelos conselhos fiscais.

A “metodização” é a existência de rigor absoluto de registro de minúcias técnicas e detalhes científicos nos exames periciais e nos laudos, obedecendo rigidamente às fases sucessivas de redação (preâmbulo, quesitos, comemorativo, descrição, discussão, conclusões e respostas aos quesitos).

A “regulamentação” é a observação rigorosa de normas escritas fixas nos trabalhos periciais com o objetivo de evitar que omita o perito tempos importantes para o esclarecimento da Justiça.

Outra forma importante de fiscalização é a revisão das perícias por Conselhos Médico-Legais que agem eventualmente por solicitação de revisão de perícia ou, então, taxativamente em todos os casos ocorridos em suas circunscrições.

1.3.9. Honorários dos peritos

Honorário é a paga que se faz a certos profissionais em retribuição a serviços por eles prestados.

É a remuneração justa dos peritos e dos assistentes técnicos que prestaram serviços profissionais à Justiça e às partes.

“Dignus enim est operarius mercede sua”, Lucas, 10, 7.

Se o juiz nomeia para a diligência médico-legal perito oficial, este evidentemente nada percebe pela missão que vai desempenhar, funcionário público que é, inteiramente dedicado à função, pago pelo Estado. Dessa maneira, sendo a perícia de interesse público, ela se exerce sem nenhum ônus para as partes e interessados, o que constitui um dos requisitos da imparcialidade.

Se a nomeação é de perito não oficial, este apresenta honorários ao juiz, que pode também arbitrá-los, o mesmo ocorrendo com os assistentes técnicos indicados pelas partes.

Na perícia civil o contrato dos honorários é sempre feito por intermédio do juiz, não sendo lícito ao perito fazê-lo diretamente com as partes. No ato de aceitação do encargo pericial deve-se pedir o arbitramento e o depósito dos honorários provisórios e, no da entrega do laudo, que o juiz os arbitre definitivamente, cabendo ao perito estimar o valor do trabalho apresentado, para o que se apreciará:

- a) importância e dificuldade médico-jurídica da ação;
- b) costume do lugar;
- c) reputação profissional do perito;
- d) possibilidades econômicas dos envolvidos;
- e) tempo despendido.

O assistente técnico contrata honorários diretamente com a parte que o procura.

O pagamento da perícia ao perito inoficial é efetuado pelo Poder Público, na perícia criminal. Os assistentes técnicos receberão seus honorários das partes indicadoras, e o perito do juízo (civil) os perceberá da *partis* que houver requerido o exame, ou do autor, quando solicitado por ambas as partes ou de quem o Magistrado determinar (art. 33 do CPC).

Destarte, o juiz poderá determinar que a parte responsável pelo pagamento dos honorários do perito deposite em juízo o valor correspondente a essa remuneração. O numerário, recolhido em depósito bancário à ordem do juízo e com correção monetária, será entregue ao perito após a apresentação do laudo, facultada a sua liberação parcial, quando necessário, consoante o art. 33 do CPC.

A lei permite ao médico e aos assistentes técnicos efetuar cobranças judicialmente, mediante ação ordinária, na falta de documento firmado e por ação executiva, quando houver contrato escrito; permite-lhes ainda pleitear seus honorários em processo de inventário, de falência ou de arrecadação de bens do morto.

A prescrição de honorários dos profissionais de Medicina é de cinco anos após a última prestação dos serviços, nos termos do art. 206, § 5.º, II, do CC, perdendo eles o direito de agir, como uma forma de negligência, pois compete ao credor e não ao devedor a iniciativa da cobrança. Por outro lado, esse prazo será de um ano, em se tratando de recebimento de honorários por perito (art. 206, § 1º, III, do mesmo *codex*).

O competente requisitado fora dos quadros funcionais da Justiça não está obrigado a prestar serviços gratuitos, a não ser que admita fazê-lo, *sponte sua*, ou para ser pago, a final, pelo vencido.

1.4. Quesitos oficiais

1.4.1. Exame de corpo de delito (lesão corporal)

1.º) Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente; 2.º) qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; 3.º) se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso e cruel (resposta especificada); 4.º) se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; 5.º) se resultou perigo de vida; 6.º) se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função (resposta especificada); 7.º) se resultou incapacidade para o trabalho ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente (resposta especificada); nos casos indicados, será formulado mais o seguinte quesito: 8.º) se resultou aceleração de parto ou aborto.

1.4.2. Exame cadavérico

1.º) Se houve morte; 2.º) qual a causa da morte; 3.º) qual o instrumento ou meio que produziu a morte; 4.º) se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso e cruel (resposta especificada).

1.4.3. Exame de corpo de delito (infanticídio)

1.º) Se houve morte; 2.º) se a morte foi ocasionada durante o parto ou logo após; 3.º) qual a causa da morte; 4.º) qual o instrumento ou meio que produziu a morte; 5.º) se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso e cruel (resposta especificada).

1.4.4. Exame cadavérico na gestante (aborto)

1.º) Se houve morte; 2.º) se a morte foi precedida de provocação de aborto; 3.º) qual o meio empregado para a provocação do aborto; 4.º) qual a causa da morte; 5.º) se a morte da gestante sobreveio em consequência de aborto ou de meio empregado para provocá-lo.

1.4.5. Exame de corpo de delito (aborto)

1.º) Se há vestígio de provocação de aborto; 2.º) qual o meio empregado; 3.º) se, em consequência de aborto ou de meio empregado para provocá-lo, sofreu a gestante incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente (resposta especificada); 4.º) se não havia outro meio de salvar a vida da gestante (no caso de aborto praticado por médico); 5.º) se a gestante é alienada ou débil mental.

1.4.6. Exame de corpo de delito (estupro sem conjunção carnal)

1.º) Se há vestígio de ato libidinoso; 2.º) se há vestígio de violência e, em caso afirmativo, qual o meio empregado; 3.º) se da violência resultou para a vítima incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente (resposta especificada); 4.º) se a vítima é alienada ou débil mental; 5.º) se houve outra causa, diversa da idade não maior de 14 anos, alienação ou debilidade mental que a impossibilitasse de oferecer resistência; nos casos indicados será formulado o seguinte quesito: 6.º) se resultou aceleração de parto, ou aborto (*vide* n. 12.7).

1.4.7. Auto de corpo de delito (estupro com conjunção carnal)

1.º) Se a paciente é virgem; 2.º) se há vestígios de desvirginamento recente; 3.º) se há outros vestígios de conjunção carnal recente; 4.º) se há vestígios de violência e, no caso afirmativo, qual o meio empregado; 5.º) se da violência resultou para a vítima incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente, ou aceleração de parto, ou aborto (resposta especificada); 6.º) se a vítima é alienada ou débil mental; 7.º) se houve outra causa, diversa de idade não maior de 14 anos, alienação ou debilidade mental que a impossibilitasse de oferecer resistência (*vide* n. 12.6.3).

1.4.8. Exame de idade

1.º) Se a paciente é menor de 18 anos; 2.º) em caso afirmativo, se é maior de 14 anos.

1.4.9. Quesitos em psiquiatria forense

Não existem, o que permite ao juiz, ao curador e às partes formular os quesitos que julgarem pertinentes ao caso (*vide* n. 1.5.4).

1.4.10. Quesitos no foro civil

Não existem, o que autoriza à autoridade judicial formulá-los livremente.

Aos quesitos formulados responderão os peritos com toda concisão, clareza e objetividade, pois não lhes cabe o rebuscado literário, nem o preciosismo ornamental. Essa sábia norma também se aplica à redação do laudo, consoante no-lo diz Alves Menezes: “O laudo médico-legal é o cartão de visita profissional do legista, a sua ficha de identidade técnica, o repositório de sua sabedoria, o estojo de sua experiência, a chave de seu prestígio, o passaporte para a sua glória. Mas, como o punhal traiçoeiro e bicortante, poderá ser, também, o óbito de sua fama e o epitáfio de sua reputação”.

1.5. Documentos médico-judiciários

Denominam-se documentos médico-judiciários a simples exposição verbal e os instrumentos escritos por médicos objetivando elucidar a Justiça e servir preconstituidamente para a prova ou de prova do ato neles representados.

Observa-se, então, que os documentos médico-judiciários podem ser escritos ou verbais.

Os documentos médico-judiciários ou médico-legais são de cinco espécies: notificações, atestados, relatórios, pareceres e depoimentos orais.

1.5.1. Notificações

As notificações são comunicações compulsórias às autoridades competentes de um fato médico sobre moléstias infectocontagiosas e doenças do trabalho. Embora se impute a todo ser humano, por dever de solidariedade, a notificação de doenças infectocontagiosas de que tenha conhecimento, e assim impedir o evento, só o médico que se omite, não havendo participação criminosa, comete o crime tipificado no art. 269 do Código Penal: “Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória”.

Admite-se a participação criminosa se o médico se omite a pedido do doente maior e capaz ou de seu responsável (art. 29 do CP).

Trata-se de delito especial, omissivo próprio, que ocorre na simples abstenção da atividade devida pelo profissional de Medicina. A inação *non facere*, o “deixar de comunicar” é que constitui em si o crime, sendo irrelevante a motivação do agente.

O delito consuma-se na omissão daquele que, devendo e podendo atuar para evitar o evento lesivo no caso concreto, apesar de ser ele previsível, não o faz, por inércia psíquica, por preguiça mental, por displicência.

Não se estribe a omissão à regra do sigilo profissional tutelada pelo art. 154 do Código Penal, pois o dever do médico guardá-lo não é absoluto, se há justa causa; o que a lei proíbe é a quebra do segredo profissional por maldade, jactância ou simples leviandade e não a que, como na vertente, é praticada no exercício regular de direito (art. 146, § 3.º, do CP) ou de faculdade legal, objetivando a preservação da incolumidade pública, bem inestimável tutelado pelo Estado, cujo interesse prepondera sobre a liberdade individual.

O art. 8.º da Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975, regulamentada pelo Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976, estendeu a obrigatoriedade a outros profissionais de saúde no exercício da profissão, que não apenas o médico, e o dever aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino de denunciar casos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória à autoridade pública.

Todavia, crime só comete o médico, pois estão essas pessoas fora do alcance da lei penal, ficando elas somente sujeitas às sanções do regulamento.

Para os efeitos da aplicação da Lei n. 6.259, de 1975, e do Decreto n. 12.984, de 15 de dezembro de 1978 (estadual), que aprova Normas Técnicas Especiais Relativas à Preservação da Saúde, constituem objeto de notificação compulsória as seguintes doenças relacionadas:

I — em todo o Território Nacional: cólera, coqueluche, difteria, doença meningocócica e outras meningites, febre amarela, febre tifoide, hanseníase, leishmaniose, oncocercose, peste, poliomielite, raiva humana, sarampo, tétano, tuberculose, varíola;

II — em áreas específicas: esquistossomose (no Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas, Pernambuco e Sergipe); filariose (exceto Belém e Recife); malária (exceto região da Amazônia Legal).

“Por qualquer meio pode ser feita a denúncia, devendo lançar-se mão naturalmente do mais seguro e rápido. Existem fórmulas impressas para esse fim, porém, não lhes está sujeito o médico. Sua comunicação poderá ser efetivada pessoalmente, por carta, telegrama, telefone etc.” (E. Magalhães Noronha, *Direito penal*, 1988).

Da mesma forma, também as doenças profissionais e as produzidas em virtude de condições especiais de trabalho são de notificação compulsória, de conformidade com instruções baixadas pelo Ministério do Trabalho (art. 169 da CLT).

Talqualmente, em caráter de emergência, o é toda morte encefálica comprovada em hospital público ou privado, cf. o art. 13 da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

A notificação compulsória não mais se aplica aos viciados em substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica, cf. a Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006.

1.5.2. Atestados

Denominados, também, certificados médicos, são a afirmação simples e redigida de um fato médico e de suas possíveis consequências.

Classificam-se os atestados em oficiosos, administrativos e judiciários.

Os primeiros são solicitados pelos pacientes para justificar ausência ao trabalho, às aulas etc. Os atestados administrativos são os reclamados pelo serviço público para efeito de licenças, de aposentadorias ou abono de faltas, vacinações etc. E, finalmente, judiciários são os atestados que interessam à Justiça, requisitados sempre pelos juízes.

Somente os atestados judiciários constituem documentos médico-legais.

O atestado médico é documento que não exige compromisso legal; no entanto, nem por isso se faculta ao médico nele firmar inverdades, para evitar que se imputem ao profissional os delitos de Falsidade Ideológica e de Falsidade de Atestado Médico, conforme estabelecem respectivamente os arts. 299 e 302 do nosso diploma penal. Dessa forma, a infelizmente difundida prática dos atestados de favor, ditos graciosos ou complacentes, deve ser rigorosamente proscrita, pois só faz desprestigiar a imagem do médico e da Medicina.

Não obstante o *rigor legem*, é esta modalidade de falso conduta ilícita em que mais incorrem alguns profissionais de Medicina desavisados e geralmente desinteressados de lucro, por negligência ou imprudência e não por vontade consciente de cometê-la. Insta dizer, todavia, que não se admite a forma culposa, já que os crimes contra a fé pública são sempre dolosos. Então, para a tipificação do delito do art. 302 do Código Penal é indispensável que o sujeito ativo aja com dolo, consistente na vontade conscientemente dirigida à falsa atestação.

“Para que se configure o delito do art. 302 do CP é preciso que se demonstre ter o médico agido com consciência da falsidade do óbito que atesta” (RT, 318:86).

A lei pune o facultativo pela inveracidade da declaração atestada (saúde de quem é enfermo, doença em pessoa hígida, doença diversa da real, óbito de cujo fato não tenha ciência própria etc.) suficientemente idônea para gerar prejuízo, potencial ou real, a direito, obrigação ou a fato juridicamente relevante, e não pela inverdade sobre circunstâncias secundárias, como a afirmação de que é necessário repouso por período de 30 dias quando 15 bastam.

Constitui infração ética atestar sem ter examinado o paciente, ainda que a doença seja verdadeira (art. 110 do Código de Ética Médica).

Sendo o certificado falso fornecido mediante pecúnia, além da pena corporal, aplicar-se-á multa.

O art. 302 do Código Penal é aplicável ao médico que comete o delito em caráter particular, portanto, à margem de função pública, pois responderá ele pela infração penal elencada no art. 301 do mesmo Código, “em razão de função pública”, se na qualidade de funcionário público falsear conscientemente atestado objetivando favorecer pessoa interessada a obter vantagem de ordem pública.

“O médico que assina declaração ou atestado de óbito ideologicamente falso para efeito de alteração da verdade no Registro Público pratica o delito previsto no art. 299 do CP, e não o do art. 302, do mesmo estatuto, de punição mais leve e branda” (RTJSP, 83:380).

É comum o médico redigir o atestado em papel timbrado de receituário próprio ou de instituição e entidades médico-sociais, pois somente os atestados de óbito têm forma especial.

Pode fazê-lo também em folha de papel comum.

Embora não se obrigue ao atestado forma fixa, convém que dele constem, sumariamente, quatro partes: nome e sobrenome do médico, seus títulos e qualidades; qualificação do paciente, tendo-se o cuidado de especificar quem solicita o documento; o estado mórbido e demais fatos verificados; as consequências do que foi apurado.

Deve o médico prudentemente esclarecer no atestado que ele é redigido a pedido do próprio interessado ou de seu representante legal, e para os devidos fins, ou seja, a finalidade a que se destina, evitando, tanto quanto possível, declarar o diagnóstico, para salvaguarda do sigilo profissional.

A celebrória e interminável querela sobre a obrigatoriedade ou não do facultativo apor o diagnóstico nos atestados oficiosos perdeu a razão de ser, ante a revogação da Resolução n. 1.190/84 pela n. 1.219/85, do Conselho Federal de Medicina. A norma revogada previa: “... subordina a eficácia do atestado médico ao fato de nele constar o diagnóstico preferentemente codificado (ou não), conforme o Código Internacional de Doenças — CID, com a expressa concordância do paciente...”.

A colocação no atestado médico do diagnóstico, codificado ou não, admite a presunção absoluta *iusuris et de iure* de que houve a concordância expressa do paciente, ou, se menor, de seu representante legal.

Nos atestados administrativos e judiciários em que as autoridades exigem o diagnóstico, é obrigatório o médico declará-lo utilizando a Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte, com anuência do paciente.

A final, o atestado jamais se arvora *status* de laudo de perícia médica, nos casos em que esta é expressamente exigida.

1.5.3. Atestado de óbito

O Conselho Federal de Medicina, no dia 11 de novembro de 2005, aprovou a Resolução n. 1.779/2005, que disciplina o fornecimento de atestados de óbito (*vide* a íntegra da referida Resolução no Apêndice).

1.5.4. Relatório médico-legal

É o registro escriturado minudente de todos os fatos de natureza específica e caráter permanente pertinentes a uma perícia médica, requisitada por autoridade competente a peritos oficiais ou, onde não os houver, a *expertus* não oficiais portadores de diploma de curso superior, compromissados moralmente.

Se o relatório é ditado diretamente ao escrivão, na presença de testemunhas, chamar-se-á *auto*, e, se redigido posteriormente pelos peritos, ou seja, após suas investigações e consultas ou não a tratados especializados, recebe o nome de *laudo*. A parte objetiva do auto de exame cadavérico (necropsia) é chamada *protocolo*.

O relatório médico-legal consta de sete partes: preâmbulo, quesitos, comemorativo ou histórico, descrição, discussão, conclusões e respostas aos quesitos.

a) *Preâmbulo* — É a parte onde os peritos declaram suas identificações, títulos e residências, qualificam a autoridade que requereu e a autoridade que determinou a perícia, e o examinando; o local, hora e data em que a perícia é realizada e a sua finalidade.

b) *Quesitos* — Nas ações penais já existem formulados os *quesitos oficiais*, consoante o foram pela comissão composta pelo Dr. Miguel Sales, ex-diretor do Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, pelo professor de Medicina Legal Dr. Antenor Costa e pelo Prof. Roberto Lira, insigne mestre, coautor do Código Penal brasileiro, aprovado pela comissão elaboradora do Código de Processo Penal (Dec.-Lei n. 3.689, de 3-10-1941). Entretanto, é permitido à autoridade e às partes, até o ato de realização da diligência (art. 176 do CPP), acrescentar novos quesitos aos preliminarmente formulados, “salvo nos inquéritos policiais, já por si de natureza inquisitória” (RTJ, 58:434).

No cível, e em Psiquiatria Forense, não existem quesitos previamente elaborados; desse modo faculta-se ao juiz (art. 426, II, do CPC), ao curador e às partes formulá-los livremente, conforme se apliquem ao caso (art. 421 do CPC). As questões sobre as quais se pede esclarecimento ao perito devem ser formuladas de modo criterioso para evitar que ele canse sua mente atrás de uma hipótese, dirigindo involuntariamente as suas investigações unilaterais, descuidando as outras que por acaso poderiam ter um maior fundamento de verdade. Contudo, competirá ao juiz indeferir quesitos inoportunos ou impertinentes (art. 426, I, do CPC), e que não exijam conhecimento especializado. Nesta hipótese, embora a lei processual penal seja omissa a respeito, quesitos malformulados deverão também ser rejeitados pelo julgador.

c) *Comemorativo* — É o histórico de todas as informações colhidas do interessado ou de terceiros, vinculados ao caso, e sob responsabilidade dos declarantes, a respeito de detalhes e circunstâncias capazes de esclarecer a perícia. O comemorativo ou histórico corresponde à anamnese da consulta clínica, e, como nela, devem os peritos arguir os declarantes sobre a hora, dia e local, a agressão, o número de agressores, o tipo de arma ou armas utilizadas, local do atendimento médico etc.

d) *Descrição contendo o “visum et repertum”* — É a parte essencial e básica e mais importante do relatório. Visto e referido, sua função é reproduzir fiel, metódica e objetivamente, com exposição minuciosa dos exames e técnicas empregadas e de tudo o que for observado pelos peritos. Destarte, o *visum et repertum* é a parte do laudo que registra de forma completa minuciosa, metódica e objetivamente, sem preconceber ideias ou hipóteses, a forma, número, situação, largura, disposição, relação com os pontos fixos de referência e tempo de ocorrência das lesões, bem como todos os sintomas encontrados no examinando, e os dados colhidos no local e das vestes etc., numerados e distribuídos em grupos e, quando possível, ilustrados com desenhos, gráficos, plantas, fotografias, microfotografias e videocassetes para melhor compreensão e clareza, ou permitir, se for o caso, reformulação de opiniões pelos peritos nomeados posteriormente.

e) *Discussão* — Nesta fase, os peritos externarão suas opiniões, afastando todas as hipóteses possíveis, capazes de gerar confusão, objetivando um diagnóstico lógico, fluído de justificativas racionais.

É a discussão que, por lógica e clareza, assegura o correto deduzir das conclusões.

f) *Conclusões* — Nesta parte, os peritos sintetizarão com clareza o diagnóstico, *opinio objectum* da perícia, deduzido pela descrição e pela discussão.

g) *Respostas aos quesitos* — Os peritos devem responder a todos os quesitos, mesmo que redundantes ou que escapem à alçada dos profissionais, que, nesse caso, assim os declararão sem receios, consignando uma resposta; todavia, os quesitos oferecidos pelas partes devem ser rejeitados, desde que impertinentes e não exijam conhecimento especializado, como já foi dito.

Os mais comezinhos princípios de educação vedam aos peritos tecer comentários desairosos sobre quesitos malformulados ou mesmo absurdos.

Aqui os peritos transcreverão todos os quesitos, devendo as respostas ser consignadas de forma clara, convincente, esclarecedora e fundamentada, e com o menor número possível de termos técnicos, evitando-se simples afirmativa ou negativa expressas laconicamente por “sim” ou “não”.

Sendo, no entanto, a Medicina Legal ciência e arte de certeza relativa, compreende-se haver casos em que se permite aos peritos, impossibilitados por motivo justo, responderem “prejudicado” (sempre que a resposta ao quesito anterior ou anteriores estabelecer, categoricamente, uma situação impossível de existir, nos termos em que este quesito está formulado), “sem elementos” ou “aguardar a evolução”, observada pelo exame complementar.

O relatório médico-legal será datado e assinado por todos os que participaram da peritagem, se concordares.

Afinal, como remate, quando um *relatus medicus-legalis* apresentar inobservância de formalidades, omissões, obscuridades ou contradições, simplesmente sanáveis por determinação da autoridade competente, os *expertos* suprirão a eiva ou as deficiências do documento, completando-o. Neste entendimento: art. 181 do Código de Processo Penal.

1.5.5. Parecer médico-legal

Um relatório médico-legal que suscite dúvidas enseja, das partes, solicitação de esclarecimento a perito oficial e mesmo a médico que não tenha participado da perícia, objetivando dirimi-las. Para isso, consultam, escrita ou verbalmente, um ou vários especialistas, sobre o valor científico do laudo em questão, buscando elucidar dúvidas; a resposta à consulta é o parecer médico-legal, laudo extrapericial ou, ainda, perícia extrajudicial. O parecer é, então, a resposta da questão referente a assunto médico-forense, suscitadora de dúvidas em relatório pertinente ao mesmo, feita por uma das ou pelas partes a profissional de Medicina ou a uma comissão científica.

O parecer é documento particular que vale pelo conceito científico de quem o subscreve, ao qual se atribui moralmente o mesmo dever de veracidade atinente aos peritos e às testemunhas. Contudo, se o parecerista falta a essa obrigação, não incide no crime de falsa perícia definido no art. 342 do Código Penal.

Possui o valor de simples prova técnica a ser estimada de maneira muito relativa pelo juiz, que dará a esse documento particular a importância que entender (art. 182 do CPP), fundamentando a sua decisão de modo a possibilitar às partes a apreciação crítica da mesma. Assim, se o honrado sentenciador sequer dignar-se motivar a refutação ao laudo extrajudicial, que contraria a peça oficial e é o fulcro principal da defesa do réu, acaba contaminando de nulidade o processo, pois a não fundamentação do *peritus peritorum* é pedra entravadora do rolar sereno da caleça judiciária no macadame sem ressaltos da Justiça.

Outrossim, nada obsta ao Magistrado optar pela orientação científica porventura existente no parecer médico-legal.

Insta dizer que somente o parecer escrito faz fé e se integra nos autos; dessarte, a consulta e o parecer verbal são juridicamente despidos de valor.

Excetuada a descrição ou *visum et repertum*, todas as demais partes do relatório integram o laudo extrajudicial.

À guisa de todo documento legal, o parecer deve ser redigido com meridiana clareza e concisão e apoiar-se em documentação rigorosamente científica, visando exclusivamente dissolver dúvidas, objetos da consulta.

1.5.6. Depoimento oral

O perito chamado a depor nos tribunais e na audiência de instrução e julgamento — providência por vezes necessária ou até indispensável —, como parte técnica do corpo julgante, nunca como testemunha, presta depoimento de viva voz a respeito do laudo que ofereceu nos autos, em linguagem despida de rebuscados literários, compreensível e simples, emitindo respeitosamente opinião rigorosamente científica, respondendo objetivamente a todas as perguntas e explicando devidamente, quando necessário, terminologia técnica.

Convém lembrar que, consoante o parágrafo único do art. 435 do CPC, os peritos e os assistentes técnicos só estarão obrigados a prestar verbalmente os esclarecimentos a que se refere este dispositivo quando intimados cinco dias antes da audiência de instrução e julgamento.

Do que disser cada um *coram iudice* lavar-se-á o respectivo termo, sendo de bom alvitre que o assinem o juiz, o perito, as partes, subscrevendo-o o escrevente.

1.6. Deontologia dos peritos

A missão dos peritos é sagrada.

Subordinados a uma ética rigorosa, os peritos que faltarem com a verdade no exercício de sua nobre função, embaraçando a Justiça, respondem penal e civilmente por dolo ou culpa, consoante os arts. 342 do Código Penal e 147 do Código de Processo Civil (*vide n. 1.3.4*).

Os peritos inoficiais também estão sujeitos à disciplina judiciária (art. 275 do CPP).

Hélio Gomes sintetiza as três qualidades essenciais de um bom perito:

“1 — Ciência;

2 — Consciência;

3 — Técnica.

Com esses três sintéticos, mas fundamentais, requisitos estará sempre apto a servir à Justiça com imparcialidade e exemplar ética profissional.

Com essas três armas, saberá sempre cumprir com o seu dever”.

CAPÍTULO 2

Antropologia Forense

Sumário: 2.1. Identidade e identificação. 2.2. Identidade médico-legal. 2.2.1. Raças. 2.2.2. Sexo médico-legal. 2.2.3. Estatura. 2.2.4. Idade. 2.2.5. Exame pericial radiográfico. 2.2.6. Identificação pelos dentes. 2.2.7. Peso e conformação. 2.2.8. Malformações. 2.2.9. Sinais profissionais. 2.2.10. Sinais individuais. 2.2.11. Tipos sanguíneos. 2.2.12. Tatuagens. 2.2.13. Dinâmica funcional. 2.2.14. Caracteres psíquicos. 2.2.15. Prosopografia. 2.3. Identidade policial ou judiciária. 2.3.1. Processos antigos. 2.3.2. Bertilonagem. 2.3.2.1. Antropometria. 2.3.2.2. Retrato falado. 2.3.2.3. Fotografia sinalética. 2.3.2.4. Impressões digitais. 2.3.3. Dactiloscopia. 2.3.3.1. Sistema decadactilar de Vucetich. 2.3.3.2. Impressões plantares. 2.3.3.3. Digitofotograma.

2.1. Identidade e identificação

Antropologia forense é a aplicação prática ao Direito de um conjunto de conhecimentos da Antropologia Geral visando principalmente às questões relativas à identidade médico-legal e à identidade judiciária ou policial.

A identidade é o conjunto de caracteres próprios e exclusivos das pessoas, dos animais, das coisas e dos objetos. É a soma de sinais, marcas e caracteres positivos ou negativos que, no conjunto, individualizam o ser humano ou uma coisa, distinguindo-os dos demais.

Tratando-se do ser humano, é a identidade o conjunto de características pessoais e peculiares que diferencia o indivíduo dos outros e lhe confere uma situação temporoespacial específica e *status* social único.

A identidade, por passível de simulação e de dissimulação, reveste-se de importância tanto no foro civil como no criminal, pois a responsabilidade somente pode ser atribuída após prévia identificação. Desse modo, depreende-se haver um dever e um direito de identidade, protegendo, a identificação, os interesses individuais e coletivos.

Ao Direito interessa, particularmente, a investigação da identidade do homem, que se faz pela identificação.

Identificação é a determinação da identidade, ou seja, da individualidade. É a demarcação da individualidade. E, para fazê-la, ela se serve de um conjunto de diligências, numa sucessão de atos sobre o vivo, o morto, animais e coisas.

Utilizam-se comumente dois processos na identificação: um médico e outro policial. O primeiro, evidentemente, requer conhecimentos de Medicina e demais ciências correlatas; o segundo, não sendo de natureza médica, dispensa esses conhecimentos e diz respeito à Antropometria e à Dactiloscopia.

2.2. Identidade médico-legal

Poderá ser feita no vivo, no cadáver inteiro ou espostejado, ou ainda reduzido a fragmentos ou a simples ossos.

Examinaremos, sumariamente, a raça, o sexo, a estatura, a idade, a identificação pelos dentes, o peso e conformação, as malformações, os sinais profissionais, os sinais individuais, como as cicatrizes, os tipos sanguíneos, as tatuagens, a dinâmica funcional, os caracteres psíquicos e a prosopografia.

2.2.1. Raças

Não existem raças superiores ou inferiores, nem raças puras. Há, sim, raça próspera e educada e raça pobre, subdesenvolvida econômica e culturalmente, dominada por fatalismo obscuro e pela pior das doenças — a ignorância — que grassa nela.

São muitas as classificações das raças. Fiquemos, por sóbria e mais aceita, com Ottolenghi e seus cinco tipos étnicos fundamentais:

a) *Tipo caucásico* — Pele branca ou trigueira. Cabelos crespos ou lisos, louros ou castanhos. Íris azul ou castanha. Contorno crânio-facial ovoide ou ovoide poligonal. Perfil facial ortognata e ligeiramente prognata.

b) *Tipo mongólico* — Pele amarela. Cabelos lisos. Face achatada de diante para trás. Fronte larga e baixa. Arcadas superciliares pouco salientes. Espaço interorbital largo. Fenda palpebral pouco ampla, em amêndoa. Nariz curto, largo. Maxilares pequenos e mento saliente.

c) *Tipo negroide* — Pele negra. Cabelos crespos, em tufos. Crânio geralmente dolicocefalo. Perfil facial prognata; fronte alta, saliente, arqueada. Íris castanha. Nariz pequeno, de perfil côncavo e narinas curtas e afastadas. Zigomas salientes. Prognatismo acentuado. Mento pequeno.

d) *Tipo indiano* — Pele amarela trigueira, tendendo para o avermelhado. Estatura alta. Cabelos lisos como crina de cavalo, pretos. Íris castanha. Crânio mesocéfalo. Supercílios espessos. Ausência de barba e bigode. Orelhas pequenas. Nariz saliente, longo e estreito. Fronte vertical. Zigomas salientes e largos. Mandíbula desenvolvida.

e) *Tipo australoide* — Estatura alta. Pele trigueira. Cabelos pretos, ondulados e longos. Fronte estreita. Zigomas proeminentes. Nariz curto com narinas afastadas. Prognatismo, maxilar e alveolar. Dentes fortes. Maxilares desenvolvidos. Cintura escapular larga; bacia estreita.

Para a caracterização da raça tem valor o exame dos seguintes elementos:

1) *Forma do crânio* — O exame detalhado dos contornos vertical, anterior, posterior e laterais enseja figuras geométricas aplicáveis a várias formas do casco.

2) *Índices cefálicos* — Antes de estudá-los convém conhecer os pontos anatômicos craniométricos utilizados nas suas determinações, para o que valemo-nos do magistério de L. Testut e A. Latarjet, *Anatomia humana*, Salvat Ed., 1954, p. 284 e s.:

— gnation: situado entre os forames mentonianos bilaterais, na parte mais anterior e inferior do mento ósseo;

— próstion (ponto alveolar): situado no rebordo alveolar dos dentes incisivos centrais superiores;

— násion (ponto nasal): situado no centro da articulação nasofrontal;

— ponto subnasal ou espinal: situado no centro virtual da espinha nasal anterior;

— glabella: protuberância frontal entre as cristas superciliares;

— bregma: ponto de convergência das suturas sagital, metópica e coronária;

— obelion: ocupa a altura dos buracos parietais;

— lambda: ponto de junção da sutura lambdoide com a sagital;

— ínion: situado na base da protuberância occipital externa;

— metalambda: situado no centro mais posterior do crânio;

— opístion: situado na margem posterior do forame occipital;

— básion: situado no ponto médio da borda anterior do buraco occipital.

Os pontos anatômicos laterais e pares de importância são:

— gonion: lado externo do ângulo mandibular;

— dacrion: ponto de encontro das suturas vertical lacrimomaxilar e nasofrontal.

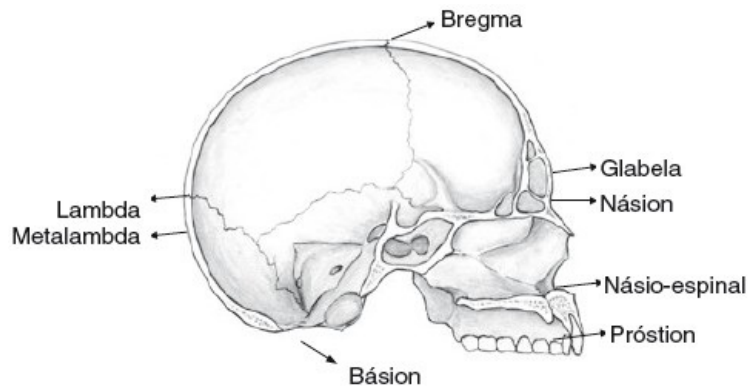


Figura 1

a) *Índice cefálico horizontal* — É dado pela relação entre a largura e o comprimento do crânio. Assim, conforme Retzius,

$$ICH = \frac{\text{largura máxima} \times 100}{\text{comprimento máximo}}$$

O comprimento máximo compreende, na fórmula, a longitude glabelo- -metalambda.

De conformidade com o índice cefálico horizontal, são os crânios chamados de:

- doliocéfalos: índice igual ou inferior a 75;
- subdolioscéfalos: índice de 75,01 a 77,77;
- mesaticéfalos: índice de 77,78 a 80;
- sub-braquicéfalos: índice de 80,01 a 82,33;
- braquicéfalos: índice de 82,34 e mais.

O índice cefálico horizontal fixa-se na puberdade e é mais homogêneo no homem do que na mulher.

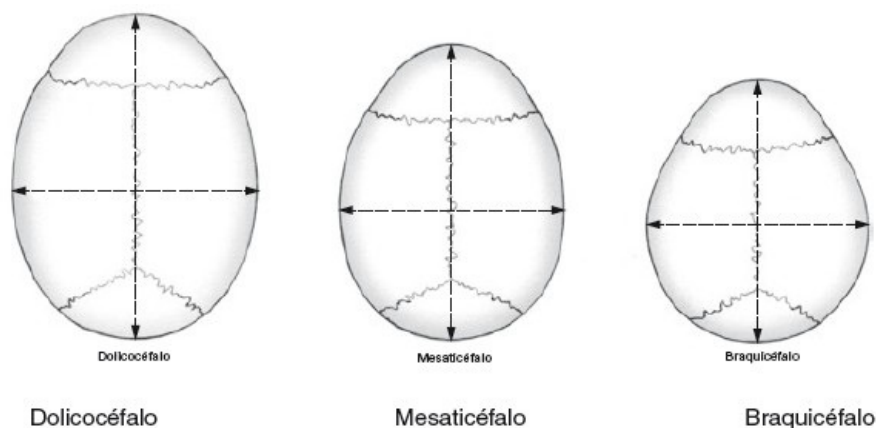


Figura 2

b) *Índice vertical (perfil)* — É assim obtido:

$$IV.Pe = \frac{\text{altura basiobregma} \times 100}{\text{longitude glabelo-metalambda}}$$

De acordo com o índice vertical encontrado, nominam-se os crânios:

- hipsicéfalos (crânios altos): em que o índice é maior que 75;
- mesocéfalos (crânios médios): com índice entre 75 e 69;
- platicéfalos (crânios baixos): cujo índice é menor que 69.

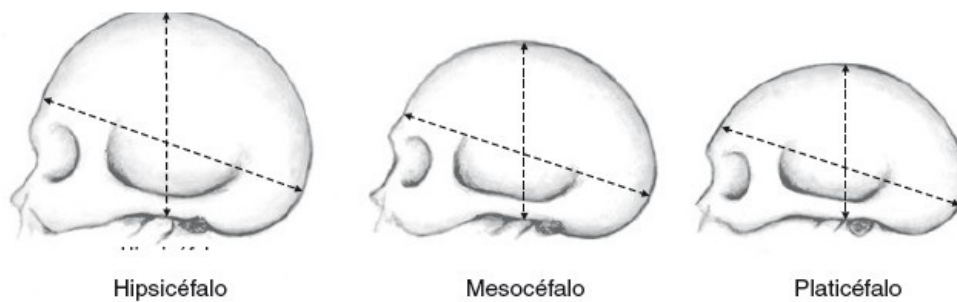


Figura 3

c) *Índice transverso ou vertical posterior* — É a média dos dois índices precedentes. Corresponde à expressão

$$IV.Po = \frac{\text{altura basiobregmática} \times 100}{\text{diâmetro transverso máximo}},$$

sendo os crânios apelidados de:

- tapinocéfalos: índice de até 91,99;
- metriocéfalos: índice de 92 a 97,99;
- estenocéfalos: índice de 98 ou mais.

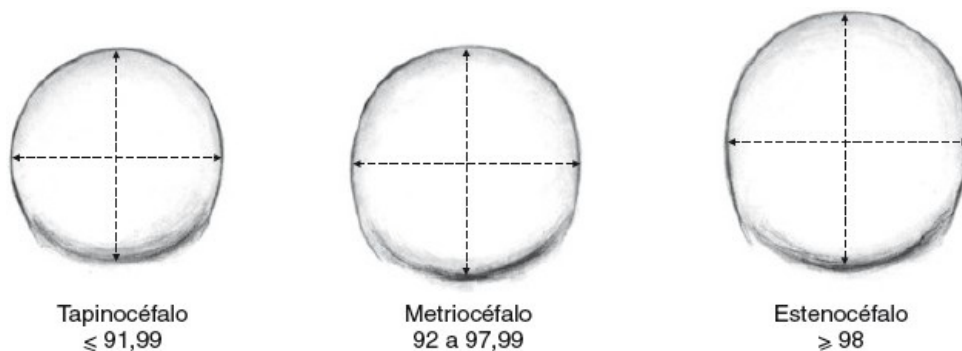


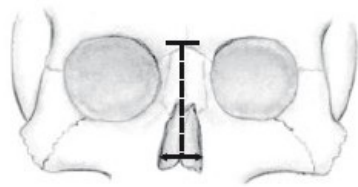
Figura 4

d) *Índice nasal* — É a relação centesimal entre a largura máxima das fossas nasais e a altura násio-espinal. Onde,

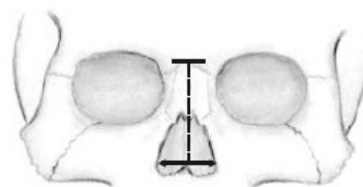
$$IN = \frac{\text{largura máxima nasal} \times 100}{\text{altura násio-espinal}}$$

resultando:

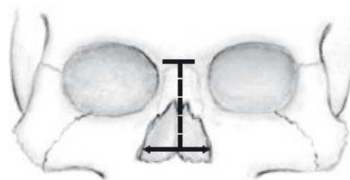
- nariz platirrino: negros africanos e da Oceania;
- nariz mesorrino: amarelos;
- nariz leptorrino: brancos



Leptorrino
 $\leq 47,99$



Mesorrino
 48 até 52,99



Platirrino
 ≥ 53

Figura 5

3) *Capacidade do crânio* — É dada pela quantidade de chumbo miúdo necessária para encher o crânio após prévia obturação de seus orifícios. A *quantitas plumbem* obtida é posta em vaso graduado em centímetros cúbicos, determinando-se, desta forma, o seu volume em capacidade.

A capacidade do crânio é maior no homem e na raça branca (1.558cm³), seguindo-se, em ordem decrescente, a amarela (1.518cm³), a vermelha (1.437cm³) e a negra (1.430cm³) (vide n. 2.2.2).

4) *Ângulo facial* — Serve para determinar o *prognatismo*, ou seja, a proeminência, especialmente dos maxilares, das raças. Quanto mais agudo for o ângulo facial, tanto mais pronunciado será o prognatismo. Suas medidas se fazem com os goniômetros, como o de Broca, e obedecem a vários critérios.

Para Jacquart, o ângulo é dado por uma linha vertical que passa pela frente e pela espinha nasal anterior — linha facial — e por uma outra que vai da espinha nasal anterior ao meio da linha biauricular — linha aurículo-espinal.

Segundo Cloquet, essas duas linhas se encontram no rebordo alveolar. Curvier preconiza a intersecção dessas duas linhas na margem cortante dos incisivos.

Atualmente tem mais valia o método de Rivet para estudar o prognatismo. Consiste esse processo em se traçar um triângulo facial por intermédio das linhas facial e aurículo-espinal como foram descritas no método de Jacquart, e uma outra linha tangente ao mento e aos incisivos mediais inferiores. Conhecidos os comprimentos dos três lados do triângulo obtido, calcula-se facilmente os seus ângulos por meio de tábuas logarítmicas.

Daí termos os seguintes tipos:

- ortognatas: mais de 73°;
- mesognatas: de 72,99° a 70°;
- prognatas: menos de 70°.

As partes moles (principalmente os lábios) impedem a determinação do prognatismo no vivo e no cadáver recente.

Outrossim, qualquer que seja o método goniométrico empregado pelos diferentes autores na determinação do ângulo facial, não se deve conceder ao prognatismo a importância de outrora e, sim, a de caráter morfológico designativo simplesmente da proeminência do maciço ósseo da face, ou seus diversos segmentos, adiante da caixa craniana.

Importa saber que o ângulo facial é máximo na raça branca e menor na raça negra.

5) *Dimensões da face* — Obtêm-se pela relação entre a largura e a altura da face, expressa pela fórmula:

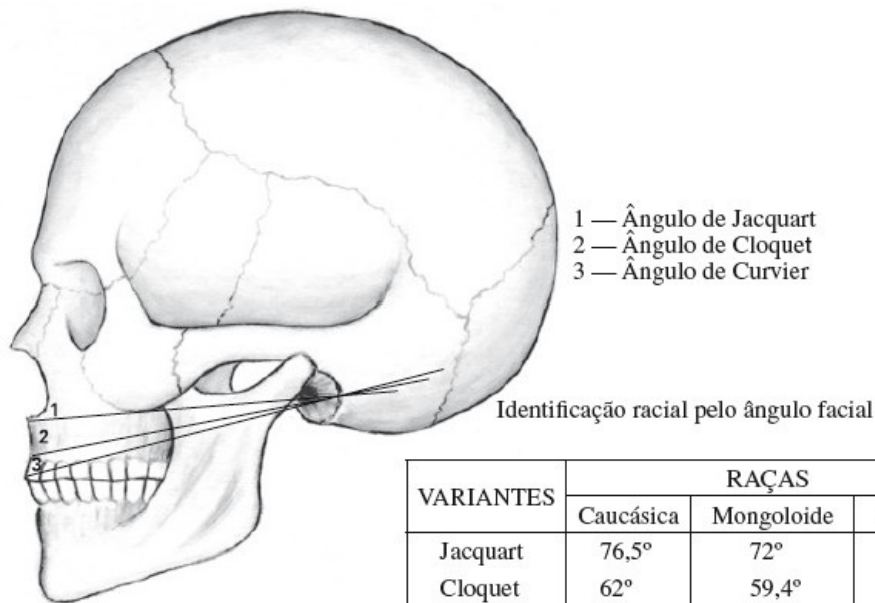
$$\text{Dimensão da face} = \frac{\text{largura máxima} \times 100}{\text{altura máxima da face}}$$

ou, tecnicamente,

$$\frac{\text{altura násio-alveolar}}{\text{diâmetro bizigomático, máximo}}$$

nomeando-se braquifacial, mesofacial, dolicofacial, conforme seja o índice facial superior ou prosipiométrico encontrado.

Utilizam-se várias medidas para obtê-lo. Considerando os diâmetros bizigomático e násio-alveolar, os amarelos têm a face mais larga, sendo secundados pelos negros e, depois, pelos brancos, que as têm mais estreitas.



VARIANTES	RAÇAS		
	Caucásica	Mongoloide	Negra
Jacquart	76,5°	72°	70,3°
Cloquet	62°	59,4°	58°
Curvier	54°	53°	48°

Figura 6

6) *Envergadura* — A envergadura serve de sinal étnico. Os negros comumente têm os membros superiores mais longos em relação aos inferiores.

Índice	R. Negra	R. Branca
Tibiofemoral	sup. a 83	inf. a 83
Radioumeral	sup. a 80	inf. a 75

Também os índices tibiofemoral e radioumeral têm importância para a identificação racial. Assim,

$$I.TF = \frac{\text{Tíbia} \times 100}{\text{Fêmur}} : I.RU = \frac{\text{Rádio} \times 100}{\text{Úmero}}$$

7) *Cabelos* — Sinal étnico de grande valor, já foram descritos nos tipos raciais de Ottolenghi.

Desde que Alec Jeffreys e outros desenvolveram uma técnica chamada “impressões digitais genéticas do DNA”, *Finger prints*, elemento que contém todas as informações genéticas de cada pessoa, com características únicas, como ocorre com as impressões digitais, os cabelos passaram a constituir elemento sinalético preciso de identificação de um indivíduo (vide “O DNA como marcador genético”, n. 17.2.1.8). O DNA há de ser detectado em quantidade suficiente no fio de cabelo examinado para permitir a indiscutível identificação do indivíduo. Desse modo, nem todo cabelo encontrado no local do crime se presta à segura identificação da pessoa.

Os cabelos e os pelos examinados pelo sistema DNA — sigla que significa ácido desoxirribonucléico — amiúde, todavia, permitem identificar a raça e o indivíduo que os portava.

Os pelos pubianos recolhidos de peças íntimas de uma estuprada, ou no local onde o delito foi praticado, poderão, caso não pertençam à ofendida, confirmar ou repelir a veracidade afirmada sobre a identidade do autor. Efetivamente, se encontrados nas roupas íntimas de uma mulata, cujos pelos do monte de Vênus são escuros, outros pelos pubianos louros, é de se pensar ter sido a mulher violentada por indivíduo louro tipo ariano.

Os pelos e os cabelos são comumente encontrados no local do crime; geralmente permitem determinar a espécie animal, a raça, o sexo, a idade, a região onde se implantavam; se cabelos postiços, descoloridos ou tingidos, manchados, deformados; reconstituir as circunstâncias que puderam separá-los do corpo: pelos ou cabelos caídos, arrancados, rompidos, cortados, gastos, queimados.

Para determinar se se trata de um pelo humano, o perito observa o aspecto da medula, da casca e da cutícula e o *índice medular*, ou seja, a relação entre o diâmetro da medula e o diâmetro total do pelo. O aspecto da medula, da casca e da cutícula é muito diferente no homem e no animal, o que está longe de ter um valor absoluto.

Talqualmente o diâmetro médio, pois no mesmo indivíduo existem pelos mais finos e mais grossos.

O índice medular é constante em cada espécie, seja qual for o próprio diâmetro do cabelo: no homem é sempre inferior a 0,30, enquanto, na maioria dos animais, é superior a 0,60.

Os pelos ou cabelos *caídos* ou *arrancados* mostram o bulbo de aspecto particular e diferente; os pelos ou cabelos *rompidos* por puxões ou esmagamento acabam em leque; os pelos ou cabelos *calcínados* apresentam degenerescências sucessivas que permitem avaliar a que temperatura ficaram expostos (P. F. Ceccaldi, diretor do Laboratório da Polícia Científica de Paris).

O valor dos resultados depende do confronto de pelos ou cabelos suficientemente numerosos com os de um indivíduo já conhecido, principalmente se houver particularidades especiais; ainda assim, somos de opinião que, no sentido mais amplo de “crime”, deve-se conferir-lhes o valor de simples *prova indicial*, a ser empregada quando não se dispõe de meios para as aplicações médico-legais do DNA.

No Brasil não temos uma raça definida. A mestiçagem colonial e a contínua fusão com as raças imigradas geraram tipos mistos sem caracteres próprios e sem biótipo determinado, como os:

- mamelucos: cruzamento de índio e branco;
- cafuzos: descendentes de índio e negro;
- mulatos: resultantes do cruzamento de negro e branco.

As expressões branco, pardo e negro não constituem designação etnográfica, correspondendo apenas à tonalidade da pele, segundo a maior ou menor concentração de melanina, pigmento que exerce importante papel de proteção contra os raios actínicos do espectro solar, e da abundância e plenitude de vasos sanguíneos nela ramificados, e à cor dos pelos.

É certo que a raça negra tem maior concentração de melanina na pele. Não se olvide, contudo, que as raças resultam não apenas de adequada adaptação ambiental às influências mesológicas, como da maior ou menor concentração de melanina nos tegumentos, mas, também, da ação conjunta de fatores biológicos transmitidos hereditariamente de pais para filhos.

2.2.2. Sexo médico-legal

Determinar o sexo no vivo e no cadáver recente e sem mutilações do aparelho reprodutor e dos caracteres sexuais secundários, habitualmente, não oferece

dificuldade. Não é assim, no entanto, no pseudo-hermafroditismo, no vivo ou no cadáver putrefeito, ou no carbonizado, ou reduzido a esqueleto.

O crânio e o tórax propiciam elementos de presunção. O crânio feminino tem a frente mais vertical, a articulação frontonasal curva, saliências ósseas e as apófises mastoideas e estiloideas menos desenvolvidas que o crânio masculino. Modo geral, aceita-se a capacidade do crânio feminino correspondendo a nove décimos da capacidade do masculino (*vide* p. 39).

O tórax na mulher tende à forma ovoide, mais achatado no sentido ântero--posterior, e no homem, à forma conoide. Na mulher, a capacidade torácica é menor e as apófises transversas das vértebras dorsais mostram-se mais dirigidas para trás.

O útero persiste, algumas vezes, nos grandes incêndios.

Reuter afirma ser possível a demonstração histológica no útero carbonizado. Esse órgão pode, também, resistir à putrefação adiantada.

É a bacia, contudo, que fornece os caracteres diferenciais mais importantes. Integrante do nobre mister da maternidade, a bacia feminina tem constituição mais frágil que a do homem e maiores os diâmetros transversais; a grande e a pequena bacia, mais largas, o sacro mais baixo e côncavo somente na sua metade inferior, o ângulo sacrovertebral mais fechado (107°), o forame obturador maior e triangular e o ângulo subpubiano amplo, com cerca de 110°. A inclinação da sínfise vertical é menos pronunciada na mulher. As dimensões verticais da bacia masculina sobrepujam as correspondentes da bacia feminina.

A partir da puberdade, o ângulo formado pela diáfise femoral e o plano dos côndilos é de 80° para o homem e de 76° para a mulher, conforme Stewart e Washington.

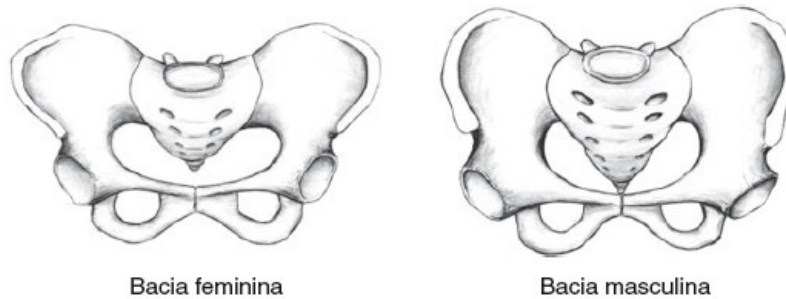


Figura 7

2.2.3. Estatura

É a altura total do indivíduo.

Varia com a raça, idade, sexo, desenvolvimento do indivíduo, influências hormonais etc.

Há certa correlação entre a estatura e a idade. As mulheres, em geral, são de menor estatura que os homens. A estatura é medida no vivo, de pé, pelo antropômetro; no cadáver e nas crianças as medidas são tomadas em decúbito dorsal por dois planos verticais que passam pelo vértice e pela planta dos pés.

Detalhe técnico importante: no cadáver, deve-se deduzir 16mm da medida total, correspondente ao achatamento natural dos discos intervertebrais sobre as cartilagens intra-articulares, e, no esqueleto em posição normal, deve-se aumentar, nessa medida total, 6cm correspondentes às partes moles destruídas. É obviamente um cálculo empírico.

Para fragmentos ou ossos isolados existem tabelas comparativas da média das medidas em ambos os sexos. Dessa forma, Lacassagne e Martin afirmam ser possível determinar a altura do indivíduo multiplicando-se o comprimento de um dos ossos longos pelos seguintes números:

TÁBUA OSTEOMÉTRICA DE BROCA

	Fêmur	Tíbia	Perônio	Úmero	Rádio	Cúbito
Homens	3,66	4,53	4,58	5,06	6,86	6,41
Mulheres	3,71	4,61	4,66	5,22	7,16	6,66

A tabela de Étienne-Rollet indica minuciosamente o comprimento dos ossos conforme as estaturas.

TABELA DE ÉTIENNE-ROLLET
Comprimento dos ossos segundo as estaturas

Estatura	Membro inferior			Membro superior		
	Fêmur	Tíbia	Fíbula	Úmero	Rádio	Ulna
Homens						
1,52m	415m/m	334m/m	330m/m	298m/m	223m/m	233m/m
1,54	421	338	333	302	226	237
1,56	426	343	338	307	228	240
1,58	431	348	343	311	231	244
1,60	437	352	348	315	234	248
1,62	442	357	352	319	236	252
1,64	448	361	357	324	239	255
1,66	453	366	362	328	242	259
1,68	458	369	366	331	244	261
1,70	462	373	369	335	246	264
1,72	467	376	373	338	249	266
1,74	472	380	377	342	251	269
1,76	477	383	380	346	253	271
1,78	481	386	384	348	255	273
1,80	486	390	388	352	258	278

Membro inferior				Membro superior		
Estatura	Fêmur	Tíbia	Fíbula	Úmero	Rádio	Ulna
Mulheres						
1,40	373	299	294	271	200	214
1,42	379	304	299	275	202	217
1,44	385	309	305	278	204	219
1,46	391	314	310	281	206	221
1,48	397	319	315	285	208	224
1,50	403	324	320	288	211	226
1,52	409	329	325	292	213	229
1,54	415	334	330	295	215	231
1,56	420	338	334	299	217	234
1,58	424	343	339	303	219	236
1,60	429	347	343	307	222	239
1,62	434	352	346	311	224	242
1,64	439	356	352	315	226	244
1,66	444	360	357	319	228	247
1,68	448	365	361	323	230	250
1,70	453	369	365	327	232	253
1,72	458	374	370	331	235	256

Carrer assevera ser possível a determinação da estatura pelos dentes. Recomenda esse autor que se proceda às medições, em milímetros, dos dentes incisivos medial e distal e canino, por suas faces externa e interna. A tomada de medida externa aplica-se à determinação da altura máxima do examinando e a interna à sua altura mínima, ambas expressas pelas fórmulas:

$$\text{altura máxima} = \frac{a \times 6 \text{ (em mm)} \times \text{Pi}}{2} \text{ (em cm)}$$

$$\text{altura mínima} = \frac{a \times 6 \text{ (em mm)} \times \text{Pi}}{2} \text{ (em cm)}$$

após o que somam-se os dois resultados e divide-se também por 2.

Salta aos olhos que esse método não terá validade se houver “apinhamento” dos dentes. Por isso é que Bloise mede no “apinhamento” os dentes separadamente e, tendo somado as medidas averiguadas em cada um deles, aplica as fórmulas recomendadas por Carrer.

Em 1985, o Prof. Dr. Moacyr Silva e o Prof. Dr. Jorge Souza Lima, em perícia de determinação de identidade procedida no cadáver do então suposto criminoso de guerra Joseph Mengele, averiguaram 1,75m para uma estatura real, segundo dossiê do exército alemão de 1937, de 1,76m.

2.2.4. Idade

São as seguintes as fases etárias da vida humana:

- vida intrauterina:
- embrião, até o 3.º mês;
- feto, até o parto;
- infante nascido: o nascido que ainda não recebeu cuidados higiênicos;
- recém-nascido: o que, nascido, recebeu cuidados higiênicos;
- 1.ª infância: até os 7 anos;
- 2.ª infância: dos 8 aos 11 anos;
- adolescência: dos 12 aos 18 anos;
- mocidade: dos 19 aos 21 anos;
- idade adulta: dos 22 aos 60 anos;
- velhice: dos 61 aos 80 anos;
- senilidade: depois dos 80 anos.

TABELA DE TOLD (IDADE FETAL)

Idade fetal	Occipital		Parietal		Frontal		Temporal	
	altura (mm)	largura (mm)	altura (mm)	largura (mm)	altura (mm)	largura (mm)	altura (mm)	largura (mm)
3 1/2 meses	7	11	15	12	10	14	2,5	4
4 1/2 meses	14	21	30	28	22	21	4	8
6 meses	32	40	50	46	36	34	11	17
7 meses	43	45	65	61	48	41	16	21
7 1/2 meses	42	49	69	64	51	43	19	23
8 1/2 meses	54	61	71	67	54	45	20	24
9 1/2 meses	63	64	84	79	57	51	22	31

DETERMINAÇÃO DA IDADE FETAL PELOS CARACTERES GERAIS

Idade	Tamanho	Peso	Pele	Fâneros	Olhos	Genitália externa
4 meses completos	12,5 a 17,5 cm	85 a 255g	Transparente	Aparecem as unhas; pelugem na cabeça	Membrana pupilar distinta	Dando para identificar o sexo
5 meses completos	15 a 25 cm	170 a 340g	Aparecimento do vernix caseoso	Unhas bem distintas; cabelos crescem		
6 meses completos	20 a 30 cm	690g	Pele enrugada dividida em cúteis verdadeira e epiderme	Pelos aparecem nas pálpebras e nas sobrancelhas	Pálpebras ainda fechadas pela membrana pupilar	
7 meses completos	35 a 42 cm	1,3 a 1,8kg		Unhas próximas das extremidades dos dedos		Testículo descendo para o escroto
8 meses completos	15 a 25 cm	1,8 a 2,2kg	Secreção sebácea já presente	Unhas correspondendo às extremidades dos dedos	Desaparecimento da membrana pupilar	Presença de um testículo no escroto
9 meses completos	45 a 60 cm	2,8 a mais kg	Secreção sebácea cobrindo todo o corpo e principalmente nas pregas	Cabelos na cabeça e pelugem no corpo		Ambos os testículos no escroto

1.^a regra — A idade aproximada do feto, em meses (até o 7.^o), é igual à raiz quadrada do comprimento fetal em cm. $I = \sqrt{C}$

2.^a regra — A idade aproximada do feto, em meses (depois do 7.^o), é igual ao tamanho (cm) dividido por 5. $I = \frac{T}{5}$

IDADE PELO COMPRIMENTO CRANIOCAUDAL

Vida I.U.	Streeter		Dietrich	Scammon-calkins	
	Comp. (cm)	Peso (g)	Comp. (cm)	Comp. (cm)	Peso (g)
2 meses	2,3	1,1			
3 meses	7,4	14,2	9,8	7	14,3
4 meses	11,6	108,0	18,0	15,5	86,8
5 meses	16,4	316,0	25,0	22,7	260,9
6 meses	20,8	630,0	31,5	29,2	551,6
7 meses	24,7	1045,0	37,1	35,0	971,4
8 meses	28,3	1680,0	42,5	40,4	1519,0
9 meses	32,1	2378,0	47,0	45,4	2196,0
10 meses	36,2	3405,0	50,0	50,2	2998,0

DETERMINAÇÃO DA IDADE FETAL PELAS FÓRMULAS DE BALTHAZARD-DERVIEUX

Idade (em dias) = comprimento fetal (em cm) x 5,6
Comprimento fetal (em cm) = diáfise femoral x 5,6 + 8

Lactente é o nome dado em pediatria à criança de 0 a 1 ano.

Para nós lactente é a criança enquanto mama, estado fisiológico que não diz respeito à idade cronológica.

Determinação da idade pela tabela de Ema de Azevedo, considerando o peso e a estatura			Determinação da idade pela tábua de Quételet considerando o peso e a estatura				
Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Idade (anos)	Homens		Mulheres	
Recém-nascido	3,410	3,230					
6 meses	7,440	7,230		Altura	Peso	Altura	Peso
1 ano	10,320	10,040	0	0,500	3,20	0,490	2,91
1 1/2 ano	11,100	10,810	1	0,698	9,45	0,690	8,79
2 anos	12,520	12,310	2	0,791	11,34	0,781	10,67
2 1/2 anos	13,340	13,020	5	0,988	15,77	0,974	14,36
3 anos	14,600	14,300	7	1,105	19,10	1,086	17,54
3 1/2 anos	14,950	15,100	10	1,275	24,52	1,248	23,52
4 anos	15,890	15,690	11	1,330	27,10	1,299	25,65
4 1/2 anos	16,850	16,280	12	1,385	29,82	1,353	29,82
5 anos	17,750	17,170	13	1,439	34,38	1,403	32,94
5 1/2 anos	18,570	17,270	14	1,493	38,76	1,455	36,70
6 anos	19,800	19,300	15	1,534	43,62	1,499	40,37
6 1/2 anos	21,000	20,600	16	1,546	49,67	1,535	43,57
7 anos	22,570	21,850	17	1,594	52,85	1,555	48,31
7 1/2 anos	23,800	22,940	18	1,658	57,85	1,564	51,03
8 anos	25,050	24,090	20	1,674	60,06	1,572	52,28

Determinação da idade pela tabela de Ema de Azevedo, considerando o peso e a estatura			Determinação da idade pela tábua de Quételet considerando o peso e a estatura				
Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Idade (anos)	Homens		Mulheres	
8 1/2 anos	26,200	25,320					
9 anos	26,820	25,620		Altura	Peso	Altura	Peso
9 1/2 anos	28,130	27,300	25	1,680	62,93	1,577	53,28
10 anos	31,200	28,700	30	1,684	63,65	1,579	54,33
10 1/2 anos	31,700	31,500	40	1,684	63,67	1,579	55,23
11 anos	32,270	32,920	50	1,674	63,46	1,536	56,16
11 1/2 anos	32,900	33,800	60	1,639	61,94	1,516	54,30
12 anos	33,760	35,750	70	1,623	59,52	1,514	51,51
12 1/2 anos	35,800	37,400	80	1,613	57,83	1,506	49,37
13 anos	38,450	39,800	90	1,613	57,83	1,504	49,34
13 1/2 anos	38,800	40,000					
14 anos	39,200	41,800					

A determinação da idade é imprescindível tanto para o foro civil como para o foro criminal, quando faltar a certidão de nascimento.

O aspecto exterior possibilita no vivo e no cadáver íntegro uma avaliação aproximada da idade. Com efeito, não é difícil distinguir-se uma criança de um adulto ou de um velho. É no período de transição das fases etárias da vida humana que surgem as dificuldades, pois a aparência do indivíduo modifica-se paulatinamente com o evoluir dos anos. Assim é que na infância, em geral, o corpo é coberto de tênue penugem; no homem púbere, aparecem pelos no púbis e nas axilas dos 13 aos 15 anos e no rosto aos 16 anos, abundando na idade adulta, notadamente na linha mediana abdominal e ao redor das aréolas mamárias. Na mulher, os pelos pubianos costumam surgir dos 12 aos 13 anos e os axilares dos 14 aos 15 anos. A calvície e as cãs são de apontamento irregular. As rugas, a flacidez, a secura e a pigmentação da pele e nos olhos, o círculo colesterínico (gerontoxon ou *arcus senilis corneae*, que não é sempre constante e senil) são sinais de velhice.

Uma curiosidade: o arco senil, semitranslúcido, composto de colesterol, triglicérides e fosfolípidos, mais constantes nos diabéticos, hipertensos e carenciados alimentares, que se manifesta por uma faixa circular na periferia da íris, acinzentada, pode ou não aparecer acima dos 45 anos (20%), mostrando-se presente em 100% dos octogenários; é de maior frequência na raça negra, no sexo masculino e nos brasileiros. Dificilmente diagnosticável no cadáver sem os recursos de coloração específica, se presente, é mais acentuado no morto do que no vivo; se posto ao lado de outros meios de prova, tem valor relativo para a determinação da idade.

De valor relativo são também a diminuição da acuidade visual pela presbiopia a partir dos 40 anos e a opacificação dos cristalinos.

Observam-se ainda a diminuição da audição, natural e gradativa, a partir dos 50 anos, e a dos órgãos genitais e dos caracteres sexuais secundários coincidindo em etapas e períodos relacionados com a idade.

No cadáver colaboram na determinação da idade observações relativas ao desenvolvimento e lesões dos órgãos. Indicam senilidade a diminuição do peso dos órgãos em geral e o aumento da próstata.

Cicatrizes no colo do útero e a presença de corpo amarelo no ovário oferecem subsídios valiosos sobre a vida sexual da mulher.

O estudo dos ossos do crânio tem relativa importância. O crânio infantil tem seis fontanelas. Destas fontanelas as duas mais importantes são a grande fontanela ou bregmática e a pequena fontanela ou lambdoide. A primeira é formada pela confluência da sutura interparietal ou sagital, para trás, das suturas interparietais, aos lados, e da sutura metópica ou mediofrontal, para diante. Tem forma triangular. A fontanela lambdoide é também triangular e formada pela união da sutura sagital e das duas suturas parietoccipitais. Existem ademais, lateralmente, as fontanelas ptéricas, união do temporal, esfenoides, parietal e frontal, e as fontanelas astéricas (duas de cada lado), na contactação dos parietais com os temporais. Essas seis fontanelas ou "moleiras" desaparecem entre 1 ano e 1 ano e meio por interpenetração dos ossos, dando lugar às suturas, completas, segundo alguns, a partir dos 45 anos, e se fundem e se integram aos ossos no crânio senil. O perito estará atento para as exceções. No IML de São Paulo observou-se, em 1985, crânio de morto em acidente automobilístico no Paraná com as suturas desaparecidas por completo fundimento com os ossos da carapaça cerebral, embora o vitimado contasse apenas 17 anos de idade.

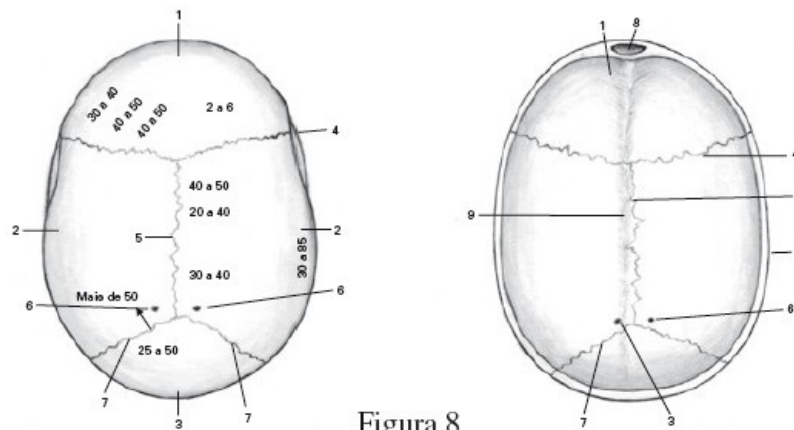


Figura 8

Crânio visto por fora e período osteossutural (apud Todd, Lyon, revisados por Bonnet).

1. Frontal e sutura mediofrontal. 2.2. Parietais. 3. Occipital. 4. Sutura frontoparietal. 5. Sutura sagital. 6.6. Buracos parietais. 7.7. Sutura lambdoideia ou parietoccipital.

Crânio visto por dentro e período osteossutural. 1. Frontal. 2. Parietal. 3. Occipital. 4. Sutura frontoparietal. 5. Sutura sagital. 6. Buraco parietal. 7. Sutura parietoccipital. 8. Seio frontal. 9. Canal longitudinal.

PERÍODO OSTEOSSUTURAL DOS OSSOS DO CRÂNIO		
SUTURAS	IDADE	
	Face externa	Face interna
Metópica ou mediofrontal	2 a 8 anos	2 a 8 anos
Coronária ou frontoparietal	25 a 45 anos	30 a 50 anos
Sagital ou biparietal	20 a 35 anos	20 a 40 anos
Lambdoideia ou occipitoparietal	25 a 50 anos	acima de 50 anos
Escamosa ou temporoparietal	35 a 80 anos	30 a 65 anos
Obliteração completa fisiológica das suturas entre 65 e 80 anos		
Existe uma forma, parcial ou total, de obliteração patológica das suturas osteocranianas, em que as sinóstoses ocorrem em vida intrauterina, ou na primeira infância, do que resultam deformidades do casco, dentre as quais, escafocefalia, acrocefalia, platicefalia, trigonocefalia, plagiocefalia etc., que, a modo de toda malformação, constituem importantes elementos de identificação.		

Incontestemente valia na determinação da idade é o estudo radiológico do sistema ósseo (punho, cotovelo, úmero, fêmur, joelho, bacia, crânio), o qual permite uma razoável avaliação cronológica do indivíduo, principalmente até os 21 anos, período esse em que o exame pericial radiográfico é mais solicitado (vide n. 2.2.5).

O estudo radiológico visa cronologicamente ao aparecimento dos pontos de ossificação, o completo desenvolvimento e soldadura dos ossos, seu achatamento e rarefação, as fontanelas nas crianças, o período osteossutural no adulto e perturbações tróficas, como adelgaçamento da díploe e atrofia da tábua externa, na senilidade.

O estudo dos núcleos ou pontos de ossificação primitivos (POP) e dos núcleos ou pontos de ossificação complementares (POC) do esqueleto de nascituro e do já nascido propicia importantes subsídios para a determinação da idade. Assim é que:

- 1) *Vértex dorsais* — Os POP surgem em torno do 2.º mês de vida intrauterina, e os POC, entre 14 e 16 anos de idade.
- 2) *Costelas* — O POP pode ser detectado entre 40 e 50 dias de vida embrionária.
- 3) *Sacro* — O primeiro POP aparece acerca do 4.º mês, seguido de mais outros dois, do 5.º ao 6.º mês, e os POC entre 10 e 12 anos de idade.
- 4) *Frontal* — Formam-se entre 40 e 50 dias dois POP, um na metade direita e outro na metade esquerda do osso. No 4.º mês de vida endouterina podem ser encontrados mais seis núcleos de ossificação secundários, individualizados, que, no 7.º mês, fundem-se para formar um único *pontus ossificacere*.
- 5) *Etmoide* — Os POP aparecem, lateralmente, no 4.º mês. No feto a termo as massas laterais da peça óssea estão completamente ossificadas.
- 6) *Esfenoide* — Entre o 3.º e o 6.º mês formam-se, no feto, sucessivos POP.
- 7) *Occipital* — Os POP são encontrados da 7.ª à 8.ª semana, no embrião.
- 8) *Parietal* — O POP desenvolve-se a partir dos 45 dias de vida intrauterina.
- 9) *Temporal* — São encontrados no 3.º mês de vida embrionária.
- 10) *Maxilar superior* — No 6.º mês constitui um osso único, formado à custa dos POP, surgido, no embrião, no final do 2.º mês.
- 11) *Ossos próprios do nariz* — Existe, em cada um deles, um POP aos 80 dias de vida embrionária.
- 12) *Únguis* — O POP aparece, em geral, no 3.º mês, no embrião.
- 13) *Palatinos* — Aos 45 dias surgem, no embrião, dois POP.
- 14) *Vômer* — Ocorre o mesmo que nos palatinos.
- 15) *Maxilar inferior* — Os POP, em número de seis, aparecem, em geral, nos 50 dias de vida embrionária. Primitivamente duplo, cada hemimaxilar desenvolve-se por seis POP, a partir do 50.º dia de vida embrionária. No feto a termo, as hemimandíbulas direita e esquerda têm de permeio tecido conjuntivo. Entre o 2.º e o 3.º mês de vida extrauterina ocorre a soldadura das mesmas formando a sínfise mentoniana.

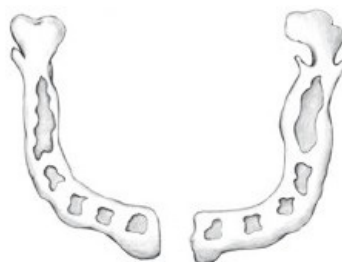


Figura 9

Mandíbula de recém-nascido a termo. Presença, em cada lado, de quatro alvéolos dentários completamente tabicados.

- 16) *Clavícula* — O POP forma-se, amiúde, no final da 4.ª semana, no embrião, e o POC entre 20 e 22 anos de idade.
- 17) *Omoplata* — Em torno dos 45 aos 60 dias gestacionais, aparece um POP, e o ponto caracoideo, entre 15 e 18 meses após o nascimento; os demais núcleos complementares formam-se desde os 14 até os 20 anos.
- 18) *Úmero* — Desenvolve-se por um POP e sete complementares. O primitivo surge aos 45 dias de vida embrionária. Entre o 2.º e o 4.º mês após o nascimento

surge um núcleo de ossificação complementar na extremidade superior do osso, e ao iniciar-se o 3.º ano forma-se, na extremidade inferior, um ponto condileano. Aos 5 anos aparece um segundo núcleo epitrocleano, e aos 12 anos são detectados na epitroclea e no epicôndilo o 3.º e o 4.º POC.

19) *Cúbito* — O POP surge no início do 2.º mês de vida embrionária. O ponto epifisário inferior aparece entre o 6.º e o 9.º ano e o núcleo epifisário superior, dos 14 aos 18 anos.

20) *Rádio* — O POP aparece cerca do 40.º dia de gestação. O ponto complementar epifisário inferior principia a ossificação durante o 5.º ano e o ponto epifisário superior, no 6.º ano de vida extrauterina.

21) *Carpo* — Os núcleos de ossificação aparecem do 1.º ao 3.º ano após o nascimento no grande osso e no osso ganchoso; entre o 3.º e o 4.º ano, no escafoide, no semilunar e no piramidal; do 4.º ao 5.º, no trapézio e no trapezoide, e dos 10 aos 16 anos no psiforme.

22) *Metacarpo* — O primeiro metacarpiano desenvolve-se por um POP que surge aos 75 dias de vida embrionária. O POC aparece ao final do 7.º ano de vida extrauterina. O segundo, terceiro, quarto e quinto metacarpianos o fazem por um POP que surge no 3.º mês de vida embrionária. O POC epifisário aparece entre o 5.º e o 6.º ano de vida extrauterina.

23) *Quirodáctilos* — O núcleo primitivo surge aos 60 dias de gestação e o ponto secundário entre o 5.º e o 6.º ano, após o nascimento.

24) *Bacia* — O POP ilíaco aparece dos 45 aos 50 dias de gestação, em embriões de 3 a 6cm; o ponto isquiático, aos 90 dias em embriões com 18cm, e o ponto púbiano, ao final do 4.º mês, em fetos de 25 a 33cm. Os POC surgem: para a espinha ilíaca anterior e inferior, dos 14 aos 15 anos; para a crista ilíaca e para a tuberosidade isquiática, dos 15 aos 16 anos; para a espinha púbica, aos 18 anos.

25) *Fêmur* — O *popontus ossificacere primitivus* aparece no embrião de aproximadamente 60 dias. O POC epifisário inferior surge, no feto, 15 dias antes do nascimento; é o chamado ponto de ossificação de Bèclard, que, no feto a termo, mede de 4 a 8mm e que tem importância médico-legal para afirmar, como simples probabilidade, a idade do recém-nascido. Vermelho vivo no cadáver *frescun*, amarelo-escuro no feto macerado ou no neonato putrefeito, pode não existir em 10 a 15% dos casos. Os POC epifisários superiores aparecem aos 2, aos 3 e aos 8 anos de idade.

26) *Tíbia* — O ponto primitivo surge no embrião entre 35 e 40 dias. O POC epifisário superior aparece no momento do nascimento, o ponto epifisário inferior, aos 18 meses, e o ponto de ossificação destinado à tuberosidade anterior, entre 12 e 14 meses de vida extrauterina.

27) *Perônio* — O ponto primitivo diafisário surge dos 35 aos 40 dias de vida embrionária. O ponto complementar epifisário superior aparece aos 2 anos, e o ponto epifisário inferior, aos 4 anos de idade.

28) *Tarso* — Os pontos de ossificação aparecem na seguinte ordem no:

a) *Calcâneo* — O POP, entre o 4.º e o 5.º mês de vida fetal, e o ponto secundário, desde os 7 até os 10 anos.

b) *Astrágalo* — Entre o 6.º e o 9.º mês de vida intrauterina.

c) *Cuboide e primeiro cuneiforme* — No 1.º ano, depois do nascimento.

d) *Escafoide* — De 4 a 5 anos.

e) *Metatarso* — Cada um dos metatarsianos desenvolve-se por um POP a partir do 3.º mês de vida fetal e por um POC que aparece de 2 a 4 anos após o nascimento.

f) *Pododáctilos* — Os pontos de ossificação aparecem desde os 45 dias de vida embrionária até os 3 e meio a 4 anos de vida extrauterina.

A observação da época em que ocorre a *soldadura* dos diferentes pontos de ossificação nos ossos, associada a outros elementos, tem importância na determinação da idade. A soldadura desses núcleos de ossificação processa-se da seguinte forma:

1) *Corpos vertebrais* — Até a idade de 2 anos, unem-se os pontos primitivos laterais entre si, para, decorridos mais 3 a 4 anos, soldarem-se ao corpo vertebral. A soldadura dos pontos secundários tem lugar entre os 19 e os 25 anos de idade.

2) *Costelas* — A soldadura ocorre dos 16 aos 25 anos.

3) *Maxilar superior* — As diversas peças constitutivas do maxilar superior soldam-se entre si no final do 6.º mês de vida fetal.

4) *Malar* — Os três POP que o formam mostram-se completamente soldados no 5.º mês de vida endouterina.

5) *Maxilar inferior* — A soldadura das duas metades entre si, formando a sínfise mentoniana, se dá entre 2 e 3 meses pós-nascimento.

6) *Clavícula* — O tempo de soldadura é de 22 a 25 anos.

7) *Omoplata* — A época de soldadura dos diferentes POP varia dos 14 aos 25 anos. Ou seja: o ponto coracoide principal, de 14 a 16 anos; o ponto coracoide acessório, de 16 a 18 anos; o ponto acromial, de 17 a 18 anos; o ponto blenoide superior, de 16 a 18 anos; a placa glenoide, de 19 a 20 anos; o ponto genoide inferior, de 20 a 24 anos; e o ponto marginal, de 22 a 25 anos.

8) *Úmero* — A soldadura das duas peças epifisárias e da diáfise ocorre entre 16 e 18 anos, e na epitroclea, dos 19 aos 20 anos pós-nascimento.

9) *Cúbito* — A soldadura ocorre na epífise superior dos 16 aos 20 anos, e na epífise inferior, entre 20 e 22 anos, na mulher, e 21 a 25 anos, no homem.

10) *Rádio* — A epífise inferior solda-se dos 16 aos 20 anos, e a epífise superior, dos 20 aos 24 anos.

11) *Bacia* — O púbis solda-se ao isquion dos 11 aos 12 anos; o isquion se une ao ílio entre 12 e 13 anos; o púbis solda-se ao ílio dos 15 aos 20 anos.

12) *Fêmur* — A *solidare* do grande e do pequeno trocânter à diáfise dá-se dos 16 aos 18 anos, e com a cabeça femoral, aos 19 anos. A extremidade inferior do fêmur principia a soldadura com a diáfise aos 18 anos, terminando dos 20 aos 22 anos após o nascimento.

13) *Tíbia* — A epífise inferior solda-se à diáfise dos 16 aos 18 anos, e a epífise superior, dos 18 aos 25 anos.

14) *Perônio* — O ponto epifisário superior solda-se dos 18 aos 19 anos, e o ponto epifisário inferior, dos 19 aos 20 anos *post partum*.

2.2.5. Exame pericial radiográfico

Tomamos por empréstimo ao Dr. Manuel Pereira, in *Contribuição da radiografia dentária na determinação da idade, no vivo*, os seguintes aspectos radiográficos por ele observados empregando o chamado *método intraoral*:

Recém-nascido: calcificação da coroa de todos os dentes temporários e presença do alvéolo destinado ao 1.º molar permanente.

Idade de 2 anos: calcificação das coroas e do colo dos incisivos permanentes e da coroa do 1.º molar permanente; calcificação incompleta da parte radicular terminal do 2.º molar temporário.

Idade de 3 anos: esboço do alvéolo do 2.º molar permanente; calcificação das cúspides dos pré-molares, que se fecham nos espaços inter-radulares, e das coroas e colo dos incisivos e caninos.

Idade de 6 anos: erupção do molar dos 6 anos, mas com calcificação radicular incompleta; calcificação da coroa do 2.º molar permanente, dos pré-molares, da dos incisivos e do colo destes; reabsorção da parede alveolar dos quatro primeiros dentes, bem como das raízes dos temporários.

Idade de 7 anos: esboço do alvéolo do 3.º molar permanente; calcificação da coroa do 2.º e incompleta do ápice radicular do dente dos 6 anos. Fragmentos radiculares do 2.º molar temporário, reabsorção das paredes alveolares dos pré-molares permanentes e das raízes dos caducos, desde os incisivos ao último molar. Calcificação das coroas e raízes dos incisivos permanentes, da coroa e colo do canino e dos pré-molares.

Idade de 7 anos e 1/2: esboço mais acentuado do alvéolo do 3.º molar permanente; incisivos (mediano e lateral permanentes) irruptos, com grande amplificação da câmara pulpar e canal radicular. Fase de calcificação mais adiantada do 2.º molar permanente. Erupção e processo calcificativo terminado do molar dos 6 anos.

Idade de 8 anos: calcificação das coroas e colos dos pré-molares permanentes situados nos espaços inter-radulares dos molares temporários; reabsorção das raízes destes e das paredes alveolares, no ponto correspondente à erupção dos pré-molares. Presença dos incisivos medianos e laterais permanentes. Câmara pulpar nítida do molar dos 6 anos.

Idade de 8 anos e 1/2: reabsorção quase terminada, para dar saída ao molar dos 12 anos; calcificação inicial das cúspides do dente do *siso*. Câmara pulpar e canais radiculares com tonalidade escura bem acentuada, delimitando nitidamente o desenho do dente. Calcificação do terço superior da parte radicular do 2.º pré-molar.

Idade de 9 anos: calcificação em maior grau do 3.º molar permanente e da parte inicial das raízes do molar dos 12 anos; quase terminada a do 2.º pré-molar que já irrompeu a parte coronária e que continua a fazer pressão sobre as raízes do 2.º molar temporário, o qual está prestes a cair. Os incisivos e caninos mostram a extremidade radicular em fase terminal de calcificação. Os *raios X* evidenciam, nesta idade, o aparecimento do alvéolo destinado ao dente do *siso*.

Idade de 10 anos: parte coronária calcificada do dente do *siso* e do colo e região inicial radicular do molar dos 12 anos. Erupção completa dos pré-molares, onde se nota o canal radicular bastante alargado; erupção e calcificação completas dos incisivos.

Idade de 11 anos: calcificação das raízes do molar dos 12 anos; diminuição do espaço pulpar e dos canais radiculares.

Idade de 12 anos: o forame apical do molar dos 12 anos ainda não apresenta radiopacidade nítida, faltando, apenas, a calcificação neste ponto do dente; mais acentuadamente se encontra, também, o processo calcificativo do dente do *siso*.

Idade de 13 anos: extremidades apicais calcificadas, em que se observam os caracteres bem distintos do forame radicular, em ponta afilada, indicando este aspecto que a calcificação chegou na fase final; calcificação do colo dentário do dente do *siso*.

Idade de 14 anos: o depósito de sais calcários está visível no início da bifurcação radicular, onde, por novas camadas de dentina, se dará o aumento do 1/3 inicial das raízes do 3.º molar permanente; redução do espaço da cavidade pulpar, bem como dos canais radiculares do dente dos 12 anos.

Idade de 15 anos: a deposição dos sais calcários ao nível do início da bifurcação radicular do dente do *siso* apresenta-se mais nitidamente.

Idade de 16 anos: calcificação das raízes do dente do *siso* atingindo já o terço inicial.

Idade de 17 anos: maior desenvolvimento da parte coronária do 3.º molar, visualizando-se claramente o número de cúspides; o dente mostra igualmente a fase na qual se vê a transposição do *tabique alveolar*.

Idade de 18 anos: embora irrompido o dente do *siso*, a calcificação da parte radicular só atingiu a metade superior desta, desenhando-se com nitidez a cavidade

pulpar.

Idade de 19 anos: forame apical do dente do *siso*, ou 3.º molar, em estado incompleto de calcificação, em uma ou em ambas as raízes.

Idade de 20 anos: ocorre um estado terminal calcificativo do forame apical dos terceiros molares ou *dentes do sisso*.

Dos 14 aos 21 anos, tem indiscutível valor a radiografia do punho e da palma da mão de um lado só, e, esporadicamente, a da epífise superior do úmero (*vide n. 2.2.4, Úmero*, subitem 8).

DETERMINAÇÃO DA IDADE PELO EXAME RADIOGRÁFICO. MÃO E PUNHO (SARNO)

Núcleo	Sexo	Data do aparecimento			Data do desenvolvimento completo	Data da soldadura			Observações
		Limite mínimo	Limite máximo	Ampli-tude		Limite mínimo	Limite máximo	Amplitude	
Ep. radial	masc. fem.	8 meses	24 meses	6 meses		19 anos 18 anos	21 anos 19 anos	2 anos 1 ano	
Ep. cubital	masc. fem.	5 anos	8 anos 7 anos	3 anos 2 anos		19 anos 18 anos	20 anos 19 anos	1 ano 1 ano	
Escafoide	masc. fem.	8 anos 7 anos	9 anos 8 anos	1 ano 1 ano	15 anos 14 anos				
Semilunar	masc. fem.	4 anos 4 anos	7 anos 6 anos	3 anos 2 anos	14 anos 14 anos				
Piramidal	masc. fem.	2 anos 2 anos	3 anos 3 anos	1 ano 1 ano	12 anos 12 anos				
Pisiforme	masc. fem.	10 anos 10 anos	13 anos 12 anos	3 anos 2 anos	16 anos 16 anos				
Trapézio	masc. fem.	4 anos 4 anos	8 anos 7 anos	4 anos 3 anos	12 anos 11 anos				
Trapezoide	masc. fem.	5 anos 5 anos	8 anos 7 anos	3 anos 2 anos	12 anos 11 anos				
Grande osso	masc. fem.	4 meses 4 meses	8 meses 8 meses	4 meses 4 meses	12 anos 11 anos				
Unciforme	masc. fem.	4 meses 4 meses	8 meses 8 meses	4 meses 4 meses	12 anos 11 anos				
1.º met.	masc. fem.	4 anos	5 anos	1 ano		19 anos 17 anos	21 anos 18 anos	2 anos 1 ano	
2.º, 3.º, 4.º e 5.º met.	masc. fem.	2 anos	4 anos	2 anos		19 anos 17 anos	20 anos 18 anos	1 ano 1 ano	Aparecem em geral na ordem: 2.º, 3.º, 4.º e 5.º
Falanges	masc. fem.	2 anos	3 anos	1 ano		19 anos 17 anos	20 anos 18 anos	1 ano 1 ano	Ordem de aparecimento irregular
Sesamoides	X	14 anos	17 anos	3 anos	20 anos 25 anos				São pouco constantes

DETERMINAÇÃO DA IDADE PELO EXAME RADIOGRÁFICO. COTOVELO (SARNO)

Núcleo	Sexo	Data do aparecimento do núcleo			Data da soldadura			Observações	
		Limite mínimo	Limite máximo	Ampli-tude	Limite mínimo	Limite máximo	Amplitude		
Úmero	Cândilo	masc. fem.	6 meses	18 meses	12 meses	16 anos	19 anos	3 anos	Soldam-se antes entre si e com a diáfise aos 19 anos no sexo feminino e dos 20 aos 21 anos no sexo masculino
			6 meses	18 meses	12 meses	15 anos	18 anos	3 anos	
	Tróclea	masc. fem.	10 anos	12 anos	2 anos	16 anos	19 anos	3 anos	
			10 anos	12 anos	2 anos	15 anos	17 anos	2 anos	
Epicândilo	masc. fem.	11 anos	14 anos	3 anos	16 anos	19 anos	3 anos		
		11 anos	14 anos	3 anos	15 anos	17 anos	2 anos		
Epitróclea	masc. fem.	5 anos	9 anos	4 anos	16 anos	20 anos	4 anos	Solda-se independente	
		5 anos	8 anos	3 anos	16 anos	19 anos	3 anos		
Rádio	Epífise prox	masc. fem.	5 anos	8 anos	3 anos	17 anos	19 anos	2 anos	
			5 anos	8 anos	3 anos	16 anos	18 anos	2 anos	
Cúbito	Tuberosidade bicipital	masc. fem.	13 anos	18 anos	5 anos	Logo que aparece			Solda-se em dois tempos
			13 anos	18 anos	5 anos				
Cúbito	Olécrana	masc. fem.	9 anos	12 anos	3 anos	17 anos	19 anos	2 anos	
			9 anos	12 anos	3 anos	16 anos	17 anos	1 ano	
Cúbito	Bico da Olécrana	masc. fem.	10 anos	14 anos	4 anos	17 anos	19 anos	2 anos	
			10 anos	14 anos	4 anos	16 anos	17 anos	1 ano	

O estudo dos dentes e do palato é imprescindível na perícia da determinação da idade, sendo ao perito importantes as observações sobre a odontogênese na vida intrauterina, a erupção e as modificações tardias ocorridas por fatores vários na dentadura do examinando.

Como nas perícias em geral, não existem aqui elementos que permitam afirmar com segurança a idade exata do indivíduo, ou seja, o resultado determinado deve sempre prudentemente admitir um limite cronológico razoável, que, segundo Flaminio Fávero, seria de semanas na vida intrauterina; de meses, na primeira infância; de 1 a 2 anos, até os 21 anos; e de 5 anos, após essa idade. O que há, então, são elementos gerais dentomaxilares e palatinos valiosos para a determinação aproximada da idade.

A odontogênese se inicia na vida intrauterina na 6.ª semana e se torna evidente no embrião de 11 a 14mm na linha mesencéfalo-calcânea pelo aparecimento do esboço dos órgãos do esmalte e pela formação da papila e da parede folicular, na 7.ª semana. A partir da 17.ª semana, tem início, no feto, a mineralização, conforme comprovam exames radiográficos, dos incisivos decíduos, na 18.ª semana, dos caninos decíduos, e, do primeiro molar permanente, por volta da 25.ª semana de vida intrauterina.

O insigne Prof. Dr. Jorge Souza Lima, do IML de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período que vai do início da calcificação (17.ª semana) até os 10 anos, recomenda ao legista admitir um intervalo cronológico de 3 meses, estimativamente.

Na vida extrauterina, ocorre habitualmente a mineralização dos incisivos e caninos permanentes aos 12 meses; dos pré-molares, aos 30 meses; do segundo molar permanente, dos 48 aos 60 meses, e do terceiro molar permanente, aos 8 anos.

Anexamos abaixo, por sua importância prática, a “Tabela Cronológica da Mineralização dos Dentes Permanentes entre Brasileiros”, de Nicodemo, Moraes & Medici Filho.

A rizólise, fenômeno que consiste na reabsorção das raízes dos dentes decíduos, cessada a sua evolução, por contato com as dos dentes permanentes, cujo desenvolvimento coronário encontra-se bastante adiantado, pode servir de subsídio para determinação da idade.

— Erupção dos dentes permanentes:

No sentido dinâmico, *dentição* é o espessamento do estomódeo até a queda senil dos dentes. No sentido estático, *dentadura* é o conjunto dos dentes de um indivíduo numa determinada idade.

Desse modo, o exame pericial para determinação da idade analisa uma dentadura, mas, para fazê-lo, o legista deve ter conhecimento da origem de tal condição, que lhe é dado pelo estudo da dentição.

A erupção dos dentes permanentes admite três fases: pré-eruptiva, pré- funcional e funcional.

Quando ocorre a erupção?

TABELA CRONOLÓGICA DA MINERALIZAÇÃO DOS DENTES PERMANENTES ENTRE BRASILEIROS
(Nicodemo, Moraes & Medici Filho)

DENTE	Primeira evidência da mineralização	1/3 da coroa	2/3 da coroa	Coroa completa	Início da formação radicular	1/3 da raiz	2/3 da raiz	Término apical
SUPERIORES								
	5 — 7	8 — 15	18 — 30	36 — 57	60 — 78	75 — 90	87 — 108	100 — 116
Incisivo lateral	9 — 15	24 — 30	33 — 57	54 — 72	72 — 88	84 — 102	96 — 112	105 — 117
Canino	5 — 6	12 — 33	36 — 60	60 — 78	76 — 87	90 — 114	111 — 141	126 — 156
Primeiro pré-molar	27 — 36	48 — 66	57 — 75	78 — 96	87 — 108	102 — 126	117 — 133	129 — 159
Segundo pré-molar	36 — 54	51 — 66	66 — 84	78 — 102	93 — 117	105 — 129	117 — 144	141 — 159
Primeiro molar	1 — 6	6 — 16	18 — 30	36 — 48	54 — 66	66 — 84	75 — 96	90 — 104
Segundo molar	39 — 57	52 — 66	69 — 84	81 — 102	102 — 126	120 — 135	129 — 153	150 — 162
Terceiro molar	90 — 132	96 — 138	102 — 156	138 — 174	162 — 193	180 — 204	192 — 234	216 — 246
INFERIORES								
Incisivo central	3,9 — 6,1	9 — 12	18 — 27	28 — 45	48 — 68	60 — 78	76 — 96	90 — 102
Incisivo lateral	4,6 — 5,8	7 — 12	18 — 30	18 — 66	54 — 78	68 — 88	80 — 99	92 — 102
Canino	4 — 7	8 — 30	24 — 54	51 — 72	69 — 93	84 — 108	105 — 135	129 — 156
Primeiro pré-molar	27 — 36	45 — 60	51 — 72	69 — 90	84 — 102	102 — 126	114 — 141	132 — 156
Segundo pré-molar	33 — 54	48 — 63	66 — 81	78 — 96	93 — 144	108 — 132	117 — 144	141 — 159
Primeiro molar	1 — 6	6 — 12	18 — 28	18 — 45	54 — 66	57 — 81	78 — 96	90 — 104
Segundo molar	39 — 60	51 — 66	72 — 87	84 — 105	102 — 126	117 — 135	129 — 153	150 — 165
Terceiro molar	90 — 132	96 — 138	102 — 156	138 — 174	162 — 198	180 — 204	192 — 234	216 — 246

Obs.: Os dados referem-se a meses de vida extrauterina (V.E.U.).

Do ponto de vista odontopericial deve-se admitir que, vencido o obstáculo ósseo e mucoso, o dente está irrompido.

O critério de Ponková e Čescolov é odontológico: quando pequena parte da coroa pode ser tocada pelo explorador.

— Cronologia da erupção dos dentes permanentes:

Sicher assegura que “nosso conhecimento a respeito da erupção dos dentes encontra-se ainda em estágio hipotético”.

O assunto é de interesse de diversos profissionais: legistas, endocrinologistas, odontopediatras, ortodontistas, dentistas sanitaristas etc., existindo literatura a respeito.

— Número de dentes irrompidos:

É indicado pela Tabela de Arbenz, na página seguinte.

— Sequência eruptiva:

A tabela de Abramovicz indica a *idade mínima* e a *idade máxima* em que cada dente se encontra presente em pelo menos uma criança.

TABELA DE ESTIMATIVA DE IDADE USANDO CADA DENTE
EM PARTICULAR PARA A AMOSTRA CONSIDERADA

DENTE	Presente (Idade mínima)	Ausente (Idade máxima)
Segundo molar superior direito	123 meses	162 meses
Primeiro molar superior direito	63 meses	93 meses
Segundo pré-molar superior direito	105 meses	144 meses
Primeiro pré-molar superior direito	87 meses	138 meses
Canino superior direito	105 meses	144 meses
Incisivo lateral superior direito	63 meses	114 meses
Incisivo central superior direito	63 meses	93 meses
Incisivo central superior esquerdo	63 meses	93 meses
Incisivo lateral superior esquerdo	63 meses	114 meses
Canino superior esquerdo	105 meses	144 meses
Primeiro pré-molar superior esquerdo	90 meses	144 meses
Segundo pré-molar superior esquerdo	105 meses	150 meses
Primeiro molar superior esquerdo	63 meses	93 meses
Segundo molar superior esquerdo	123 meses	162 meses
Segundo molar inferior direito	108 meses	162 meses
Primeiro molar inferior direito	63 meses	93 meses
Segundo pré-molar inferior direito	99 meses	153 meses
Primeiro pré-molar inferior direito	99 meses	144 meses
Canino inferior direito	99 meses	138 meses
Incisivo lateral inferior direito	63 meses	99 meses
Incisivo central inferior direito	60 meses	87 meses
Incisivo central inferior esquerdo	60 meses	87 meses
Incisivo lateral inferior esquerdo	63 meses	99 meses
Canino inferior esquerdo	99 meses	138 meses
Primeiro pré-molar inferior esquerdo	99 meses	144 meses
Segundo pré-molar inferior esquerdo	108 meses	153 meses
Primeiro molar inferior esquerdo	63 meses	93 meses
Segundo molar inferior esquerdo	108 meses	162 meses

TABELA DE ARBENZ

Estimativa da idade em meses completos, por ponto e por intervalos (limites de confiança 80% e 95%), segundo o sexo, e em função do número de dentes permanentes irrompidos

Número de dentes permanentes irrompidos	Sexo masculino			Sexo feminino		
	Estimativa por ponto	Limites de confiança		Estimativa por dano	Limites de confiança	
		80%	95%		80%	95%
0	—	— 84	— 84	—	— 84	— 84
1	—	— 84	— 84	—	— 84	— 84
2	—	— 84	— 91	—	— 84	— 85
3	—	— 87	— 95	—	— 84	— 90
4	—	— 91	— 100	—	— 86	— 95
5	—	— 95	— 104	—	— 90	— 99
6	—	— 99	— 108	—	— 94	— 103
7	86	— 103	— 111	—	— 98	— 106
8	90	— 106	— 114	85	— 101	— 109
9	93	— 109	— 118	88	— 104	— 113
10	96	— 112	— 121	91	— 107	— 116
11	99	— 115	— 124	94	— 110	— 119
12	102	86 — 118	— 127	97	— 113	— 122
13	105	89 — 121	— 130	100	84 — 116	— 125
14	108	92 — 124	— 133	103	87 — 119	— 128
15	111	95 — 127	86 — 136	106	90 — 122	— 131
16	114	98 — 130	89 — 139	109	93 — 125	84 — 134
17	117	101 — 133	92 — 142	112	95 — 128	87 — 136
18	120	104 — 136	95 — 145	115	99 — 131	90 — 140
19	123	107 — 139	98 — 148	118	102 — 134	93 — 143
20	126	110 — 142	102 — 151	121	105 — 138	97 — 146
21	130	114 — 146	105 — 154	125	109 — 141	100 — 149
22	133	117 — 149	108 — 158	128	112 — 144	104 — 153
23	137	121 — 153	112 — 161	132	116 — 148	107 — 157
24	141	125 — 157	116 — 165	136	120 — 152	111 — 161
25	145	129 — 161	121 —	140	124 — 157	116 — 165
26	151	134 — 167	126 —	146	129 — 162	121 —
27	157	141 —	132 —	152	136 —	128 —
28	165	149 —	140 —	160	144 —	135 —

Acima dos 20 anos é o estudo da involução dentomaxilar que oferece os elementos mais valiosos para a determinação da idade. A involução dentomaxilar compreende sinais de valor relativo, de vez que o evoluer do sistema dentário não oferece aspectos definidos e concludentes, para a determinação da idade, como os desgastes coronários, a atrofia gengival, da parede alveolar e dos rebordos dos maxilares, a esclerose e permeabilidade dentinárias, o escurecimento dos dentes e o espessamento do cimento, e sinais de valor absoluto, como a redução do diâmetro das cavidades pulpares, pela aposição de camadas sucessivas de dentina secundária e modificações do cimento dentário e a própria atrofia pulpar. A camada pulpar e os canais dos incisivos mediais se obstruem habitualmente cerca de 50 anos após a erupção.

No vivo, a deposição de sais calcáreos e de dentina secundária pode ser observada, com nitidez, nas películas radiográficas.

O estudo da redução da cavidade pulpar na perícia de determinação da idade admite uma crítica: a seção longitudinal do dente estraga a peça estudada. Desse modo, considera-se pericialmente melhor a análise do gônio ou ângulo da mandíbula.

O recém-nascido tem o gônio ou ângulo da mandíbula bem aberto — cerca de 170°. Com a evolução etária ele diminui paulatinamente até atingir, no adulto, de 110° a 120°, após o que aumenta à razão de 0,186° a cada ano, alcançando 130°, no velho.

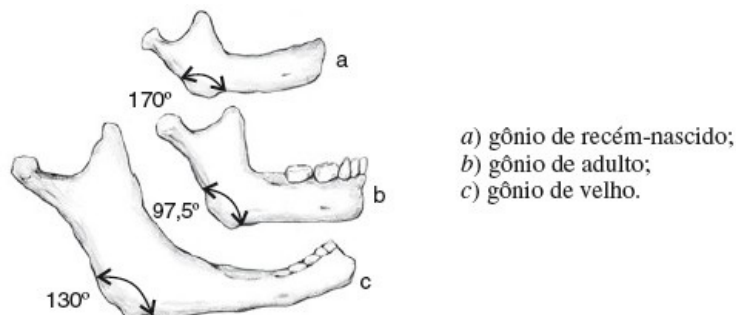


Figura 10

DETERMINAÇÃO DA IDADE PELO ÂNGULO MANDIBULAR
(Ernestino Lopes)

Mínimo	Máximo	Médio	Idade (anos)
110°	135°	130°	5 a 10
110°	130°	125°	11 a 15
110°	125°	120°	16 a 20
110°	120°	115°	21 a 25
105°	120°	110°	26 a 35
105°	120°	110°	36 a 45

Conseqüentemente à queda dos dentes, reabsorvem-se progressivamente os rebordos alveolares, conferindo à margem superior da mandíbula o aspecto de uma simples crista com redução da altura do corpo do osso de até a metade, no idoso, o que situa o forâmem mentoniano próximo ou até na borda alvéolo dental.

Anexamos os índices de “usura fisiológica dos dentes”, conforme a técnica de Frykholm Gustafson:

A = Desgaste da superfície de oclusão.

P = Periodontose.

S = Desenvolvimento secundário da dentina no interior da cavidade pulpar.

C = Deposição de cimento na raiz.

R = Reabsorção da raiz.

T = Transparência do ápice radicular.

Conforme a intensidade ou grau de modificação observados nos dentes estudados, cada um dos fenômenos recebe um número de 0 a 3. Assim,

A0 = Ausência de desgaste.

A1 = Desgaste leve atingindo o esmalte.

A2 = Desgaste que atinge a dentina.

A3 = Desgaste que atinge a polpa.

P0 = Ausência de periodontose.

P1 = Início de periodontose.

P2 = A periodontose atinge mais de 1/3 da raiz.

P3 = Atinge mais de 2/3 da raiz.

S0 = Ausência de dentina secundária.

S1 = Início de formação da dentina secundária.

S2 = A dentina secundária preenche metade da cavidade pulpar.

S3 = A dentina secundária preenche quase completamente a cavidade pulpar.

C0 = Apenas cimento normal.

C1 = Depósito de cimento maior que o normal.

C2 = Grande camada de cimento.

C3 = Abundante camada de cimento.

R0 = Inexistência de reabsorção.

R1 = Pequena reabsorção em manchas isoladas.

R2 = Grau mais adiantado de reabsorção.

R3 = Grande área de reabsorção de dentina e de cimento.

T0 = Ausência de transparência.

T1 = Transparência visível.

T2 = Transparência atinge 1/3 da raiz.

T3 = Transparência atinge 2/3 da raiz.

A transparência das porções apicais da raiz melhor se verificará se as preparações forem previamente desidratadas pelo álcool e xilol, secas e montadas no Bálsamo do Canadá.

A soma dos pontos

$$A_n + P_n + S_n + C_n + R_n + T_n$$

fornece a idade aproximada, que é, segundo o autor, proporcional ao número de pontos, a idade sendo verificada sobre a reta de progressão elaborada por Gustafson.

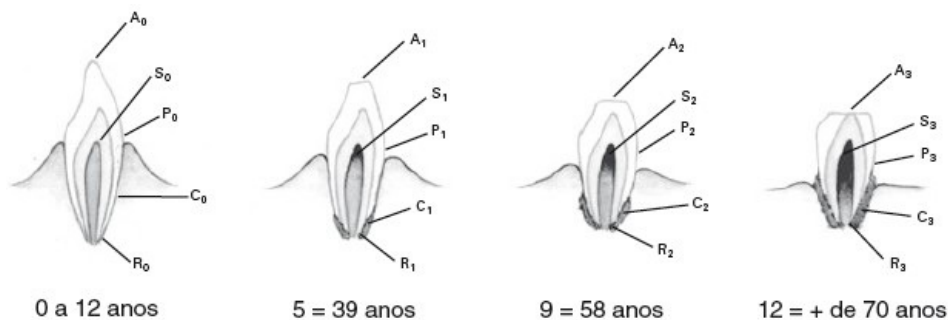


Figura 11

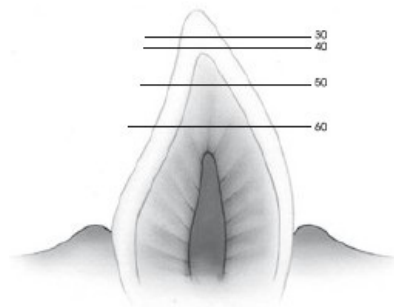


Figura 12

Determinação da idade, pelo grau de desgaste da coroa, acima dos 30 anos. Próximo aos 40 anos a superfície da dentina é atingida (apud Albert Ponsold, *Manual de medicina legal*).

Finalmente, a medida da distância entre o colo e a parede alveolar junto aos dentes tem valor diminuído em pericia odontolegal, por causas patológicas influírem

na reabsorção da mesma.

2.2.6. Identificação pelos dentes

Indiscutivelmente é assunto de fundamental importância em Medicina Legal, pois permite, com razoável aproximação, determinar a idade e, com confiabilidade, diferenciar dentes de animais e de humanos, identificar profissões e malfeitores pelas impressões dentárias em objetos e alimentos, eventualmente excluir paternidade, elucidar o sexo. O estudo médico-legal dos dentes pode ser feito pela impressão deixada nos diferentes suportes ou diretamente, por meio de descrição, desenho, fotografia e radiografia, quer comparando negativos entre si, quer os positivos, após prévia moldagem da boca executada em godiva e depois vazada em gesso.

Importa também o estudo concomitante das arcadas e da abóbada palatina quanto à forma, às rugosidades, dimensões, particularidades, ao aspecto etc.

O homem é difiodonte e heterodonte, isto é, tem duas dentições: a de leite ou temporária e a definitiva ou permanente, que aparece tardiamente, constituída de dentes diferentes. Na primeira dentição, temporária ou de leite, os dentes são 20, e na segunda dentição ou permanente, 32.

É de uso geral fórmula fracionária de fácil memorização para expressar o número de dentes, o seu nome e a sua posição nos maxilares, em que o numerador corresponde à arcada superior e o denominador à mandíbula. Dessa forma, temos a seguinte fórmula mnemônica:

$$\begin{aligned} & \text{Incisivos } \frac{2 + 2}{2 + 2} \text{ Caninos } \frac{1 + 1}{1 + 1} \text{ Pré-molares } \frac{2 + 2}{2 + 2} \text{ Molares } \frac{3 + 3}{3 + 3} = \\ & = \frac{16}{16} = 32 \end{aligned}$$

na dentição do adulto, dita permanente, e

$$\text{Incisivos } \frac{2 + 2}{2 + 2} \text{ Caninos } \frac{1 + 1}{1 + 1} \text{ Molares } \frac{2 + 2}{2 + 2} = \frac{10}{10} = 20$$

na primeira dentição ou temporária.

Vemos, assim, que na primeira dentição não existem os pré-molares.

Como os dentes têm uma época própria para o surgimento, embora a sua erupção não obedeça a rigorosa cronologia, isso não diminui a sua importância na determinação da idade. Assim, temos:

PRIMEIRA DENTIÇÃO OU TEMPORÁRIA

Incisivos centrais inferiores de 6 a 8 meses
Incisivos centrais superiores de 8 a 18 meses
Incisivos laterais superiores de 10 a 12 meses
Incisivos laterais inferiores de 12 a 14 meses
Primeiros molares superiores de 14 a 18 meses
Primeiros molares inferiores de 16 a 20 meses
Caninos de 20 a 24 meses
Segundos molares de 24 a 30 meses

SEGUNDA DENTIÇÃO OU PERMANENTE

Primeiros grandes molares aos 5 ou 6 anos
Incisivos centrais inferiores de 6 a 8 anos
Incisivos centrais superiores de 7 a 8 anos
Incisivos laterais de 8 a 9 anos
Primeiros pré-molares de 9 a 10 anos
Caninos de 10 a 11 anos
Segundos pré-molares de 12 a 13 anos
Segundos molares de 13 a 14 anos
Terceiros molares, ou sisos de 18 a 24 anos

A fórmula dentária de 12/12 presume idade menor de 14 anos, a de 14/14, idade maior de 14 e menor de 18 anos, o que tem valor nas perícias, respectivamente, de estupro ou sedução, quando a vítima não porta certidão de nascimento, e a de 16/16, idade superior a 18 anos.

A verificação das fases de formação do folículo dentário é subsídio valioso para a determinação da idade fetal no aborto espontâneo ou criminoso.

Quanto às profissões: os sopradores de vidro, os sapateiros e os tocadores de clarinete em geral sofrem desgastes dos incisivos medianos superiores, e os operários e químicos que trabalham com ácidos tendem à cárie por descalcificação dos dentes.

O uso da piteira e do cachimbo produz deformações especiais nos dentes, elucidadoras do criminoso, pelas impressões dentárias.

O estudo das mordidas e dentadas nos alimentos, nas frutas e na pele tem servido, há muitos anos, para identificar malfeitores, no furto, na sevícia de menores e nos crimes sexuais. A despeito de sua importância, antigamente discutia-se sobre a validade legal das marcas deixadas pelos dentes, sob a alegação de que as tais marcas sofrem alterações pela natural oxidação ocorrida em certos alimentos e nas frutas. Atualmente os vestígios das mordidas e dentadas nos alimentos e nas frutas encontrados no local do crime têm validade legal indiscutível quando são preservados da oxidação por um composto de partes iguais de ácido acético, formol e álcool e, a seguir, pela aplicação na superfície examinada de um material elastômero de pequena viscosidade, tipo silicone.

O método mais comum utilizado no estudo das impressões dentárias na elucidação do criminoso é a comparação e mensuração por superposição fotográfica entre elas e a dentadura suspeita, quanto à posição, rotação, espaço entre os dentes, após prévia modelagem das arcadas dentárias.

O Dr. Moacyr da Silva, professor de Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pôde excluir paternidade em dois casos por ele examinados.

A identificação pelos dentes interessa ao foro civil e ao foro criminal. Ao foro civil, no que diz respeito ao ressarcimento de danos nos delitos de responsabilidade profissional, dos acidentados de trânsito e da agressão de que resulte perda de um ou de todos os dentes (*vide* n. 4.2.2.3). Ao foro penal, principalmente no cadáver em adiantado estado de putrefação, nos afogados e nos carbonizados desconhecidos etc. Com efeito, nos cadáveres carbonizados ou em adiantado estado de putrefação, o estudo dos dentes, próteses, pontes, alterações, correções, restaurações, extrações etc., pelo sistema odontológico de Amoedo,

reveste-se de particular importância quando todos os outros métodos revelam ineficiência: muitas vítimas de grandes incêndios ou de atos criminosos com ocultação de cadáver foram por essa forma identificadas.

É o caso do célebre incêndio na Legação Alemã, em Santiago do Chile, em 5 de fevereiro de 1909, do qual resultou um corpo carbonizado de pessoa do sexo masculino que a polícia supôs fosse o do segundo secretário Willy Beckert, uma vez que este e o porteiro Ezequiel Tapia haviam desaparecido. Entretanto, o Dr. Germano Valenzuela, estudando os maxilares e a mandíbula do cadáver carbonizado, que lhes foram confiados pelo juiz de instrução, por comparação com a ficha clínica odontológica do alemão, pôde identificá-lo como não sendo o do secretário da Legação Alemã, o qual, realmente, foi posteriormente detido nas fronteiras do Chile com a Argentina e julgado autor da morte do porteiro pelo emprego de instrumento perfurocortante. O roubo era o móvel do crime; o incêndio, propositadamente ateado, a dissimulação.

A colaboração dos dentes no que tange à determinação das raças é praticamente nula.

Até recentemente discutia-se a validade da determinação médico-legal do sexo pelo estudo dos dentes, pela precariedade dos resultados obtidos pela mensuração dos mesmos ou pela análise química, conceito esse mudado por Masayoshi Seno e Hideo Ishizu, do Departamento de Medicina Legal da *Okayama University Medical School*, que afirmam ser possível, encontrado um dente ou seu fragmento, indicar o sexo do indivíduo que o portava. Esses experimentadores fundamentam a sua assertiva na observação de que a fluoresceína emitida pela parte distal de um braço longo do cromossomo Y do núcleo de uma célula masculina da polpa dental opacifica em contato com o *quinacrine*. Recomendam o seguinte método:

- 1) seccionar longitudinalmente qualquer tipo de dente: incisivo, canino, molar etc.;
- 2) adicionar 0,5ml de uma solução de ácido acético a 20% ao tecido pulpar, para maceração;
- 3) adicionar mais 2ml da mesma solução e centrifugar à razão de 2.000 rpm durante 10 minutos;
- 4) fixar o resíduo sob lamínula com metanol e, após sua evaporação, aplicar 0,5% de *quinacrine dihydrochloride* durante 20 minutos;
- 5) lavar cuidadosamente a amostra em água corrente durante três minutos e juntar-lhe um composto de partes iguais de glicerina e de uma substância tampão — pH 7.4.

Ao microscópio, objetiva 800 x, lâmpada de mercúrio, geralmente, segundo os autores, observa-se opacificação fluorescente no núcleo das células da polpa dental masculina, não podendo, obviamente, ser vista no dente da mulher.

RATE OF F-BODY APPEARANCE IN THE CELL NUCLEI OF MALE AND FEMALE DENTAL PULP

	Age	Position of the tooth	Lapse of time	Cells with / Tested F-doby / cells	% of F-body appearance
Male	47	3	16 days	58 / 100	58
	77	1	25 "	50 / 100	50
	50	8	25 "	59 / 100	59
	37	4	1 month	56 / 100	56
	46	5	1 "	72 / 100	72
	53	2	2 months	39 / 77	51
	8	D	4 "	17 / 26	65
	52	2	5 "	47 / 100	47
	25	8	5 "	48 / 100	48
	5	A	5 "	7 / 23	30
Female	49	1	10 days	1 / 100	1
	55	8	20 "	2 / 100	2
	43	6	1 month	2 / 100	2
	52	1	1 month	0 / 100	0
	39	5	2 months	4 / 100	4
	10	4	3 "	3 / 100	3
	44	3	3 "	1 / 100	1
	26	8	4 "	1 / 100	1
	53	5	4 "	2 / 100	2
	45	8	5 "	2 / 100	2

A tabela acima mostra o resultado da observação feita pelos pesquisadores japoneses em 10 dentes pertencentes ao sexo masculino e 10 ao sexo feminino, extraídos durante tratamento dentário. A média de opacificação parcial do braço longo do cromossomo Y do núcleo das células da polpa dental no homem é de 30%, mesmo em dente examinado após cinco meses da extração, não sendo identificado no dente da mulher por ela possuir apenas o par cromossômico XX. A opacificação é encontrada em 4% das células examinadas.

— Palatoscopia:

É o estudo das pregas palatinas transversas, que são impressões imutáveis existentes no palato ou "céu da boca" do indivíduo. Dessa forma, têm essas rugosidades palatinas valor na identificação médico-legal por comparação com os vestígios registrados nas fichas palatoscópicas impressas.

As fichas palatoscópicas são de uso obrigatório nos oficiais aviadores da Força Aérea Brasileira. São feitas com material plastiforme, que, aderido a toda a superfície palatina, fixa as impressões das rugosidades nas respectivas fichas.

Existem classificações das pregas palatinas transversas.

2.2.7. Peso e conformação

Peso teórico é o *pensus patronus* determinado pelo biótipo.

Peso normal é o limite de até três quilos, acima ou abaixo do peso teórico, permitido pelas variações fisiológicas individuais.

O peso teórico pode ser calculado pela aplicação da seguinte equação:

$$P.T. \text{ (peso teórico)} = \frac{\text{estatura} + \text{membro inferior}}{4}$$

Broca recomenda a seguinte fórmula:

$$\text{Peso teórico} = \text{a altura (em centímetros)} - 100$$

Desse modo, se o examinando tiver 1,85m de altura, seu peso teórico será de 85 quilos.

Objetivando praticabilidade, idealizamos uma tabela com os pesos teóricos, em quilos, de acordo com a idade e altura, sem preocupação com as características biotípicas dos diferentes indivíduos, a qual se aplica aos brasileiros.

Homens								Mulheres							
Altura metros	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	Acima 50 anos	Altura metros	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	50-60 anos
								1,40	44	45	46	47	48	48	49
								1,41	44	46	46	48	49	49	50
								1,42	45	46	47	49	50	50	51
								1,43	45	47	48	49	50	51	51
								1,44	46	48	48	50	51	52	52
								1,45	47	48	49	51	52	52	53
								1,46	47	49	50	51	52	53	53
								1,47	48	50	50	52	53	53	54
								1,48	49	50	51	53	54	54	55
								1,49	50	52	52	54	55	56	56
1,50	50	52	53	54	55	56	56	1,50	50	52	52	54	55	56	56
1,51	51	52	54	55	56	56	57	1,51	51	52	53	55	56	57	57
1,52	51	53	55	56	57	58	58	1,52	51	52	54	56	57	57	58
1,53	52	54	55	56	57	58	58	1,53	52	54	54	56	58	58	59
1,54	53	55	56	57	58	59	59	1,54	53	55	55	57	58	59	59
1,55	53	55	57	58	58	59	60	1,55	53	55	56	58	59	60	60
1,56	54	56	58	59	59	60	60	1,56	54	56	57	59	60	61	61
1,57	55	57	58	59	60	61	61	1,57	55	57	57	59	61	62	62
1,58	56	57	59	60	61	62	62	1,58	55	57	58	60	61	62	63
1,59	56	58	60	61	62	63	63	1,59	56	58	59	61	62	63	63
1,60	57	59	61	62	63	63	64	1,60	57	59	60	62	63	64	64
1,61	58	60	61	63	63	64	64	1,61	58	60	60	62	64	64	65
1,62	58	60	62	63	64	65	65	1,62	58	60	61	63	65	65	66
1,63	59	61	63	64	65	66	66	1,63	59	61	62	64	65	66	67
1,64	60	62	64	65	66	67	67	1,64	60	62	63	65	66	67	67
1,65	61	63	64	66	67	67	68	1,65	61	63	63	66	67	68	68
1,66	61	63	65	67	67	68	68	1,66	61	63	64	66	68	69	69
1,67	62	64	66	67	68	69	69	1,67	62	64	65	67	69	69	70
1,68	63	65	67	68	69	70	70	1,68	63	65	66	68	69	70	71
1,69	64	66	68	69	70	71	71	1,69	63	66	66	69	70	71	72
1,70	64	66	68	70	71	71	72	1,70	64	67	67	70	71	72	73
1,71	65	67	69	71	71	72	73								
1,72	66	68	70	71	72	73	73								
1,73	67	69	71	72	73	74	74								
1,74	67	70	72	73	74	75	75								
1,75	68	70	73	74	75	76	76								
1,76	69	71	73	75	76	77	77								
1,77	70	72	74	76	77	77	78								
1,78	71	73	75	76	77	78	79								
1,79	71	74	76	77	78	79	80								
1,80	72	75	77	78	79	80	80								

Insta dizer que o peso, mesmo não sendo proporcional à altura, nem sempre é despido de valor. Convém, desse modo, pesquisá-lo. Diga-se o mesmo quanto à conformação geral, magreza ou adiposidade, como na lipodistrofia ou síndrome de Barraquer-Simons, em que há considerável *adipe* da metade inferior do corpo contrastando com o amagrado do rosto e do tórax, ou a lipomatose dolorosa ou *doença de Dercum* etc.

2.2.8. Malformações

Os defeitos congênitos, como o lábio leporino, a sindactilia, a polidactilia, a bradidactilia, o *genu varum* e o *genu valgum*, a *spina bifida*, as malformações genitais, os vícios ósseos são valiosos para a identificação.

2.2.9. Sinais profissionais

Os estigmas que a constância de um trabalho imprime nos obreiros, como as unhas dos fotógrafos, a calosidade labial dos sopradores de vidro, os resíduos perduráveis corporais, as ulcerações e os vestígios de doenças peculiares às indústrias insalubres (chumbo produz uma linha azulada no festão gengival, não sendo o obreiro desdentado — orla de Burton; e o cobre, uma linha verde-azulada, ou, então, verde-amarelada) têm real importância na identificação médico-legal, pois dão indicação segura das profissões exercidas por esses indivíduos.

2.2.10. Sinais individuais

Todo sinal personalíssimo, como, por exemplo, a forma e a disposição dos olhos, a forma e a implantação das orelhas, os nevos, as discromias e as verrugas, os desgastes, as cáries e as próteses dentárias, a consolidação viciosa das fraturas, as cicatrizes etc., fornece elementos importantes para a caracterização dos indivíduos, ou mesmo para excluí-la. As unhas podem indicar hábitos pessoais; a onicofagia permitiu a Hoffmann identificar uma das vítimas do célebre incêndio do *Ring Theatre* de Viena.

O estudo da língua, em seu aspecto morfológico macroscópico (dimensões, sulcos, V lingual, foliculos, freio, aspecto das pregas franjadas) de elementos patológicos (cicatrizes, impressões dentárias) e até, se caso for, de sua morfologia microscópica, também pode fornecer valioso subsídio para a identificação, posto que “não deve haver, não pode haver duas línguas iguais”, conforme a palavra de Bovero.

2.2.11. Tipos sanguíneos

Imutáveis, têm valor para a exclusão da identidade.

2.2.12. Tatuagens

De origem polinésia, *To-Tatu*, *To-Tau* ou *Tatahou*, a palavra “tatuagem” significa desenho.

A prática de tatuar é remotíssima, sendo usada inicialmente, ao que tudo indica, como distintivo de clã, casta ou profissão.

Consegue-se a tatuagem por meio de picadas de agulhas, escarificações, incisões superficiais e, modernamente, por aplicação do raio *laser*, para deposição de pigmentos corantes na derme.

Mais comum no sexo masculino, entre os criminosos reincidentes e em certas profissões, como os marítimos e soldados, vem sendo praticada, em nossos dias, por modismo ou como uma forma de protesto social, pelos jovens ociosos da sociedade.

Em geral, a falta de assepsia pode ser causa de infecções primárias e de transmissão de doenças, como a sífilis e a AIDS, por exemplo.

Conforme as imagens que representam, as tatuagens são ditas emblemáticas, ornamentais, belicosas ou militares, religiosas, afetivas, eróticas ou imorais, históricas, patrióticas, ou inscrições comuns.

A tatuagem pode ser copiada pelo emprego de papel transparente, a cópia valendo mais em arquivo pericial do que sua simples descrição ou sua fotografia.

A tatuagem pode ser, também, transformada ou sobrecarregada. Visando descaracterizá-la, o indivíduo sobrecarrega a tatuagem existente, transformando-a em outra, em ledô engano, pois a perícia sempre decifrá-la do desenho anterior, oculto ou camuflado.

A destatuagem é possível, tanto naturalmente — as vermelhas e as feitas com pólvora de caça esmaecem com o tempo — como artificialmente, pelo emprego de vesicatórios, ácidos, corrosivos, medicamentos e, modernamente, pelo raio *laser*.

Importa saber que, qualquer que seja o meio empregado, na destatuagem natural ou artificial persiste sempre um sinal indelével representativo da tatuagem cujo desaparecimento se intentou. Ainda mais: a demonstração de pigmentos corantes em linfonodos vizinhos aos dos sinais indeléveis resultantes da destatuagem possibilita, inclusive, indicar o tipo de tinta empregada. Isto porque os linfonodos ou gânglios linfáticos são uma espécie de filtro que, graças à ação coloidopéxica e fagocitária dos abundantes macrófagos livres existentes nas malhas do retículo histiocitário, retém, no citoplasma destas células, pigmentos e os corantes vitais.

Somente as substâncias de natureza ácida e as de carga eletronegativa, consoante a lei de Shulemann e Evans, são retidas pelos linfonodos. De conformidade com essa lei, “os elementos celulares do sistema reticuloendotelial constituem o ânodo de um sistema eletrolítico, para o qual convergem todas as substâncias eletronegativas”.

Influencia, também, a capacidade de difusão da substância e a superfície da área do *pigmentum*: quanto maior for a área do pigmento, menor será a sua capacidade de difusão e vice-versa.

Ante o exposto, compreende-se por que os pigmentos corantes de certas tintas empregadas na tatuagem, como o nanquim, por exemplo, que é de natureza ácida, carga elétrica negativa e capacidade de difusão comparativamente diminuída, são rapidamente englobados pelos gânglios linfáticos, podendo, desse modo, ser detectados no cadáver em que ainda não ocorreu adiantado estado de putrefação.

É notório que as tatuagens constituem sinais de identidade particular, pois indicam o passado, os costumes, a profissão do indivíduo; ademais, traduzem informes raciais, regionais, afetivos, criminais, e até o estado d’alma do tatuado no que tange aos seus pendores sexuais. Como exemplos, botas tatuadas no pênis indicam ser o portador pederasta ativo; serpente tatuada nas costas, tendo a cabeça voltada para o ânus, designa ser o indivíduo pederasta passivo.

Também os criminosos contumazes são reconhecidos entre si e pela vigilante polícia nas penitenciárias quanto à natureza dos delitos que praticaram, a função de chefe de quadrilha etc., através de tatuagens em forma de pontuação ou desenhos representando túmulos, cruz de caravaca, borboletas, conforme sejam as suas cores. Assim é que uma tatuagem no rosto em forma de pontuação quer significar mãezinha de presídio; tatuagem pontuada nas costas indica estuprador que serviu de mãezinha em presídio; uma cruz pontuada na face dorsal da mão esquerda aponta homicida, e, assim, sucessivamente.

As cores dos símbolos podem significar Falanges: Falange Vermelha, Falange Azul ou Serpente Negra, conhecidíssimas facções do crime organizado de alta periculosidade.



Figura 13

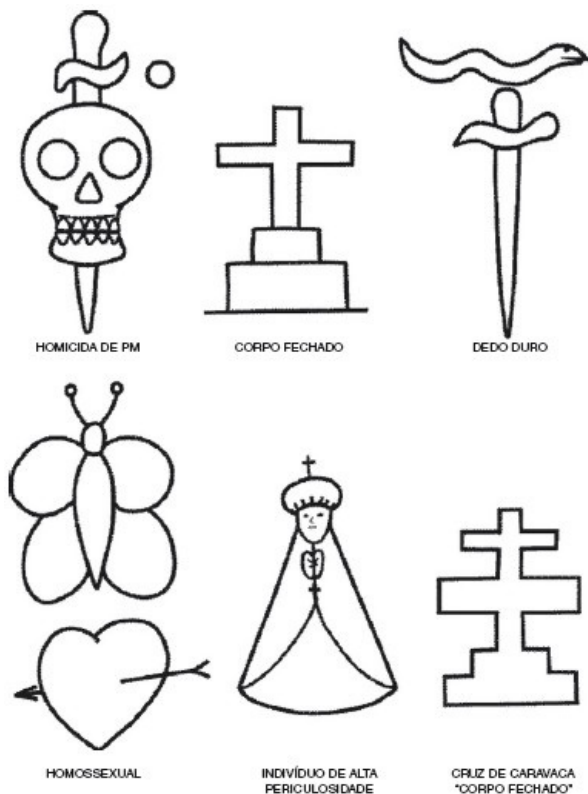


Figura 14

2.2.13. Dinâmica funcional

Permitem o reconhecimento do indivíduo a postura ou atitude, os gestos, o andar, a voz, as funções sensoriais e, particularmente, a escrita, gesto gráfico registrado, “o mais fino e flexível dos gestos”, que, embora haja participação transitória ativa e inteligente da vontade, se faz subconscientemente pelo hábito graças a um complexo mecanismo musculonervoso de todo o organismo.

2.2.14. Caracteres psíquicos

A observação qualitativa e quantitativa do surgimento e declínio das faculdades psíquicas e suas influências sobre determinado comportamento mental das pessoas pode eventualmente fornecer subsídios para a identificação médico-legal.

2.2.15. Prosopografia

Prosopografia quer dizer descrição da face.

É o processo de identificação pela superposição de fotografias do indivíduo tiradas em vida sobre foto do crânio, que se procede após a determinação de uma perfeita correspondência dos pontos ósseos e das partes moles da face, principalmente na fronte, nas órbitas e supercílios, no nariz e no mento, atentando o perito para as partes objetivando analisar o todo.

Modernamente obtêm-se melhores resultados prosopográficos pelo emprego de várias câmeras de videoteipe aplicadas sobre a foto tirada em vida do indivíduo e a do esqueleto do crânio, em mixagem projetada no monitor. O computador também tem sido utilizado na identificação de cadáver reduzido a esqueleto, resultando reconstituição perfeita da imagem facial do indivíduo, inclusive em cores. Desse modo, tem atualmente a prosopografia grande valor na perícia médico-legal de determinação da identidade, a nosso ver devendo ser empregada objetivando complementar as demais investigações utilizadas em diligência dessa espécie. Como exemplo, o exame prosopométrico — mensuração das regiões e de pontos anatômicos entre si e o traçado de planos baseados nas projeções e conformações das regiões analisadas, incluindo, ainda, a maxilometria, a mandibulometria e a odontometria.

2.3. Identidade policial ou judiciária

2.3.1. Processos antigos

No passado as leis prescreviam medidas de extremo rigor, bárbaras e cruéis, para o assinalamento dos malfeitores, sobretudo reincidentes, como símbolos, letras, flor de lis, marcas na fronte ou em outras áreas por ferro incandescente, mutilações das orelhas e nariz, ablação da língua, avulsão dos dentes etc. Originária da mais remota antiguidade, essa forma desumana de identificação prolongou-se até o início da Idade Contemporânea, quando o filósofo e jurista inglês Benjamin Bentham, movido por sentimento de respeito à dignidade humana, sugeriu o emprego da tatuagem (sistema dermográfico de Bentham) para identificação de criminosos primários e reincidentes e de todas as pessoas, indistintamente.

Mais tarde, Icard preconizou a injeção de parafina em regiões encobertas do corpo, geradora de tumor facilmente perceptível, do qual sempre resultaria cicatriz reveladora se extirpado cirurgicamente. O processo de Icard não teve acolhida na prática.

Posteriormente, utilizou-se o assinalamento sucinto ou sumário pelo emprego de expressões falhas, imprecisas e subjetivas como moço, velho, gordo, magro, alto, baixo, em arremedo grotesco de identificação judiciária.

A descoberta da fotografia, que tanta euforia causou inicialmente nos meios policiais, pois pensou-se bastar fotografar os criminosos para que fossem facilmente reconhecidos, tornou-se de uso precário e de préstimos invalidados para a identificação, por ser passível de retoques, dificuldades para sua classificação etc. Com o surgimento, no entanto, em 1882, em Paris, do método antropométrico de Bertillon, conferindo à identidade judiciária a sua mais estável base científica, a fotografia passou a ser aceita como meio subsidiário.

Atualmente, os processos infamantes, que tinham por objetivo punir e identificar, e a bertillonagem deram vez a outros métodos mais seguros, de fácil aplicação e absoluta eficiência, que não maculam os direitos humanos. É a dactiloscopia, estudo das impressões digitais, de técnica extremamente eficaz para a descoberta e identificação de criminosos, que não requer conhecimentos de Medicina e que a jurisprudência de todo o mundo tem prestigiado. Com efeito, dentre todos os existentes, é a dactiloscopia o método mais fácil, econômico e seguro de identificação utilizado pela polícia, pois as impressões digitais, por suas qualidades de perenidade, imutabilidade e variedade, constituem-se em selo que “*Deus pôs nas mãos dos homens para distinguir seus atos*”, sendo conhecidas desde priscas eras, conforme registram as Escrituras Sagradas (Capítulo XXXVII, versículo 7, Livro de Job). E o seu emprego aumenta a cada dia, pois atualmente é necessária e imprescindível a identificação de todas as pessoas para fim policial, militar, administrativo e político, já que o nome de batismo, a fotografia e o testemunho são apenas indícios e não prova segura de identidade. Hoje é curial que para todos os atos da vida civil e jurídica os cidadãos se identifiquem indistintamente, possuindo cada um sua cédula de identidade.

Perenes, imutáveis e variáveis, as impressões digitais tornaram a dactiloscopia universalmente aceita e adotada pelas polícias de todo o globo terrestre como o

melhor e mais eficiente método de identificação.

A bem da verdade, a ciência hodiernamente já proporciona outros processos seguros de identificação, como a análise do DNA e da voz humana, nenhum deles, no entanto, viável e prático como a dactiloscopia.

A identidade policial ou judiciária compreende o método de Bertillon ou bertilonagem e a dactiloscopia.

2.3.2. Bertilonagem

Tem por base a antropometria, complementando-se pelo retrato falado, a fotografia sinalética e as impressões digitais.

2.3.2.1. Antropometria

Preconiza as medidas dos diâmetros longitudinal e transversal do crânio, o diâmetro bizigomático, o tamanho dos dedos médio e mínimo, o do antebraço e do pé do lado esquerdo do corpo, a altura da orelha direita, a cor da íris esquerda, a estatura, a envergadura e a altura do busto, tudo anotado em milímetros, além do assinalamento descritivo de todos os sinais profissionais e individuais, tatuagens, deformidades, malformações e cicatrizes encontradas.

O assinalamento antropométrico de Bertillon refere-se:

a) à fixação definitiva da ossatura a partir dos 20 anos;

b) à variabilidade extrema dos esqueletos humanos entre si;

c) à relativa precisão e facilidade de tomada das medidas do esqueleto e de determinadas partes do corpo.

Observa-se assim que a antropometria não se aplica aos menores de 20 anos, pois eles ainda têm a ossatura em desenvolvimento, excluindo peremptoriamente as crianças. As medidas exatas, passíveis de erro por fator pessoal, nos velhos e nas mulheres, são difíceis de ser tomadas. Por isso, Bertillon adotou tabela de tolerância. Ademais, o processo tem o inconveniente de requerer tempo e técnicos experimentados.

Então, pelas frequentes incorreções das medidas, naturais ou dos técnicos, de quem se exige precisão de conhecimentos e larga experiência, e por aparecimento de técnicas de emprego mais fácil em sua execução, que a suplantam, a bertilonagem cedeu lugar à dactiloscopia, passando a ter valor histórico.

2.3.2.2. Retrato falado

É obtido pela descrição analítica dos caracteres antropológicos, morfológicos e cromáticos da face, em assinalamento sucinto de frente e perfil direito da frente, nariz e orelha, supercílios, cabelos, barba, bigode, rugas, tatuagens, cicatrizes, nevus, verrugas, pálpebras, órbitas, olhos e sua cor, tudo codificado em expressões convencionais: pequeno, médio e grande. É possível, assim, ao perito, atendo-se a uma descrição rigorosa do indivíduo, traçar-lhe o retrato falado a distância, até por computador.

O retrato falado não é meio de prova; é tão somente um importante método auxiliar nas investigações policiais.

Importa saber que, por não haver dois olhos absolutamente iguais e as orelhas guardarem sempre as mesmas características do nascimento até a morte, ambos os órgãos constituem valiosos elementos sinaléticos.

2.3.2.3. Fotografia sinalética

Indicada por Bertillon, consiste em fotografia comum, porém com redução constante de 1/7 de frente e de perfil direito, disciplinada com exata distância focal, que permite calcular o tamanho exato do indivíduo. A comparação minuciosa dos elementos assim obtidos por superposição com outros elementos e o estudo de pormenores fixos da cabeça, como altura da frente, aspecto da fenda palpebral, diâmetros da boca e do nariz, contribuem para a identificação.

“O reconhecimento fotográfico, levado a efeito na polícia, não é previsto em lei, sendo, pois, de nenhum ou escasso valor” (*JTACrimSP*, Ed. Lex, 61:265).

Não obstante, é o reconhecimento fotográfico uma prova inanimada de valor relativo, e não absoluto, que pode e deve ser utilizada. Nesse sentido: *RT*, 542:433 e 630:323.

O reconhecimento fotográfico, quando impreciso e duvidoso, feito de plano sem o necessário confronto com outras fotografias referentes a indivíduos diversos, algo parecidos, não pode ser tido como apto a lastrear um processo condenatório, pois a tal desiderato é mister certeza plena quanto à autoria do delito. Do mesmo modo, “a opinião comum dos autores rejeita a figura do reconhecimento em fotografia como meio exclusivo de prova no processo penal” (*RT*, 507:415); nem se há de conferir validade ao reconhecimento fotográfico falho ou indeciso, realizado na Polícia e não ratificado em juízo.

Todavia, quando estiver corroborado por outras provas diretas e circunstanciais, como a confissão extrajudicial do réu, pode legitimar o convencimento do julgador para condená-lo. Nesse sentido: *RT*, 542:433 e 630:323; *JTACrimSP*, 50:313, 66:29 e 67:343.

2.3.2.4. Impressões digitais

Por último, Bertillon fez incluir em sua ficha as impressões digitais, embora conferindo-lhes inferioridade comparativamente à antropometria.

2.3.3. Dactiloscopia

De origem grega (*daktilos*, dedos; *scopein*, examinar), tem hoje consagração universal.

A dactiloscopia estuda as impressões digitais, que são vestígios e marcas deixadas pelas polpas dos dedos graças à substância gordurosa secretada pelas glândulas sebáceas em quase todos os locais de crime e em objetos os mais variados, como a superfície lisa de vidros, espelhos, copos, móveis, louças e faianças, armas, facas, frutas, folhas de plantas, luvas. Interessa, portanto, diretamente à Justiça, para apontar autor de delito pela impressão digital deixada em local de crime, reincidências etc.

O método baseia-se na existência, na polpa dos dedos, de desenhos característicos, individuais, formados pelas cristas papilares na derme.

Locard registra três propriedades altamente valorizantes dos desenhos papilares: perenidade, imutabilidade e variedade.

a) *Perenidade* — Os arabescos formados pelas cristas papilares na polpa dos dedos, na palma das mãos e na planta dos pés surgem no sexto mês de vida intrauterina, ou antes, conservando-se durante toda a vida e até depois da morte, desde que a pele esteja intacta, sendo destruídos apenas pela putrefação. Nesses casos, muitas vezes ainda é possível determinar a identidade pelas impressões digitais, quando o perito dispõe de resquícios de pele da polpa dos dedos.

As impressões digitais são perenes, isto é, não mudam com o passar dos anos, como ocorre com o organismo em geral, apresentando o adulto e o velho os mesmos desenhos que tinham ao nascer.

b) *Imutabilidade* — Queimaduras de 1.º e 2.º graus, aplicação de acetona, formol e corrosivos, atritos da pele determinados por profissões, limagem dos dedos não destroem as cristas papilares, bastando 48 horas de repouso para que as impressões reapareçam, sem que tenham sofrido qualquer alteração.

Autores há que asseguram que certas doenças, como a paroníquia, ou panarício de Morvan (infecções supurativas que se localizam no tecido subcutâneo das falanges proximais dos quirodáctilos, junto às unhas), e a lepra, são capazes de destruir progressivamente as cristas papilares. Leonídio Ribeiro demonstrou que realmente a lepra e determinadas dermatoses são capazes não de destruir, mas de alterar os desenhos papilares, a sua forma primitiva sendo, todavia, restaurada com a cura. Dessa maneira, as impressões digitais são indestrutíveis no vivo, não se modificando pela vontade, nem patologicamente, reaparecendo sempre como eram; são, portanto, imutáveis.

c) *Variedade* — Os desenhos das cristas papilares são individuais, não tendo sido encontradas até hoje, em milhares de fichas dactiloscópicas, duas impressões digitais idênticas. Ainda mais: nos dedos de um mesmo indivíduo elas não são iguais. São a individualidade e a imutabilidade que conferem ingente valor à dactiloscopia. Os gêmeos univitelinos podem apresentar desenhos semelhantes, mas nunca absolutamente iguais. Dois indivíduos podem ter a mesma ficha dactiloscópica, isto é, de classificação semelhante; nunca, entretanto, serão idênticas. O exame minucioso aponta diferenças significativas, pois, se assim não fosse, o método perderia todo o interesse prático. Semelhança não é sinônimo de identidade, havendo sempre *pontos característicos*, peculiares a cada desenho, presentes em toda impressão papilar (ilhotas, linhas cortadas, forquilhas, bifurcação e encerro), que permitem fazer-se a distinção. Para estabelecer a identidade basta serem evidenciados de doze a vinte desses acidentes nas cristas papilares, situados homologamente em duas impressões digitais e sem nenhuma discrepância.

2.3.3.1. Sistema decadactilar de Vucetich

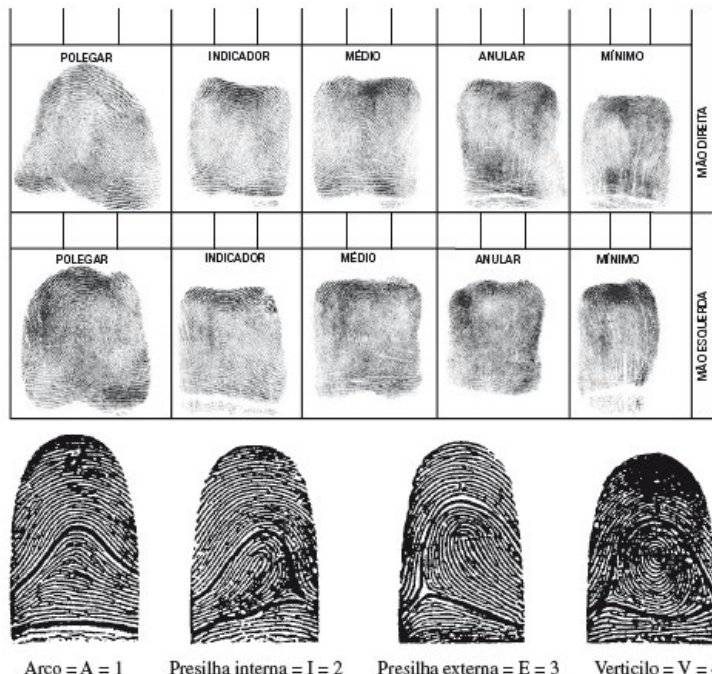


Figura 15

As linhas papilares da face volar das falanges agrupam-se em três sistemas: basilar, marginal e nuclear ou central, consoante topografia. Essas linhas se dispõem em ângulos obtusos envolvendo o núcleo central da impressão digital formando o *delta* — letra grega que tem a forma de triângulo isósceles —, base da classificação do sistema estudado. A presença ou ausência do delta na impressão digital caracteriza no sistema de Vucetich os quatro tipos fundamentais: arco, presilha interna, presilha externa e verticilo. Assim:

- a) *arco* — não tem delta;
- b) *presilha interna* — o delta situa-se à direita do observador;
- c) *presilha externa* — o delta situa-se à esquerda do observador;
- d) *verticilo* — é a figura que tem dois deltas, as linhas papilares descrevendo círculos concêntricos no centro da falange.

Os arcos são encontrados em 5%, as presilhas em 60% e os verticilos em 35% dos casos, aproximadamente.

O registro da *individual* ou *fórmula dactiloscópica* emprega convencionalmente letras maiúsculas — A, I, E, V — para os polegares e números — 1, 2, 3, 4 — para os demais dedos das mãos. Dessa forma:

- arco — A ou 1;
- presilha interna — I ou 2;
- presilha externa — E ou 3;
- verticilo — V ou 4.

Por exemplo: escreve-se A para um arco no polegar; nos demais dedos, 1 (hum).

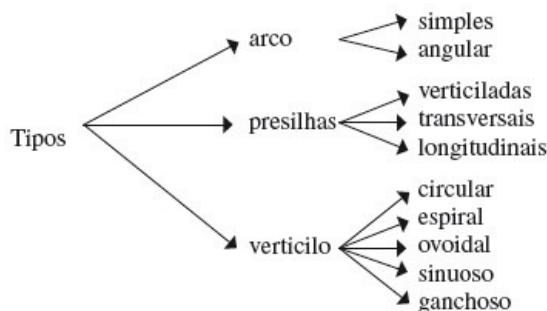
Quando o desenho papilar for impossível de classificação, deformado por cicatrizes e nas malformações, escreve-se X; e, na falta parcial ou total do dedo, 0 (zero).

A *individual dactiloscópica* compõe-se de duas partes: a *série*, que se escreve acima do traço de fração, no numerador, dada pela mão direita, e a *seção*, no denominador, formada pelos desenhos dos dedos da mão esquerda. A *série* compreende a *fundamental*, que corresponde ao polegar direito, e a *divisão*, aos demais dedos da mão direita. A *seção* subdivide-se em *subclassificação*, polegar esquerdo, e *subdivisão*, que corresponde aos demais dedos da mesma mão.

Destarte, a *série* é constituída por todos os dedos da mão direita, a *fundamental* correspondendo à letra maiúscula do polegar direito e a *divisão* aos números dos demais dedos da mesma mão. Todos os dedos da mão esquerda constituem a *seção*, sendo a *subclassificação* dada pela notação literal do polegar esquerdo e a *subdivisão* pelos números correspondentes aos demais dedos da mesma mão.

Dactilograma é a impressão de um dedo; a impressão registrada dos dez dedos constitui a *individual dactiloscópica*, classificação que recebe para arquivamento a respectiva *fórmula dactiloscópica*.

Vucetich dividiu os quatro tipos fundamentais em subtipos:



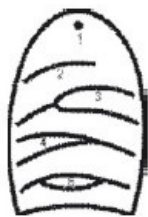
Diz-se simples o arco apenas curvo, e angular quando a curva quase se fechar em ângulo. Os subtipos de presilhas e verticilos definem-se pelo próprio nome.

Dada, no entanto, a possível ocorrência de individuais dactiloscópicas semelhantes, pesquisam-se, ainda, por aumento fotográfico, o número de linhas no mesmo quirodactilo, as cicatrizes, os acidentes naturais, a poroscopia e os *pontos característicos*.

Os *pontos característicos* compreendem a *ilhota*, representada por um ponto ou fragmento de papila; a *linha cortada*, fragmento de papila maior do que a *ilhota*; a *forquilha*, papila que se separa em ângulo agudo; a *bifurcação*, papila separada em ângulo curvilíneo; e o *encerro*, duas papilas unidas por suas extremidades.

Doze a vinte *pontos característicos* situados homologamente em duas impressões digitais identificam inapelavelmente o indivíduo, como foi dito.

Se necessário, estuda o papiloscopista os poros (sistema poroscópico de Locard), que se apresentam como pequenas áreas contrastantes nas *linhas negras* das cristas papilares, e o conjunto das *linhas brancas* dactiloscópicas (albodactilograma), que se contam nos espaços entre elas.



Pontos característicos

Para arquivar a ficha dactiloscópica, observa-se em primeiro lugar a *fundamental* e depois a *divisão*, contidas na série. Ato contínuo, a *subclassificação* e depois a *subdivisão* da seção, obedecendo, inclusive, ao que indicam as cores (A = branco; I = azul; E = róseo; V = verde) dos cartões.

As impressões digitais deixadas nos locais de crime podem ser *visíveis*, *semivisíveis* ou *latentes*.

Visíveis são as impressões digitais facilmente percebidas a olho nu. Dispensam, para serem visualizadas, tratamento ou desenvolvimento com reagentes.

As *invisíveis* ou *latentes*, para serem vistas, requerem um trabalho técnico de preparação ou desenvolvimento pelo emprego de reagentes como o carbonato de chumbo, o grafite, o alumínio em pó, o pó de bronze, o *Pongekouk-vermeillion japonês* etc.

O carbonato de chumbo é utilizado para desenvolver impressões digitais latentes em superfícies de granito, mármore, plásticos de cor escura, vidro, madeira envernizada ou pintada a esmalte.

Emprega-se o grafite em pó para evidenciar impressões digitais *latentes* em superfícies metálicas.

O alumínio e o bronze em pó tornam visíveis impressões digitais *latentes* em superfícies esmaltadas brancas, ferro ágata e louça branca, plásticos e papel couché brancos.

O *Pongekouk-vermeillion japonês* serve para arabescos digitais *latentes* em papel.

Pulverizada cuidadosamente a superfície-suporte dos desenhos digitais, o pó em excesso é removido com um pincel de pelos de marta, de cerdas longas, o que faz aparecer, de forma perfeitamente visível, os arabescos *latentes*. A seguir, são fotografados com luz oblíqua, o que constitui uma garantia quase completa de sucesso absoluto, na fase de comparação. Por motivos óbvios, deve o perito autenticar as impressões digitais fotografadas. Muita vez, as marcas digitais assentam-se em locais que tornam a sua transferência, por meio de fotografia, sumamente difícil devido às dificuldades de ângulo. Nesse caso elas serão transferidas para uma fita gomada tipo “durex” (chamada “tape” no jargão policial), aplicada sobre a superfície-suporte, sendo, posteriormente, colada numa cartolina para facilitar o transporte.

Identificação de cadáveres

Quando o óbito for recente e a polpa digital nenhuma modificação tiver sofrido, o legisperito movimenta energicamente a articulação do punho e depois dos dedos, a partir do polegar, objetivando vencer a rigidez cadavérica, se esta não for muito intensa, e procede à tomada das impressões dactiloscópicas pela técnica usual no vivo.

De modo idêntico obra o experto para remediar o encarquilhamento da pele, quando a putrefação não for muito avançada. Em caso de decomposição avançada, a epiderme destaca-se. Sua face interna, previamente endurecida por formol, pode ser fotografada, com o fito de imprimir na película as cristas papilares ainda que estejam quase desaparecidas. Ademais, calça o perito, nas extremidades de seus dedos enluvados por borracha, os fragmentos da pele, entintando-os e efetuando a colheita das impressões digitais numa ficha dactiloscópica comum.

No afogamento, a imersão prolongada provoca o emurhecimento dos dedos. A injeção subdérmica no centro da falangeta e periunguealmente de um líquido inerte, como a glicerina, a parafina líquida ou outras substâncias, reconstitui a forma ovalizada da extremidade digital, permitindo o entintamento e a tomada das impressões.

No cadáver macerado ou em adiantado estado de putrefação é possível, ao dactiloscopista, efetuar a tomada das impressões digitais. Na maceração a pele destaca em autêntica “luva”, com as unhas, inclusive. O competente, após calçar luvas de borracha, coloca a pele em “dedais” em seus próprios dedos, entintando-a e colhendo as impressões digitais. Na putrefação recorta a pele circularmente, ao nível da parte média das falanginhas, e procede como na maceração.

É possível ao experto colher impressões digitais na ausência da epiderme. A derma tem os mesmos desenhos papilares que a epiderme. Endurecida a derma com 70% de formol e 30% de glicerina obter-se-ão dela impressões digitais idênticas às da epiderme, por *pouso* e *rolamento* sobre papel. Como as papilas da derma apresentam grandes depressões onde se localizam os canais excretores das glândulas sudoríparas e das glândulas sebáceas, conferindo aspecto de linhas duplas à impressão das cristas papilares, isto pode levar ao erro do dactiloscopista menos avisado.

2.3.3.2. Impressões plantares

As pegadas são pouco frequentes, quase sempre isoladas, encontradas em bases muito variadas (areia, terra, asfalto, assoalho encerado ou envernizado, papel), no local do crime, mostrando ou não relevo, consoante a maleabilidade do suporte. Elas nem sempre são identificáveis, ou porque lhes faltam elementos particulares, ou porque a base não maleável não permitiu uma impressão suficientemente nítida das particularidades da planta dos pés ou da sola dos calçados. Neste caso, o levantamento das pegadas deverá ser feito através de fotografia, com iluminação oblíqua e a indispensável escala de referência. Se, ao contrário, as pegadas (ou seus traços) estão em relevo, pode-se tirá-las por moldagem após convenientemente fotografadas.

“A identificação, ainda nesse caso, será baseada na descoberta e na comprovação de particularidades comuns ao traço e à sola suspeita. Assim, no caso de sapatos com sola pregada, a disposição, o desgaste ou a ausência de pregos podem constituir detalhes de informação. No caso de sapatos com solas moldadas, as mais diversas irregularidades permitem inúmeras estimativas. E mesmo quando a identificação formal do sapato for impossível (é o caso de um fragmento de traço feito por uma sola de borracha, cujo relevo não apresenta particularidades suficientes), o exame da disposição relativa dos relevos permitirá muitas vezes precisar pelo menos o número desse sapato, pois se, numa mesma fabricação, os desenhos são idênticos, sua disposição varia em função do tamanho” (Jean-Jacques Daetwyler, professor da Universidade de Berna, Suíça).

Um ou vários corpos estranhos, presos acidentalmente à sola de um calçado, ou até um simples furo, podem contribuir para a sua identificação.

É bem de ver que de uma pegada muita vez se poderá esperar alguma informação, servindo eventualmente para identificar criminosos.

A maior utilidade da impressão plantar deverá ser, no entanto, a identificação rotineira e obrigatória dos recém-nascidos, nas maternidades, em substituição às pulseiras nominativas convencionais, para evitar possível troca de crianças.

O inciso II do art. 10 da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, obriga os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, a “identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente”.

“Art. 229. Deixar o médico, enfermeiro ou dirigente de estabelecimento de atenção à saúde da gestante de identificar corretamente o neonato e a parturiente, por ocasião do parto, bem como deixar de proceder aos exames referidos no art. 10 desta lei:

Pena — detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

Parágrafo único. Se o crime é culposo:

Pena — detenção de 2 (dois) a 6 (seis) meses, ou multa.”

A classificação das impressões plantares se faz conforme Wilder e Wentwert.

Os desenhos das cristas papilares e plantares, como todo bom método de identificação, atendem aos requisitos fundamentais exigidos nos elementos sinaléticos: unicidade, imutabilidade, praticabilidade e classificabilidade.

1) *Unicidade* — os elementos sinaléticos, isolados ou em conjunto, devem efetivamente permitir a distinção de um indivíduo dos demais.

2) *Imutabilidade* — os elementos sinaléticos não sofrem nenhuma modificação por doenças, idade, fatores mesológicos etc.

3) *Praticabilidade* — os elementos sinaléticos devem ser facilmente obtidos, dispensando mão de obra onerosa e/ou especializada.

4) *Classificabilidade* — os elementos sinaléticos devem ser facilmente classificáveis, facilitando o arquivamento e a sua localização, quando necessário.

2.3.3.3. Digitofotograma

Digitofotograma (dígito, dedo; fotograma, prova fotográfica pela aplicação de um negativo numa superfície sensível, com intervenção da luz) é nome que propomos como justa homenagem ao culto pesquisador Dr. Antônio Lázaro Valeriani Marques, insigne professor de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, na cidade de Bauru, idealizador dessa nova técnica para a tomada de impressões digitais.

Transcrevemos, prazerosamente, com sua permissão, *ipsis verbis*, trabalho publicado por esse digno colega e patologista clínico, no *Jornal de Patologia Clínica*, ano IX, n. 135, 1987:

“Há muitos anos (1962), Terêncio De Las Aguas, J., apresentou na Revista de Leprologia Fontilles 5(6):619-624, 1962, uma pesquisa: ‘Método gráfico para o estudo dos pés e das mãos dos doentes de lepra’. O procedimento foi chamado de Fotomanograma e Fotopodograma e consiste em aplicar a palma da mão e a planta

do pé impregnados com líquido revelador de chapa radiográfica, sobre placa (chapa) radiográfica, previamente velada. Posteriormente, fixa-se e lava-se. Esses vestígios são o reflexo fiel das alterações neurais, motoras e tróficas das mãos e pés frequentemente afetados nesta doença.

‘Nós procuramos adaptar esta metodologia ao estudo dos dermatóglifos para aplicação na área Citogenética e na área de Medicina-Legal, e mesmo na área policial.

A técnica é a seguinte:

a) Material necessário:

1 — chapas de raios X do tipo odontológico (periapical) *já expostas à luz*. Muito econômico porque pode aproveitar aquelas que seriam eliminadas por estarem veladas;

2 — revelador radiológico;

3 — fixador radiológico;

4 — algodão hidrófilo.

b) Elaboração:

1 — embeber uma porção de algodão hidrófilo no revelador;

2 — umedecer a polpa digital com o algodão assim preparado;

3 — colocar o(s) dedo(s) sobre a chapa radiológica, apoiada sobre uma superfície plana, e exercer ligeira pressão;

4 — após 30 a 60 segundos, mergulhar a chapa diretamente no fixador;

5 — depois de seca, a chapa poderá ser montada em moldura própria para diapositivos com leve adaptação.’

Digitofotograma é novo método de tomada de impressões digitais, prene de vantagens:

— extremamente prático, não exige mão de obra especializada, o que barateia o custo operacional;

— é, também, extraordinariamente econômico, pois utiliza película radiográfica apical previamente velada, vale dizer, inútil para a prática odontorradiológica;

— emprega quantidade mínima de revelador e de fixador radiológicos;

— o tempo máximo despendido não excede de 2 minutos;

— não emporcalha as mãos;

— permite nítida ampliação em papel fotográfico;

— em projeção didática visualiza-se com a mais perfeita clareza os mínimos detalhes e nuances inerentes às impressões digitais, *in exemplis*, pontos característicos (ilhota, linha cortada, bifurcação, forquilha, encerro, confluência, fim de linha, começo de linha, anastomose ou haste ou *crochet*), acidentes naturais, cicatrizes, número de linhas das cristas papilares, o espaço entre elas, porosopia etc.



Urge, por isso, seja esse tão prático e econômico método adotado nas faculdades de Direito e de Medicina e nas Academias de Polícia, para fins didáticos, e nas delegacias policiais de todo o País, objetivando a elaboração de individuais dactiloscópicas indispensáveis à identificação de delinquentes, estelionatários, reincidentes etc.

Este novo método de identificação pode ser considerado uma variante técnica do processo preconizado por Lemos Monteiro: ‘emprego de papel fotográfico velado’, com umedecimento das polpas digitais por revelador fotográfico, sendo as impressões assim colhidas fixadas nos moldes habituais, para a identificação de recém-nascidos, nas maternidades”.

CAPÍTULO 3

O Alcoolismo e a Lei

Sumário: 3.1. Conceito de alcoólatra, segundo a OMS. Ação do álcool sobre o sistema nervoso central. Estado psicológico do alcoolista. 3.2. Bebidas alcoólicas e suas variedades. 3.3. Classificação de alcoolismo. 3.3.1. Embriaguez. 3.3.2. Embriaguez patológica. 3.3.3. Diagnóstico da embriaguez. 3.4. Fatores que aceleram ou retardam a instalação da embriaguez. 3.5. Alcoolismo crônico. 3.5.1. Delírio alcoólico. 3.5.2. Alucinação auditiva aguda. 3.5.3. Depressão alcoólica aguda. 3.5.4. Psicose de Korsakoff. 3.5.5. Delírio de ciúmes. 3.5.6. Epilepsia alcoólica. 3.5.7. Delírium tremens. 3.5.8. Demência alcoólica. 3.6. A embriaguez e a lei.

3.1. Conceito de alcoólatra, segundo a OMS. Ação do álcool sobre o sistema nervoso central. Estado psicológico do alcoolista

Alcoolismo é termo que designa as anomalias clínicas resultantes de intoxicações exógenas pelo consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas.

A causa real do alcoolismo é desconhecida, acreditando-se ser o alcoólatra portador de uma predisposição de caráter estritamente individual, posto que nem todos os que bebem se tornam viciados, na qual medra grave transtorno psicoemocional, e. g., alguma necessidade psíquica fundamental de autoafirmação, de alívio de tensão e segurança, que só se satisfaz pela ingestão de bebidas alcoólicas.

A instalação do alcoolismo se processa, conforme os Relatórios Técnicos da Organização Mundial de Saúde e dos Comitês Técnicos da Saúde Mental e sobre o Álcool e Alcoolismo, em quatro fases:

I — *fase pré-alcoólica sintomática ou fase alfa de Jellinek*: dura de meses a dois anos. Inicia-se pelo uso social (bailes, festas, comemorações, aperitivo pré-pandeiro, *drinque* com amigos, à saída do trabalho), e a gratificação sentida após a bebericagem;

II — *fase prodrômica ou beta de Jellinek*: instalação do hábito de beber escondido acompanhado de sentimentos de culpa, vergonha, agressividade, e súbitas perdas de consciência, com períodos de amnésia consecutiva ou não;

III — *fase crucial ou gama*: o consumo do álcool se torna exagerado, o comportamento agressivo, abandono do trabalho e atritos com os familiares, negligência na higiene pessoal, descontrole esfinteriano e diminuição da atividade sexual. Nesta fase ainda podem ocorrer períodos de remissão com eventuais recidivas;

IV — *fase crônica*: decadência progressiva do indivíduo, física, psíquica e social, e, algumas vezes, psicose alcoólica, com apresentação do *delírium tremens* e de alucinações visuais.

A Organização Mundial de Saúde define o alcoólatra “como o bebedor excessivo, cuja dependência chegou ao ponto de lhe criar transtornos em sua saúde física, ou mental, nas relações interpessoais e na sua função social e econômica e que, por isso, necessita de tratamento”.

A ingestão imoderada de bebidas alcoólicas ou de substância de efeitos análogos provoca em sociedade problemas gravíssimos, de ordem conjugal, familiar, econômica e policial ou judiciária, de saúde física e psíquica etc.

Esses problemas condensam três categorias: médica, psicológica e sociológica. O problema médico compreende o diagnóstico e o tratamento de todas as doenças relacionadas com o uso abusivo de bebidas alcoólicas. O problema psicológico implica a compreensão dos motivos que levam o indivíduo a beber em excesso, não ignorando que esse mau hábito, em algum período, causar -lhe-á doenças físicas e/ou mentais e dano irreparável à sua família. O problema sociológico concerne aos efeitos negativos (o alcoólatra além de dilapidar seus haveres lega degenerescência à sua prole e tendência à embriaguez) que a ingestão crônica do álcool determina sobre a família e a sociedade; o alcoolista torna-se alvo de chacotas, traduzidas por expressões chulas como “pé de cana”, “beberrão”, “cachaceiro”, “esponja”, “alambique”, “tá fazendo dois quilômetros por litro”, “bebum”, “pau-d’água” etc.

O etilismo é, desse modo, tão nocivo para a saúde e a sociedade quanto os entorpecentes e a nicotina do tabaco. Nada obstante, não é proibido pela legislação vigente, a qual, todavia, prevê punição para as consequências advindas da ingestão imoderada de bebidas alcoólicas ou de substância de efeitos análogos (art. 28 do CP), ou de pequenas doses, *in exemplis*, na embriaguez patológica (art. 26 ou seu parágrafo único do CP). Talvez tal se deva ao fato de ser tão antigo o uso de bebidas alcoólicas que a tradição impede a sua proibição total e peremptória.

A intoxicação alcoólica é fenômeno universal que começa pelo uso social e pelo hábito e termina por dependência psíquica e orgânica, ou seja, pelo vício, pois o bebedor ocasional pode tornar-se, com facilidade, bebedor contumaz de líquidos contendo álcool etílico.

A supressão brusca da bebida determina, no alcoólatra, a “síndrome de abstinência”, que é um quadro agudo de contrações musculares, agitação extrema, vômitos incoercíveis ou perniciosos, alucinações visuais e auditivas, acompanhadas de intenso terror.

Ocorre o mesmo em alguns casos de supressão do ópio e de seus derivados.

Registramos, de passagem, que a síndrome de abstinência é modalidade de transtorno mental codificada sob o n. 292.0/3, na Classificação Internacional de Doenças.

E que a prova de Lexington, empregando a nalorfina, desencadeia a síndrome de abstinência nos dependentes de morfina.

A Medicina e a Toxicologia afirmam que o álcool é depressor do sistema nervoso central. Os efeitos iniciais de aparente estimulação devem-se a uma inibição central por ação cortical direta; os efeitos tardios são consequentes da depressão da inibição central a outras partes do sistema nervoso. O álcool é, pois, depressor e não estimulante do sistema nervoso central, como pensam os menos avisados, observando a fase inicial de excitação do indivíduo que, após ingerir certa porção de *alkohol*, torna-se alegre, otimista e loquaz, proferindo inconveniências, por enfraquecimento da força dominadora do automatismo (*in vino veritas*), determinada pela paralisia alcoólica dos centros cerebrais mais hierarquizados, inibidores do mesmo, localizados na corteza cerebral, e só posteriormente refletindo sobre as funções inferiores. Ademais, como a depressão do sistema nervoso inicia-se pelos centros corticais superiores que controlam os inferiores, o automatismo é liberado, surgindo os atos impulsivos, as agressões, as inconveniências, os propósitos obscenos, a perda de autocritica, levando o bêbado a revelar segredos de sua vida íntima.

É o efeito depressor do álcool que explica por que todo ato motor — como permanecer na posição de sentido, o domínio da palavra e dos movimentos oculares — torna-se lento e inseguro. De igual modo, o álcool interfere negativamente sobre a função mental, alterando o aprendizado e diminuindo o poder de associação, atenção e concentração, dificultando, ainda, a formação de pensamentos e a capacidade de raciocinar concisamente e com clareza.

A ingestão de álcool diminui a rapidez e precisão dos reflexos, como se depreende da observação do aumento de até 40% dos erros dos datilógrafos, durante duas horas ou mais.

A crença popular de que o álcool é estimulante sexual é incorreta. A verdade é que, em pequenas doses, ele pode atuar como ansiolítico, inibindo a resposta condicionada, daí reduzindo ou abolindo os padrões aprendidos do comportamento socialmente aceito e que restringem a expressão normal ou a consecução dos desejos sexuais. Em grandes doses, porém, ou se bebericado com intemperança, inibe o álcool totalmente a resposta sexual.

Do ponto de vista psicológico, o alcoólatra justifica o hábito por um sem-número de desculpas: problemas de ordem moral, material e psicológicos, *in exemplis*, desilusões, ilusões, injustiças, desajuste conjugal, familiar, profissional, angústia, solidão, tensão emocional, em vez de admitir que a maior culpa ou responsabilidade, amiúde, só lhe cabe.

Sociologicamente, o maior prejuízo é o econômico, determinado pela improdutividade do alcoólatra com os consequentes danos à sua saúde, à sua mulher e a seus filhos e, secundariamente, pelo gasto despendido pelo Estado com a construção e manutenção de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, ou, à falta, outro estabelecimento adequado, e prisões, medidas essas, todos sabem, caras e insuficientes para erradicar ou atenuar tão grave problema social. Pois há de se ter em mente não ser fácil deixar de beber.

Há quem passe dois a três meses seguindo a norma de abstenção até que volta a embebedar-se e não mais abandona o vício. Outros, no entanto, após esse período isolado de maior ou menor grau de bebedeira retornam à abstinência, por sugestão de clínicos, de psiquiatras e do apoio familiar, corrigindo-se por longo tempo ou até definitivamente.

Na vertente, ouçamos K. A. Menninger (*The human mind*, New York, Knopf, 1947, p. 149): “Teoricamente, os alcoólicos, como outros neuróticos, são curáveis. Na prática, uma cura é extremamente difícil por uma razão: os alcoólicos raramente levam a sério o seu vício, e seu otimismo é tão contagioso que, frenéticos como os parentes costumam ficar durante ou imediatamente após um abuso alcoólico, são eles vencidos pelo otimismo do paciente e acreditam que ele vai cumprir seu juramento de nunca mais beber. O que não ocorre. O vício do álcool é uma doença muito grave, comparável com as psicoses”.

Em que pese decisão da Suprema Corte dos Estados Unidos da América do Norte, firmando entendimento no sentido de que o alcoolismo não é patológico, mas tão só um desvio consciente do comportamento, essa intoxicação sempre foi e deve ser considerada *doença*, pois a ingestão constante de álcool age sobre o organismo e a mente do viciado de modo devastador, diminuindo a sua capacidade perceptiva e causando a perda total de todo estímulo afetivo, impedindo-o de portar-se de acordo com os ditames sociais e tornando-o, amiúde, propenso à perpetração de crimes.

O alcoolismo é patologia classificada pelo Código Internacional de Doenças sob o n. 303.9/2.

Existem alcoólatras inatos, ou seja, que portam a doença desde o nascimento e que, posteriormente, se manifestará por um dos tipos de psicoses alcoólicas. Muita vez é, então, o alcoolismo *doença genética* e não necessariamente de origem exógena.

A despeito, existem curas, e muitas.

A literatura médica registra vários beberrões inveterados, internados em instituições especializadas e submetidos a longo e bem orientado tratamento, que

alcançaram completa recuperação, retornando ao convívio da família e da sociedade.

3.2. Bebidas alcoólicas e suas variedades

As bebidas alcoólicas, assim chamadas por conterem 0,5 a 75,5% de álcool etílico em volume, são obtidas por fermentação (vinhos, cervejas, cidra, cauím), desde a Antiguidade, sendo de teor alcoólico mais baixo que as demais, e por destilação em alambiques, das bebidas fermentadas (aguardente, conhaque, uísque, bagaceira, macieira, vodca, saquê, Mou-Taichiew); as alcoolizadas, como os vinhos do Porto, Madeira, Jerez, Marsala, Málaga, são bebidas fermentadas em que se adicionou, artificialmente, nova dose de álcool etílico.

a) Vinhos são o resultado da fermentação dos glucídios do mosto da uva contendo elemento amiláceo ou açucarado, susceptível de transformar-se principalmente em álcool etílico a expensas da diástase das células da levedura. O suco obtido pelo pisoteamento no lagar ou por amassamento mecânico contém 15 a 30% de açúcares que, desdobrados pelo processo de fermentação, originam partes iguais de anídrico carbônico e álcool etílico, além de uma série de ésteres aromáticos que conferem *bouquet* ao vinho. Dessa maneira, compreende-se que um mosto com 30% de glucídios produz vinho com teor alcoólico de 15%.

Conforme o procedimento de obtenção e a qualidade da uva, os vinhos naturais classificam-se em vinhos tintos ou vermelhos e vinhos brancos. O vinho *rosé* é o tinto que teve suspensão precocemente a sua fermentação.

Os vinhos tintos são obtidos de uvas negras, e sua cor é dada pelo corante pigmentar *enociano*, encontrado especialmente na casca da uva.

Os vinhos tintos distribuem-se em dois tipos essenciais: o tipo Bordeaux e o tipo Bourgogne. Os vinhos tintos tipo Bordeaux contém 9 a 10% de álcool etílico, sendo pouco alcoolizado. Recomendados por seu baixo teor alcoólico para a mesa, podem ser ingeridos em quantidade de 400 a 500ml, sem que comumente provoquem transtornos digestivos ou de outra índole, nos habituados. Os vinhos tintos tipo Bourgogne contém 12 a 18% de álcool etílico e maior teor de ésteres, sendo por isso menos recomendáveis aos neófitos que os anteriores.

Todo vinho tinto contém tanino, que é adstringente.

Os vinhos brancos procedem do mosto de uvas brancas ou de uvas negras sem envolturas (sem cascas). São obtidos pela fermentação do suco de uvas tipo Sauternes, Riesling e Semillon, sendo mais ácidos e de menor teor alcoólico do que os vinhos tintos — 8 a 12% — e não contém tanino. Diga-se o mesmo sobre o Champagne, vinho branco *brut* ou *demi-sec*, produzido originalmente na região de Champagne, na França, espumante pela adição de gás carbônico no engarrafamento, com 8 a 11% de álcool etílico.

Os vinhos ditos generosos ou cordiais, tipo Porto, Jerez, Marsala, Madeira, Málaga, são alcoolizados pela própria fermentação e por adição de álcool etílico (14 a 24%).

b) Cervejas contém lúpulo, malte e cevada. É produto de fermentação da cevada germinada — no Brasil, do arroz —, aromatizado pelo lúpulo. As cervejas claras e as escuras têm pouco teor alcoólico (3,2 a 3,5%, as comuns, e 3,5 a 4,5%, as tipo Pilsen), 4 a 5% de maltose e dextrina, peptonas, albuminas, ácidos orgânicos, glicerina e elementos amargos provenientes do lúpulo. As cervejas claras comuns têm 10 a 15% de açúcares, as tipo Pilsen apenas 5%, e as pretas, tipo Porter, próprias para serem ingeridas no inverno, 20 a 35%. Finalmente, de acordo com os vários graus de temperatura em que ocorre a fermentação, obtêm-se os diferentes tipos de cerveja.

Os vinhos fornecem 50 a 60 calorias por 100ml, e as cervejas, 40 a 50 calorias por 100ml.

c) Bebidas alcoólicas destiladas como a pinga, produto final da destilação do caldo da cana (garapa) em alambiques, apresentam teor alcoólico de 18 a 24% ou 43° GL. O uísque, a vodca, o Steinheger, o saquê, o Mou-Taichiew etc. têm graduação alcoólica de 40 a 50%.

3.3. Classificação de alcoolismo

O álcool ingerido em porções variáveis, sob influência de determinadas condições, age no organismo, notadamente no sistema nervoso, de modo prejudicial, produzindo desde a simples embriaguez até a psicose alcoólica.

A intoxicação alcoólica compreende:

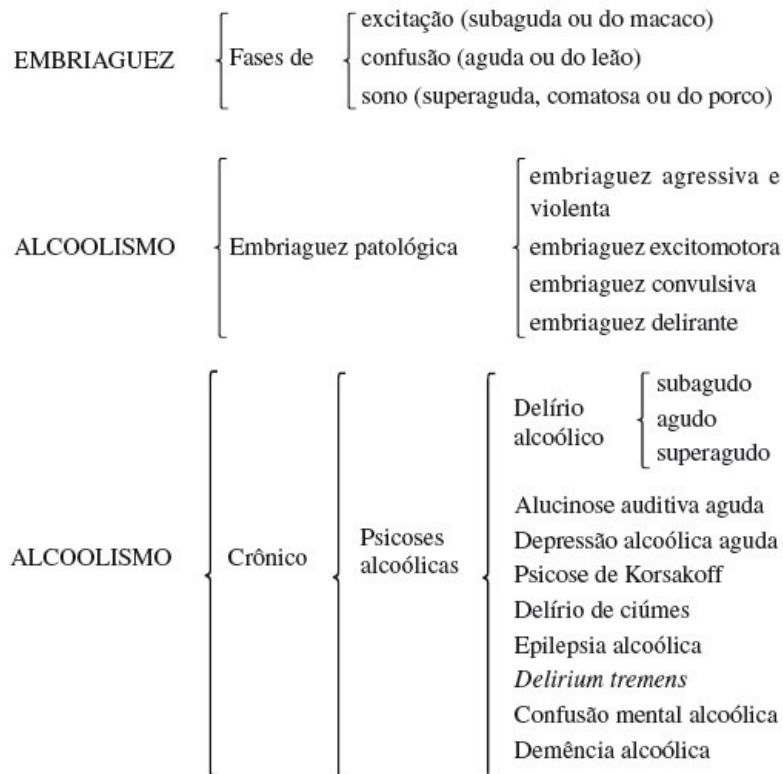
Os vinhos fornecem 50 a 60 calorias por 100ml, e as cervejas, 40 a 50 calorias por 100ml.

c) Bebidas alcoólicas destiladas como a pinga, produto final da destilação do caldo da cana (garapa) em alambiques, apresentam teor alcoólico de 18 a 24% ou 43° GL. O uísque, a vodca, o Steinheger, o saquê, o Mou-Taichiew etc. têm graduação alcoólica de 40 a 50%.

3.3. Classificação de alcoolismo

O álcool ingerido em porções variáveis, sob influência de determinadas condições, age no organismo, notadamente no sistema nervoso, de modo prejudicial, produzindo desde a simples embriaguez até a psicose alcoólica.

A intoxicação alcoólica compreende:



3.3.1. Embriaguez

É a intoxicação alcoólica, ou por substância de efeitos análogos, aguda, imediata e passageira.

A despeito da dificuldade, do ponto de vista médico, em reconhecer limite nítido de separação entre os períodos da embriaguez, usa-se habitualmente dividi-la em fases de excitação, ou subaguda, de confusão ou aguda e do sono, comatosa ou superaguda, correspondentes, respectivamente, às três fases — do macaco, do leão e do porco — da lenda árabe.

A primeira fase, de excitação, ou do macaco, é a embriedade subaguda, ou incompleta, em que o indivíduo torna-se irrequieto, buliçoso, loquaz, espigaitado, a consciência frenando-lhe os atos e determinando ainda comportamento social.

Na fase subaguda da embriaguez o indivíduo possui, ainda, consciência do que faz, repelindo-se, obviamente, a arguição de irresponsabilidade penal.

A segunda fase, de confusão ou do leão, é a que constitui periculosidade, tornando-se o ébrio insolente e agressivo, empregando desconexa linguagem de baixo calão, falando insultuosamente de imaginárias infidelidades e prevaricações da esposa e recriminações e ofensas morais a terceiros, alma vulgar despeada de procedimento social, inebriada com os fumos que lhe sobem à cabeça: desejos insaciáveis, apetites desordenados, vaidade, perversidade, fanatismo. Levados a custo para o leito, ou para o catre de cadeias públicas, no dia seguinte muitos não recordam do triste espetáculo da véspera; outros guardam lembrança do sucedido e juram, otimisticamente, que nunca mais beberão, para logo quebrarem a promessa, repetindo as vexatórias cenas no lar e no trabalho, até serem demitidos, desequilibrando o orçamento doméstico e criando mais motivos para angústia — e para se embriagar mais e mais. É a embriaguez completa.

Completa é também a embriaguez do terceiro período, de sono, do porco ou comatoso. Constitui perigo apenas para o ébrio, que, caído, chafurda resmoneando, inconsciente cochino, mergulhado em sono profundo, farrapo humano abastardado do caráter com seu próprio esforço, incapaz de delinquir.

É devida, amiúde, à intoxicação simples e não há dificuldade para o seu reconhecimento.

3.3.2. Embriaguez patológica

Reveste-se de importância médico-legal porque se manifesta nos descendentes de alcoólatras, nos predispostos e tarados e em personalidades psicopatas, desencadeando acessos furiosos e atos de extrema violência, mesmo sob ingestão de pequenas doses de álcool.

É de frisar-se, então, que ela depende do estado enfermo ou da anormal susceptibilidade do agente às pequenas doses de bebidas alcoólicas.

Trata-se de uma forma especial de intoxicação alcoólica aguda, geradora de transtornos psíquicos manifestados por formas que vão desde a excitação eufórica até o estupor e o coma alcoólico.

A embriaguez patológica compreende quatro tipos:

1) Embriaguez agressiva e violenta — o ébrio torna-se agressivo e violento, podendo mesmo cometer homicídios, “consumados com tal segurança que sugerem premeditação”.

2) Embriaguez excitomotora — o alcoólatra, inquieto, é acometido de raiva destrutiva seguida de amnésia lacunar.

3) Embriaguez convulsiva — impulsos destruidores seguidos de crises epiléptiformes.

4) Embriaguez delirante — delírios com ideias de autoacusação e de autodestruição, sobrevindo tendência ao suicídio.

Esses quatro tipos de embriaguez patológica são considerados reações individuais idiossincrásicas ao álcool etílico, independentes de consumo excessivo do mesmo e sem sinais neurológicos manifestos de intoxicação.

Esses indivíduos são extremamente perigosos, pois são neles comuns os impulsos em que agridem, produzindo toda sorte de lesões corporais, e matam, agindo inopinadamente com terrível violência. “Sob o efeito de pequenas doses de bebidas alcoólicas, são acometidos de explosões de fúria, v. g., aquilo que Bleuler chama ‘o aparecimento instantâneo do sentimento de ira’. Bastam para lhes evidenciar a periculosidade sua caracterização psicológica e o estudo acurado dos crimes que cometem.” Dessarte, é de se reconhecer-lhes a inteira incapacidade de entender o caráter criminoso do fato, o que os torna irresponsáveis por sua conduta. Provado o fato tipificado como ilícito e autoria, mas demonstrado, no laudo psiquiátrico, ter o *patients* cometido o delito em estado de embriaguez patológica, deve, por isento de pena (art. 26, *caput*, do CP), ser absolvido com base no art. 386, VI, do CPP, com imposição de medida de segurança, consistente em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou, à falta, em outro estabelecimento adequado (art. 96, I, do CP). Damásio E. de Jesus admite (*vide* quadro idealizado por esse notável penalista, à p. 108) a inclusão de alguns casos no parágrafo único do art. 26 do Código Penal.

3.3.3. Diagnóstico da embriaguez

A embriaguez não se presume (*ebrietas non presumitur, onus probandi incumbit alleganti*); diagnostica-se.

No vivo, o diagnóstico é feito por exame somatopsíquico e por exames laboratoriais e, no cadáver, pelo exame das vísceras e do sangue venoso.

O exame clínico somatopsíquico objetiva distinguir o alcoolista do doente ou do indivíduo em tratamento. Consiste na observação de miose ou de midríase, de taquisfigmia ou de bradisfigmia, de hipotensão arterial, temperatura, hálito alcoólico, congestão da face e dos olhos, sialorreia, vômitos cheirando a vinagre, soluços, que por si só pode ser seriamente enganador, sonolência, coma; atitude de excitação, confusão, depressão, loquacidade, arrogância; orientação no tempo e no espaço; memória; articulação de palavras em cuja composição entram muitas labiais, como paralelepípedos, fósforos, “terceiro regimento de artilharia”, “politécnico da escola politécnica”, “anticonstitucionalmente”, “o pinto pia” e “a pia pinga”; pesquisa da sensibilidade térmica e dolorosa; realização de testes, objetivando coordenação motora, como apanhar um pequeno objeto, dar corda num relógio, ou visando à marcha e ao equilíbrio (sinal de Romberg), além de buscar diligentemente sinais ou sintomas outros de doenças ou traumatismo capazes de aparentar embriaguez.

No que concerne ao equilíbrio, a atitude erecta exige perfeita coordenação de forças musculares. A incoordenação destas forças impossibilita ao indivíduo manter-se em equilíbrio, constituindo a ataxia estática. A ataxia estática pesquisa-se com o examinando postado com os pés juntos, como um soldado na posição de sentido: o corpo oscilará e o alcoolista não poderá manter o equilíbrio nessa postura. O sinal de Romberg deve ser pesquisado com o indivíduo livre de apoio, perfilando-se com os pés juntos e com os olhos fechados, porque a ataxia estática aumenta quando falta o recurso da visão. Pode ser positivado nos que padecem de labirintites, ou de afecções medulares, na fase aguda da embriaguez etc.

Para alguns acórdãos, o exame clínico é prova relativa e não absoluta (*RT, 429:430*).

A observação detalhada do comportamento do embriagado ao tempo do evento criminoso tem mais valor do que o registro simples de uma cifra qualquer indicada por análise bioquímica. Pois há etilistas com alcoolemia superior a 2ml por litro de sangue que se mostram em estado de normalidade. Por isso é que, com referência à embriaguez, se obriga o julgador a conjugar os elementos químico-periciais a circunstâncias constantes nos autos, pois que, como no exemplo, nem sempre a alcoolemia determinada é, só por si, suficiente para o diagnóstico, razão por que se admite sobre ela se sobreponham o exame clínico e, especialmente, a prova testemunhal.

O exame de dosagem alcoólica positivo pode ser invalidado pela prova testemunhal. Nesse sentido: *JTACrimSP, 11:180*.

Como reforço de argumento, sendo relativa, para cada indivíduo, a influência do álcool, prevalece a prova testemunhal, já que informa sobre as condições físicas do embriagado (andar inseguro, voz pastosa e incoerente, com dificuldade na articulação de palavras, sudação abundante) sobre o laudo de dosagem alcoólica. Por exemplo: “... entre a prova pericial, concluindo pelo estado de embriaguez, e a testemunhal, afirmando não estar o agente embriagado, deve prevalecer esta última sobre aquela” (Franceschini, *Jurisprudência Criminal*, n. 2.025).

A dosagem alcoólica no sangue venoso, pelos métodos de Nicloux ou de Widmarck, é a mais fiel e prática dos processos laboratoriais utilizados no diagnóstico da embriaguez.

O macrométodo de Nicloux consiste na oxidação a quente do álcool pelo bicromato de potássio em meio sulfúrico e na variação da coloração do amarelo ao azul-esverdeado, devido à formação de sulfato de cromo, cada mililitro da solução de bicromato empregada na reação química correspondendo a 0,001ml de álcool absoluto. Apropositaria notar-se, aqui, que o macrométodo quantitativo de Nicloux é útil para positivar a embriaguez em indivíduos quase normais ou normais, não podendo, todavia, ser aplicado com justeza qualitativa aos casos de embriaguez patológica, de vez que os que se encontram nesse estado reagem criminosamente com doses mínimas de álcool, como já foi dito, e são precisamente os mais perigosos. *In casu*, a dosificação de álcool excepcionalmente se fará no líquido cefalorraquidiano.

O micrométodo de Widmarck baseia-se na oxidação do álcool pelo bicromato de potássio, o excesso deste sendo titulado pela iodometria, no momento em que o colorido azul do líquido examinado passa ao verde esmaecido.

O etanol e o metanol podem ser identificados pela técnica de *wintergreen*, e o álcool etílico pelo *screening test*.

São requisitos periciais para a colheita de sangue venoso para dosagem de alcoolemia a autorização da pessoa, ou de seu representante legal, e a identificação da amostra, uma parte suficiente da qual será, obrigatoriamente, guardada para a eventualidade de nova perícia (art. 170 do CPP). Supondo, todavia, que o réu se recuse a permitir a extração de sangue para exame de dosagem alcoólica (o que será consignado no laudo), não há que se negar ebriedade se os experts atestam a existência dos sintomas clínicos acima descritos.

O bafômetro utiliza o ar expirado que, num pequeno balão de borracha contendo ácido sulfúrico e permanganato de potássio, oxida o álcool, se existente nos pulmões, da reação álcool-bióxido de carbono resultando o descoloramento do permanganato de potássio.

Perante a estreita correlação entre a concentração de álcool no ar alveolar e no sangue circulante, está cientificamente demonstrada a eficiência do bafômetro na constatação da embriaguez (*JTACrimSP, 59:352*), salvo se o indivíduo vinha utilizando medicamentos de odor no hálito comparável ao álcool ou substância de efeitos inebriantes, que conferem, nesta espécie de exame, coloração positiva.

O emprego do bafômetro pelos patrulheiros rodoviários nas estradas possui valor quando corroborado por outros elementos de prova de embriaguez e desde que feito com autorização de quem tem capacidade de consentir.

A dosagem do álcool na saliva, no conteúdo gástrico, no liquor raquidiano e na urina tem menor precisão e não é usada no Brasil.

A alcoolemia pode ser dosada pelo exame de vísceras de cadáver que não apresenta nenhuma fase de putrefação, pois a mesma produz substâncias voláteis reductoras semelhantes ao álcool etílico (até 1%), o que pode falsear o resultado obtido.

Na vertente, vale ressaltar que os fragmentos de vísceras cadavéricas a serem submetidos a exame toxicológico analítico devem ser conservados, em geladeira, entre 0° e 4°C.

Nos casos de morte violenta, preconiza-se seja feita a dosagem de álcool nas vísceras, ou no sangue do hemicórdio direito (para evitar possível erro determinado pela difusão *post mortem* da bebida alcoólica do estômago para o coração), ou no sangue da veia femoral.

Na colheita de sangue venoso, no vivo, objetivando determinar o grau de alcoolemia, é vedado, obviamente, o emprego de álcool, álcool iodado, éter, mertiolate, para assepsia da pele; melhor será higienizá-la com água e sabão.

Importa saber que 0,5ml (0,37g) por 1.000ml de álcool absoluto circulando no sangue ocasiona intoxicação inaparente; 1ml (0,75g) por 1.000 ou 0,4mg por litro de ar expelido dos pulmões representa sério perigo para o trânsito, por diminuição da atenção e imprudência do motorista; 1 a 1,5ml (0,75 a 1,12g) por 1.000, causa embriaguez. Aqui, além da prova técnica, torna-se imprescindível o exame clínico somatopsíquico. A sua falta, todavia, será suprida por testemunhas idôneas, às quais a jurisprudência tem reconhecido validade para comprovar, ante a publicidade escandalosa da contravenção, o estado de embriaguez incompleta do agente. Entre 1,6 e 3ml (1,15 a 2,25g), a embriaguez é completa; com efeito, alcoolemia acima de 2ml por 1.000 desencadeia fenômeno de ataxia estática e/ou motora, confusão mental e anormalidades que autorizam reconhecimento de embriaguez completa. Entre 3 e 4ml (2,25 a 3g) por 1.000, reconhece-se embriaguez comatosa e, acima de 5 a 6ml (3,76 a 4,5g) por 1.000, êxito letal, por parada respiratória.

“O laudo pericial há de precisar a quantidade de álcool etílico por litro de sangue, pois, se apenas asseverar que a taxa é menor que a estabelecida pela Portaria 476/74 do CNT, a absolvição se impõe” (JTACrimSP, 61:318).

Nos acidentes de trânsito deve sempre ser pesquisada a alcoolemia em todos os condutores de veículos automotores envolvidos, em obediência ao disposto no art. 277 do Código de Trânsito Brasileiro, Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997, *in verbis*:

“Art. 277. Todo condutor de veículo automotor, envolvido em acidente de trânsito ou que for alvo de fiscalização de trânsito, sob suspeita de dirigir sob a influência de álcool será submetido a testes de alcoolemia, exames clínicos, perícia ou outro exame que, por meios técnicos ou científicos, em aparelhos homologados pelo CONTRAN, permitam certificar seu estado.

§ 1.º Medida correspondente aplica-se no caso de suspeita de uso de substância entorpecente, tóxica ou de efeitos análogos.

§ 2.º A infração prevista no art. 165 deste Código poderá ser caracterizada pelo agente de trânsito mediante a obtenção de outras provas em direito admitidas, acerca dos notórios sinais de embriaguez, excitação ou torpor apresentados pelo condutor.

§ 3.º Serão aplicadas as penalidades e medidas administrativas estabelecidas no art. 165 deste Código ao condutor que se recusar a se submeter a qualquer dos procedimentos previstos no *caput* deste artigo” (§§ 2.º e 3.º acrescentados pela Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008).

Já em seu art. 276, estipula a citada Lei: “Qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às penalidades previstas no art. 165 deste Código” (redação dada pela Lei n. 11.705/2008); enquanto o parágrafo único determina: “Órgão do Poder Executivo federal disciplinará as margens de tolerância para casos específicos” (redação dada pela Lei n. 11.705/2008).

A matéria veio tratada pelo Decreto n. 6.488, de 19 de junho de 2008, que regulamentou os arts. 276 e 306 da Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997 — Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito, *in verbis*:

“Art. 1.º Qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às penalidades administrativas do art. 165 da Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997 — Código de Trânsito Brasileiro, por dirigir sob a influência de álcool.

§ 1.º As margens de tolerância de álcool no sangue para casos específicos serão definidas em resolução do Conselho Nacional de Trânsito — CONTRAN, nos termos de proposta formulada pelo Ministro de Estado da Saúde.

§ 2.º Enquanto não editado o ato de que trata o § 1.º, a margem de tolerância será de duas decigramas por litro de sangue para todos os casos.

§ 3.º Na hipótese do § 2.º, caso a aferição da quantidade de álcool no sangue seja feita por meio de teste em aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro), a margem de tolerância será de um décimo de miligrama por litro de ar expelido dos pulmões.

Art. 2.º Para os fins criminais de que trata o art. 306 da Lei n. 9.503, de 1997 — Código de Trânsito Brasileiro, a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia é a seguinte:

I — exame de sangue: concentração igual ou superior a seis decigramas de álcool por litro de sangue; ou

II — teste em aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro): concentração de álcool igual ou superior a três décimos de miligrama por litro de ar expelido dos pulmões”.

Já a Resolução do CONTRAN n. 206, de 20 de outubro de 2006, consolidou em um único texto as informações referentes a todos os procedimentos de fiscalização de alcoolemia, estabelecendo os requisitos para certificar ou caracterizar o consumo de álcool ou substâncias de efeito análogo, assim como os procedimentos que deverão ser adotados pela fiscalização. Com base na Lei n. 11.275, que alterou a redação dos arts. 165, 276, 277 e 302 do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), introduzindo a possibilidade de serem utilizadas outras provas em direito acerca dos notórios sinais de embriaguez, o CONTRAN definiu as informações mínimas que deverão constar no auto de infração, tais como sonolência, hálito etílico, agressividade, exaltação, euforia, dispersão, dificuldade de equilíbrio, entre outros.

Sob a vigência do Código de Trânsito anterior, surgiu a discussão sobre a obrigatoriedade do uso do bafômetro no condutor de veículo automotor suspeito de estar alcoolizado, mesmo diante de sua recusa. Para nós, a solução era encontrada na Constituição Federal, mais especificamente nos direitos e garantias fundamentais individuais (art. 5.º, II), já que: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

Diante de tal situação, por absoluta ausência de previsão legal, a autoridade que obrigasse o condutor do veículo a realizar tal teste estaria praticando o delito de constrangimento ilegal, previsto no art. 146 do Código Penal.

Entretanto, o novo ordenamento de trânsito em seu art. 277 determina a obrigatoriedade do uso do etilômetro naquelas situações, suprimindo a lacuna legal anteriormente existente.

Não obstante tal permissivo legal, fica evidenciada nítida inconstitucionalidade do dispositivo nesse tópico, já que a intimidade da pessoa também é inviolável, devendo a prova da alcoolemia ser feita por outros meios admitidos em direito. Saliente-se, ademais, que ninguém está obrigado a produzir prova contra si mesmo. Da mesma maneira, não se tipificará o crime de desobediência para o condutor que se negar a utilizar o instrumento.

Por outro lado, também diante do permissivo legal, não mais haverá o delito de constrangimento ilegal para a autoridade que obrigar a pessoa a utilizar o bafômetro.

O ideal é que a autoridade *sugira* o uso do bafômetro, sem qualquer obrigação para a pessoa envolvida. Se ainda assim se recusar, será conduzida à presença do Delegado de Polícia para submeter-se ao exame clínico.

Ademais disso, a recusa do indivíduo em submeter-se ao exame clínico pericial a que não está obrigado e para cuja feitura não permite sequer a lei condução coercitiva, sendo, nessa hipótese, inaplicável o art. 201 do Código de Processo Penal, será a negativa consignada em documento próprio e o exame clínico somatopsíquico ou o laboratorial suprido, consoante o art. 167 do mesmo Código, por prova testemunhal coerente, idônea, à qual a jurisprudência tem reconhecido validade para comprovar, ante a publicidade escandalosa do delito, o estado de embriaguez do agente.

3.4. Fatores que aceleram ou retardam a instalação da embriaguez

Guardam relação direta com a plenitude e com a vacuidade gástrica. Desse modo, o álcool ingerido em jejum, ou após algumas horas da alimentação, é absorvido celeremente pelo estômago (80%) e o restante pelo intestino (20%). Após a ingestão de leite ou principalmente de alimentos gordurosos ocorre uma inversão: 20% do álcool é absorvido pelo estômago e o restante pelo intestino.

Na vacuidade gástrica pode-se detectar laboratorialmente o álcool no sangue cinco minutos após sua ingestão, com determinação da concentração máxima da alcoolemia cerca de meia a duas horas.

A água favorece a sua absorção.

Influenciam também o apressamento ou o retardamento do tempo de manifestação da embriaguez a resistência individual, o hábito ou “controle”, a quantidade e o percentual alcoólico da bebida ingerida, a maior ou menor rapidez com que a mesma é tomada, as indisposições transitórias (intoxicação alimentar, estados febris), ou durante o uso de certos medicamentos, como os tranquilizantes, hipnóticos etc.

O álcool absorvido é *carreado* pelo plasma sanguíneo, à intimidade de quase todos os órgãos da economia (rins, pulmões, cérebro, fígado, testículos) e do líquido raquidiano. Cinco minutos após ingerido, o álcool pode ser encontrado no sangue; entre trinta minutos e duas horas a alcoolemia é máxima, como já assinalamos. A sua eliminação é feita praticamente pelo fígado (menos de 2% o é pelos rins, pulmões e pele), por oxidação, da qual resulta acetaldeído e, logo após, ácido acético, óxido de carbono e água, em um ritmo constante (7 a 10ml por hora) independentemente da sua concentração no sangue. Desse modo, ao cabo de 24 horas, salvo em se tratando de álcool metílico, nenhum álcool se encontrará no sangue.

3.5. Alcoolismo crônico

É a intoxicação lenta e progressiva do organismo pelo uso habitual do álcool ou de substância de efeitos análogos, causadora, direta ou indiretamente, de quase todas as síndromes mentais, conhecidas por psicoses alcoólicas, nas quais ocorrem perturbações psíquicas nas esferas da volição, afetividade, atenção, idealização, senso-percepção, memória, autocensura, consciência e capacidade de julgamento.

O alcoolismo crônico é um estado mais ou menos fixo que resulta de alterações permanentes do sistema nervoso caracterizadas por uma redução da personalidade psicoética, perda do interesse afetivo, restringir do horizonte psíquico e indireta e não insignificante debilitação da inteligência, deixadas pela ação prolongada do tóxico, e que persiste mesmo estando este já eliminado.

3.5.1. Delírio alcoólico

Eclode em consequência de copiosos excessos (*delirium a potu nimio*) ou, ao contrário, pela supressão do álcool (*delirium a potu suspenso*).

Pode ser subagudo, agudo ou superagudo.

A fase subaguda, mais frequente que as outras e mais comum à noite, reveste-se de periculosidade porque o paciente, insone, irritado, agitado, angustiado por delírio terrificante, intenta a fuga de animais ferozes, de inimigos e cataclismos imaginários, reagindo bruscamente com violência à tentativa de embargar-lhe os passos.

A fase aguda é menos intensa, ocorrendo insônia e ideias delirantes de perseguição, de autoacusação e doenças imaginárias, sendo possível o suicídio.

Na fase superaguda ocorre saburrose das vias digestivas, náuseas, tremores, hiper-reflexia, atingindo a excitação o auge, entrando o alcoólista em estupor — estado de insensibilidade ao meio ambiente e confusão mental.

Esta é um estado de desagregação mental e desorientação quanto à pessoa, tempo e espaço, conseqüente a uma dissolução transitória ou permanente, aguda ou não, da personalidade e caracterizada pela lentidão dos processos intelectuais, perturbação dos processos ideativos e sínteses mentais, e erros na atenção, julgamento e raciocínio.

3.5.2. Alucinose auditiva aguda

Também cognominada loucura alucinatória dos bebedores (Kraepelin) e alucinose aguda alcoólica (Wernicke), é uma variedade de *delirium tremens* precipitada por excessiva libação alcoólica considerada como entidade nosológica distinta por possuir aspectos suficientemente característicos, que guarda relação com as psicoses endógenas (a esquizofrenia, principalmente) como expressão de reações psicogênicas.

Afeta somente os alcoólistas crônicos.

A manifestação primordial da doença é a alucinação auditiva com *sensorium* claro, de permeio com humor triste e aflitivo, a qual, como regra, é de natureza transitória, durando dias até duas semanas.

A recuperação total ocorre quando o paciente se convence de que as vozes que o reprochavam com palavras de baixo calão e acusações de homossexualismo num estado de consciência clara eram imaginárias, e pela capacidade para recordar sem nenhuma dificuldade o conteúdo de pensamentos anormais do episódio psicótico.

Cumprir advertir haver casos em que esta psicose converte-se em uma alucinose auditiva crônica de colorido temperamental, na qual os delírios auditivos tornam-se vívidos e persistentes, difíceis de elucidar e algumas vezes substituídos totalmente por ilusões paranoides indefinidas, lembrando esquizofrenia evolutiva.

A alucinose auditiva aguda não se continua na psicose de Korsakoff, como acontece com o *delirium tremens*, e só raramente pode ser complicada por ataques epilépticos.

Interessa ao Direito porque o acometido por esta forma de psicose alcoólica ouvindo as vozes em tom de menoscabo ou ameaçadoras reage agressivamente, agitado, furibundo, podendo praticar toda sorte de diatribes e intentar o suicídio.

“O portador da psicose, resultante de alucinação alcoólica, tem sua responsabilidade diminuída, nos termos do art. 22, parágrafo único, do CP (atual art. 26, parágrafo único)” (RT, 433:363).

3.5.3. Depressão alcoólica aguda

Manifesta-se após um período prolongado de intensa intoxicação pelo álcool por cefaleia, anorexia, insônia, sentimentos de inferioridade, de inutilidade e autodepreciação, instabilidade e sensibilidade emocional exageradas, sendo frequentes as crises de choro. Os intensos sentimentos de desprezo e rejeição, bem como a desvalorização da própria personalidade, podem levar o alcoólatra à autoeliminação.

3.5.4. Psicose de Korsakoff

É uma forma de polineurite desencadeada pelo consumo abusivo e crônico do álcool em pessoas mal alimentadas.

Existe uma forma pura — psicose de Korsakoff ou cerebropatia psíquica toxêmica — causada apenas pelo álcool, e uma outra não conectada com o alcoolismo — síndrome amnésico-confabulatório de Korsakoff —, originada por uma redução total na ingestão de alimentos, durante meses ou anos, na qual ocorre quadro amencial, amnésia e confabulação. Habitualmente, porém, a despeito dessa conotação específica, empregam-se os dois termos, indistintamente.

O paciente tem incapacidade para aprender ou reter ensinamentos novos, algumas vezes esquecendo o que lhe foi recentemente ensinado em questão de minutos. Há ocasiões em que a amnésia é a única manifestação perceptível da alteração mental, pois o paciente, embora aparentemente se comporte em sociedade como uma pessoa normal, tem a memória para os fatos recentes e passados de certa forma alterada praticamente em todos os casos. A confabulação — tipo de paramnésia em que o indivíduo preenche as falhas da evocação com experiências e vivências imaginárias, mas que ele acredita terem realmente ocorrido — por si só não deve diagnosticar a psicose de Korsakoff, já que se manifesta também em outras perturbações psíquicas alcoólicas. Parece dever-se a um transtorno da memória com surgimento de verborreia e amplificação de ocorrências que não guardam relação com a verdade e que tende a desaparecer com a volta à normalidade.

É mais frequente nos homens do que nas mulheres e só muito esporadicamente produz coma.

No seu início pode manifestar-se crise de *delirium tremens*.

Recuperável nos casos leves, é lenta e incompleta nos crônicos.

3.5.5. Delírio de ciúmes

Antes, convém frisar que delírio não é enfermidade, *sui generis*, mas o componente mental de um transtorno cerebral extenso de etiologia diversa (ingestão excessiva de álcool, de agentes tóxicos, comprometimento da vascularização cerebral, estados febris, síndrome de abstinência etc.). Embora sujeito a variações, no mesmo enfermo, de dia em dia ou de cada hora, linhas gerais, o delírio desencadeia, de 2 a 3 dias, um quadro de inquietude, irritabilidade, tremor, insônia, abulimia, obnubilação do sensorio, ilusões e alucinações, ideação falsa, verborreia, transtornos do ânimo e do afeto, taquicardia, sudorese, febre. Dessarte, o delirante identifica erroneamente uma pessoa, interpreta falsamente o significado de sons e das sombras que o rodeiam, rastreia a casa e o quintal à procura de pegadas do suposto amante da esposa, acredita estar jurado de morte, o que pode torná-lo truculento ou medroso.

O delírio de ciúmes é uma psicose paranoide que pode resultar do alcoolismo.

Interessa ao Direito porque gera impotência *coeundi*, insegurança, desconfiança, orgulho, ressentimento e dissensões conjugais, tornando-se o alcoólatra rixento e perigoso, podendo cometer crimes passionais (uxoricídio).

Shakespeare mostrou ter conhecimento da impotência *coeundi* causada por grandes doses ou, então, pequenas porções de bebidas alcoólicas, ingeridas continuamente, por período prolongado, quando o porteiro diz: “Quanto à luxúria, a bebida a incentiva e a reprime ao mesmo tempo; provoca o desejo, mas impede-lhe a execução” (*Macbeth*, Ato II, Cena III).

O delírio de ciúmes dos intoxicados crônicos pelo álcool surge como uma compensação do sentimento de inferioridade sexual de que são acometidos, motivo pelo qual manifesta-se periodicamente ou por ocasião de exacerbação das intemperanças.

Psicose de mau prognóstico, recidiva facilmente se o indivíduo volta a ingerir bebidas alcoólicas.

3.5.6. Epilepsia alcoólica

O álcool, notadamente a aguardente, pode ser causa de crises epilépticas, nos predispostos e nos portadores de epilepsia idiopática, epilepsia pós-traumática, epilepsia latente etc.

Alguns autores contestam a necessidade de uma “constituição epiléptica” para o desencadeamento das crises, nos bebedores crônicos, pois os chamados “ataques de aguardente” só se manifestam após várias semanas ou anos de intoxicação constante. E, observando nada haver que distinga dos ataques e dos equivalentes psíquicos da epilepsia idiopática as convulsões e os sintomas mentais da embriaguez patológica, opinam pela eliminação da classificação nosológica a epilepsia alcoólica, admitindo que o álcool não faz senão despertar ou pôr em relevo uma epilepsia latente.

É verdade que a maioria desenvolve as crises epilépticas pela primeira vez somente após muitos anos de ingestão de bebidas alcoólicas. Há casos, todavia, que ocorrem como fenômeno isolado ou como parte integrante do *delirium tremens* típico, nos quais manifestam-se os delírios entre 12 horas a 5 dias após o completo desaparecimento da *krisis comitalis*.

A epilepsia alcoólica que eclode como fenômeno isolado ou como parte do *delirium tremens* se faz amiúde acompanhar por estado comatoso de várias horas de duração.

Regra geral, na epilepsia alcoólica as crises epilépticas são do tipo do “grande mal”, ou seja, ataques motores generalizados com perda da consciência e desencadeadas após poucos dias de abstinência (*vide Síndrome de abstinência*).

Não se confunde a epilepsia alcoólica com a *degeneração primária do corpo caloso* (enfermidade de Marchiafava-Bignami), transtorno raro observado sobretudo nos degustadores de vinho de meia-idade e nos idosos, na Itália, manifestada especialmente por convulsões e demência.

3.5.7. “Delirium tremens”

Provocado pelas bebidas destiladas e principalmente pelo *absinto*, é um estado agudo manifestado por febre, astenia, confusão, agitação, angústia, alucinações visuais de animais asquerosos, como cobras, aranhas, escorpiões, passeando-lhes pelo corpo, visão de *gnomos* de colorido triste, estado hepatotóxico e tremores musculares intensos e descontrolados dos membros superiores, ou de todo o corpo.

O estado de excitação pode persistir por vários dias, durante os quais não é incomum o paciente deixar de alimentar-se, beber e dormir, sendo levado, por isso, à desidratação, à desidratação e a fazer edema cerebral com seu cotejo clássico: edema da papila, cefaleia e vômitos.

Limitada aos grandes bebedores, é o *delirium tremens* uma síndrome representada por um episódio psicótico agudo que se manifesta depois de um traumatismo ou fratura, durante o curso de uma infecção aguda ou nas tentativas feitas pelo alcoólatra de suprimir o álcool.

Há uma forma de *delirium tremens* com alucinações auditivas que se manifesta nos alcoólistas crônicos conseqüente à diminuição ou à suspensão da bebida. Transitória, leva o alcoólatra a ouvir vozes obscenas que os reprocham com impropérios e acusações principalmente de homossexualismo.

O *delirium tremens* não deve ser considerado um simples sintoma, nem sequer um tremor, mas, sim, uma síndrome muito particular, quando se observa a sintomatologia em seu conjunto, como a relação óbvia com o alcoolismo crônico, a vivacidade das alucinações e das ilusões, o curso clínico e o prognóstico, a proeminência dos tremores, conforme salientam Maurice Victor e Raymond D. Adams.

O *delirium tremens* dificilmente produz coma. O ataque comumente dura de 2 a 6 dias e pode ceder, na forma ordinária, pela administração de meio litro de whiskey, ao paciente. Foi por isso essa bebida empregada antigamente na suposição de que o *delirium tremens* fosse desencadeado por abstinência completa (*a potu suspenso*). É medida errônea, que não se deve incentivar por despida de fundamento e condicionar o surgimento de uma intransponível barreira psicológica no futuro tratamento desses pacientes.

O doente pode sair da crise de *delirium tremens* inteiramente recuperado ou numa *síndrome de Korsakoff*. A indicação mais segura do final do ataque é o aparecimento dos *intervalos lúcidos* e de sono profundo de 24 a 48 horas, com o paciente esquecido das ocorrências no período de delírio.

O índice de mortalidade é de 5 a 15%. *Mortis causae*: pneumonia, hipertermia, colapso circulatório periférico, causa desconhecida.

3.5.8. Demência alcoólica

Supremo grau de degradação humana em que o doente embrutecido por perversão do caráter apresenta *facies protatorum*, alienação do julgamento lógico, liberdade de apreciação e decisão, tremores da língua e dos dedos, parestesias dos membros inferiores, hiper-reflexia pupilar e impotência sexual e, no afã de conseguir dinheiro para o vício, torna-se bruto e ameaçador.

São *habitúes* de prisões, hospitais e hospícios, verdadeiros parasitas sociais a quem as medidas de segurança devem ser aplicadas rigorosamente.

Súmula 422 do STF: “A absolvição criminal não prejudica a medida de segurança, quando couber, ainda que importe privação da liberdade”.

Não se confunde a *demência alcoólica* com a *demência pelagrosa alcoólica* (“pelagra”). A história de alcoolismo crônico, das irregularidades na dieta, e a presença de *paralisia abducens bilateral*, o nistagmo, a ataxia da marcha e os transtornos nos nervos periféricos têm serventia no diagnóstico de *demência alcoólica*. A associação de dermatite do dorso das mãos e dos pés, a língua magenta e fissurada, a estomatite angular e a queilite e a diarreia auxiliam o reconhecimento de *demência pelagrosa alcoólica*.

3.6. A embriaguez e a lei

“... o ébrio com inteligência suprimida e vontade inexistente é uma criação da fantasia; ninguém jamais o viu no banco dos réus” (Battaglini, *Diritto penale*).

No que concerne à embriaguez e demais estados de inconsciência preordenados, aplicam os doutos penalistas a teoria da *actio libera in causa ad libertatem relata*.

O Código Penal em vigor faz diversas referências à embriaguez. Assim, dispõe o art. 28 que a embriaguez voluntária ou culposa, pelo álcool ou por substâncias análogas, não exclui a imputabilidade penal.

Embriaguez voluntária é a não consequente de caso fortuito ou força maior; será culposa quando o indivíduo ingeriu bebidas alcoólicas sem intenção de embriagar-se, mas sabendo ou devendo saber que, fazendo-o, inexoravelmente se embriagara. A embriaguez voluntária ou culposa causada pelo álcool ou por substâncias análogas, ainda que plena, e alcoólatra seja o agente, não elide a responsabilidade penal. A referência é quanto à embriaguez voluntária ou culposa, completa ou incompleta, não acidental; elas não excluem a imputabilidade penal.

“... § 1.º 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.

§ 2.º A pena pode ser reduzida de um a dois terços se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Embriaguez acidental proveniente de caso fortuito é a que ocorre quando o agente ignora que se está inebriando, seja por desconhecer que a bebida é alcoólica, seja por acreditar tenha a mesma pequena gradação alcoólica, seja por potencialização de dose alcoólica inócua ou por trabalhar em engenhos saturados de vapores alcoólicos, ou em cantinas por eles impregnados etc.

Embriaguez acidental proveniente de força maior é aquela desencadeada quando o indivíduo é forçado a ingerir bebidas contendo álcool.

A embriaguez acidental fortuita ou por força maior, completa, exclui a imputabilidade; a embriaguez acidental fortuita ou por força maior, incompleta, não exclui a responsabilidade penal; todavia, por diminuir a capacidade de entendimento ou de querer do agente, motiva atenuação da pena.

A embriaguez admite a aplicação do seguinte quadro, de autoria de Damásio E. de Jesus, indicativo dos artigos referentes às hipóteses:

1. NÃO ACIDENTAL	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">A) Voluntária</td> <td style="vertical-align: middle;"> <table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle;">B) Culposa</td> <td style="vertical-align: middle;"> <table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	A) Voluntária	<table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> </table>	a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)	b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)	B) Culposa	<table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> </table>	a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)	b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)
A) Voluntária	<table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> </table>	a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)	b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)						
a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)									
b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)									
B) Culposa	<table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)</td> </tr> </table>	a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)	b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)						
a) completa — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)									
b) incompleta — art. 28, II (não exclui a imputabilidade)									
2. ACIDENTAL PROVENIENTE DE	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">A) Caso fortuito</td> <td style="vertical-align: middle;"> <table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle;">B) Força maior</td> <td style="vertical-align: middle;"> <table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	A) Caso fortuito	<table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)</td> </tr> </table>	a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)	b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)	B) Força maior	<table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)</td> </tr> </table>	a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)	b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)
A) Caso fortuito	<table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)</td> </tr> </table>	a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)	b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)						
a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)									
b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)									
B) Força maior	<table border="0"> <tr> <td>a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)</td> </tr> <tr> <td>b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)</td> </tr> </table>	a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)	b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)						
a) completa — art. 28, § 1.º (exclui a imputabilidade)									
b) incompleta — art. 28, § 2.º (o agente responde pelo crime com atenuação da pena)									
3. PATOLÓGICA	<table border="0"> <tr> <td>art. 26, <i>caput</i>, ou parágrafo único (exclui a imputabilidade ou causa a diminuição da pena)</td> </tr> </table>	art. 26, <i>caput</i> , ou parágrafo único (exclui a imputabilidade ou causa a diminuição da pena)							
art. 26, <i>caput</i> , ou parágrafo único (exclui a imputabilidade ou causa a diminuição da pena)									
4. PREORDENADA	<table border="0"> <tr> <td>art. 61, II, I (circunstância agravante)</td> </tr> </table>	art. 61, II, I (circunstância agravante)							
art. 61, II, I (circunstância agravante)									

É agravante legal a embriaguez preordenada para cometer crime (art. 61, II, alínea I).

Embriaguez preordenada é aquela que ocorre quando o indivíduo se intoxica deliberadamente pelo álcool ou por substâncias análogas objetivando criar coragem para cometer crimes. Evidentemente, é obrigatória a prova de tal insólito comportamento.

É, também, agravante para o acusado a embriaguez da vítima. Trata-se de violência presumida, pois a embriaguez dificulta ou torna impossível a defesa do ofendido (art. 61, II, alínea C).

A embriaguez habitual não serve de dirimente nem de circunstância atenuante, pois os por ela afetados usualmente ingerem, a pequenos intervalos, álcool concentrado ou substâncias análogas voluntária e livremente.

Os ébrios habituais são presumidos *juris et de jure* perigosos; quando processados e a pretensão deduzida na denúncia exordial for procedente, o juiz proferirá sentença absolutória imprópria com fulcro no art. 26 do Código Penal e art. 386, VI, do Código de Processo Penal, impondo-lhe, todavia, medidas de segurança, representadas por internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado (art. 96, I, do CP), por tempo indeterminado, enquanto não for esclarecida, mediante informe pericial, cessação da periculosidade (arts. 97, § 1.º, do CP, e 386, parágrafo único, III, do CPP).

Não é possível a permanência em presídio comum.

“Já não mais estabelece o art. 96 do CP, com a redação da Lei n. 7.209/84, que a internação do inimputável seja obrigatoriamente realizada em manicômio judiciário. Foi esta humanizada em consonância com os próprios objetivos a que visa, no sentido de que a Justiça penal há de procurar recuperar o inimputável, e não simplesmente aplicar-lhe um castigo” (RT, 616:387).

Do ponto de vista civil, a embriaguez habitual pode constituir injúria grave, dando motivo à separação judicial, bem como justificar destituição de pátrio poder.

E, conforme seja o transtorno psíquico do ébrio contumaz, poder-lhe-á ser aplicada a disposição do art. 4.º, II, do Código Civil: “São incapazes, relativamente a

certos atos, ou à maneira de os exercer... os ébrios habituais...”.

O Código de Trânsito prevê a suspensão temporária ou a cassação da carteira de habilitação do motorista que dirige veículo em estado de embriaguez.

O Direito do Trabalho reconhece responsabilidade ao empregador por danos ocorridos aos funcionários, nas empresas, mesmo embriagados, pois presume a doutrina que o patrão não ignorava ou devia saber do estado e, conseqüentemente, ao contratá-los, assumiu o risco inerente ao mesmo.

O Código Penal Militar comporta-se como o Código Penal, ou seja, dirime ou atenua a pena, nos casos de embriaguez fortuita, ou de força maior. O art. 59 agrava a pena. E o art. 178 prescreve detenção de 1 a 2 anos para o militar que se embriaga em serviço ou que se apresente embriagado para prestá-lo.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA

B. O. n.

Registrado em de de sob n.

EXAME DE VERIFICAÇÃO DE EMBRIAGUEZ

— Clínico e Químico (Bafômetro) —

Aos de de, nesta Cidade de,

às horas, a fim de atender a requisição do Doutor

do Distrito Policial — Equipe, foi procedido o exame de VERIFICAÇÃO DE EMBRIAGUEZ em:

NOME: RG:

IDADE: ESTADO CIVIL:

COR: PROFISSÃO:

NACIONALIDADE: NATURALIDADE:

FILIAÇÃO:

RESIDÊNCIA:

HISTÓRICO:

.....

Realizada a perícia, passamos a oferecer o seguinte laudo:

EXAME CLÍNICO:

I — HÁLITO
a) Incaracterístico
b) Discretamente etílico
c) Acentuadamente etílico

II — MOTRICIDADE
1. Marcha
a) Normal
b) Oscilante
c) Ebriosa
2. Escrita
a) Normal
b) Inconclusiva
c) Atáxica

3. Index-nariz; index-index;
calcanhar-joelho
a) Normal
b) Inconclusivo
c) Atáxico

4. Elocução
a) Normal
b) Inconclusiva
c) Disártica

II — ROMBERG (inclusive com
sensibilização)
a) Ausente
b) Inconclusivo
c) Presente

IV — PSIQUISMO
1. Consciente
a) Orientado
b) Discretamente desorientado
c) Desorientado alo e autopsiquicamente

2. Atenção (voluntária e
inviolabilidade)
a) Euprossexia
b) Paraprossexia
c) Aprossexia

3. Memória
a) Eumnésica
b) Paramnésica (hiper ou hipo)
c) Amnésia

4. Afetividade
a) Eutímia
b) Inconclusiva
c) Paratímia (hiper ou hipo)

5. Vontade
a) Eubolia
b) Parabolía (hiper ou hipo)
c) Abolia

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| IV — FUNÇÕES VITAIS | a) Normal |
| 1. Pulso | b) Rápido |
| | c) Irregular |
| 2. Pupila | a) Reagindo bem à luz |
| | b) Midriase |
| | c) Reagindo mal à luz |
| 3. Sensibilidade | a) Normal |
| | b) Inconclusiva |
| | c) Diminuída |
| 4. Aparência | a) Incaracterística |
| | b) <i>Facies congesta</i> |
| | c) Sonolenta |
| 5. Atitude | a) Incaracterística |
| | b) Excitada |
| | c) Deprimida |

EXAME DE LABORATÓRIO: (Bafômetro) Procedida a dosagem alcoólica, obtivemos o seguinte resultado: gramas por de sangue.

QUESITOS:

PRIMEIRO — Há sintomas indicativos de que o paciente ingeriu bebida alcoólica ou fez uso de substâncias de efeito análogo?

SEGUNDO — Em consequência, está ele embriagado?

TERCEIRO — Qual a substância que produziu a embriaguez?

QUARTO — No estado em que se encontra o paciente, coloca ele em perigo a segurança própria ou alheia?

RESPOSTAS AOS QUESITOS

PRIMEIRO —

SEGUNDO —

TERCEIRO —

QUARTO —

CONCLUSÃO: Assim sendo, conclui-se, pelos resultados dos exames clínico e químico, de acordo com os estudos existentes a respeito, um estado de (Não Embriagado, Embriagado, Completamente Embriagado).

Este laudo, após conferência com o segundo signatário, redigido pelo relator, a quem coube, como perito de plantão, a realização dos exames.

....., de

.....
Médico-Legista Executor Médico-Legista Subscritor

“1.º Quesito: O réu F., ao tempo da ação (ou da omissão), era, em razão de dependência, ou por estar sob o efeito de substância que determina dependência física ou psíquica, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento? 2.º Quesito: O réu F., ao tempo da ação (ou da omissão), em razão de dependência, ou por estar sob o efeito de substância que determina dependência física ou psíquica, estava privado da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?” (*Justitia*, 101:209).

CAPÍTULO 4

Traumatologia Forense

Sumário: 4.1. Conceito de traumatologia forense. 4.2. Lesões corporais. 4.2.1. Lesões corporais leves. 4.2.2. Lesões corporais graves. 4.2.2.1. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias. 4.2.2.2. Perigo de vida. 4.2.2.3. Debilidade permanente de membro, sentido ou função. 4.2.2.4. Aceleração de parto. 4.2.3. Lesões corporais gravíssimas. 4.2.3.1. Incapacidade permanente para o trabalho. 4.2.3.2. Enfermidade incurável. 4.2.3.3. Perda ou inutilização de membro, sentido ou função. 4.2.3.4. Deformidade permanente. 4.2.3.5. Aborto. 4.3. Lesões corporais seguidas de morte. 4.4. Lei Maria da Penha — Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. 4.5. Perícias médico-legais nas lesões corporais. 4.6. Perícia de sangue.

4.1. Conceito de traumatologia forense

É o capítulo da Medicina Legal no qual se estudam as lesões corporais resultantes de traumatismos de ordem material ou moral, danosos ao corpo ou à saúde física ou mental.

Há quem prefira, por mais abrangível, a denominação “lesões pessoais”, dado que envolve todas as faces da pessoa, compreendendo o dano ao corpo e/ou à saúde física ou mental, decorrente de agressões materiais ou morais. *Prima facie*, o raciocínio é verdadeiro, sabido é que a pessoa se integra pela reunião da parte corporal propriamente dita às partes fisiológica e psíquica. Fiquemos, porém, com a designação consagrada em nosso diploma legal: lesões corporais.

4.2. Lesões corporais

Lesão corporal é todo e qualquer dano ocasionado à normalidade do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer do fisiológico ou mental. O crime de lesão corporal é, assim, definido no Código Penal como ofensa à integridade corporal ou à saúde de outrem, isto é, pela existência de dano somático, funcional ou psíquico.

Destarte, a autolesão não é crime, desde que não ofenda outro bem jurídico (art. 171, § 2.º, V, do CP), pois, além de perturbar a normalidade do corpo humano, a lesão precisa ser juridicamente relevante.

O crime de lesão corporal leve e lesão corporal culposa são de ação penal condicionada à representação do ofendido ou de quem tiver qualidade para representá-lo ou de outro *publicus organum*, nos termos do artigo 88 da Lei n.9.099/95. Nas demais espécies do crime de lesão corporal a ação penal *será plena* ou *pública*; vale dizer que o representante do Ministério Público pode intentá-la livremente, sem depender de qualquer provocação do ofendido ou de seu representante legal.

Segundo a quantidade do dano, as lesões corporais classificam-se em:

a) *Leves* — São as que não determinam as consequências previstas nos §§ 1.º, 2.º e 3.º do art. 129 do Código Penal.

b) *Graves* — Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função; aceleração de parto.

c) *Gravíssimas* — Incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente; aborto.

Embora praticamente em geral a exiguidade das lesões sugira lesão corporal leve, o tamanho externo não constitui critério seguro de classificabilidade delas. Diga-se o mesmo na ausência de lesão anatômica visível à inspeção, se houver perturbação da normalidade funcional, física ou mental.

4.2.1. Lesões corporais leves

São as designadas pelo *caput* do art. 129. Ofendem a integridade corporal ou a saúde de outrem (elemento positivo) mas não determinam as consequências previstas nos §§ 1.º, 2.º e 3.º (elemento negativo) do citado dispositivo.

As lesões corporais leves são representadas frequentemente por danos superficiais, interessando apenas a pele, tela subcutânea, músculos superficiais, vasos arteriais e venosos de pequeno calibre. São as escoriações, equimoses, hematomas, feridas contusas, alguns entorses, os torcicolos traumáticos, edemas e a maioria das luxações.

Constituem, pericialmente, cerca de 80% das lesões corporais.

Importa saber que a rubefação, simples e fugaz rubor da pele provocado por maior afluxo de sangue, que não compromete a normalidade anatômica, funcional ou mental do corpo humano, não constitui lesão corporal leve. É leve rubor que pode ser causado até por simples emoção (*vide* n. 6.3.1.2.1).

Na vertente, também o eritema simples (sinal de Christinson), primeiro grau das queimaduras, quanto à profundidade, vermelhidão da epiderme, mantendo-se, todavia, a pele íntegra, em que a reação local desaparece em poucas horas ou dias, sem comprometimento da normalidade anatômica, fisiológica ou mental, não é tido como lesão corporal leve.

A dor física, de índole inteiramente subjetiva, envolvendo reações vegetativas e de defesa, podendo adquirir elementos emocionais, que não está, hodiernamente, na competência dos peritos aferir sem o respectivo dano anatômico ou funcional, não caracteriza o delito de lesão corporal; na verdade, só por fálivel presunção pode ser reconhecida a dor como efeito da *violatio corporis*. Nesse sentido: *RT*, 67:261, 392:327, 413:283, 489:366 e 559:341; *JTACrimSP*, 67:394.

Diga-se o mesmo quanto à simples crise nervosa, ou puro desmaio, sem comprometimento do equilíbrio da saúde física, ou fisiopsicológica. Nesse sentido: *RT*, 394:262, 414:253 e 483:246.

Não se confunde desmaio episódico com síncope. No desmaio o indivíduo mostra frente intensamente pálida e perolada de suor e o corpo acometido de imensurável debilidade. Síncope é sinônimo de desvanecimento ou de desmaio acrescido de perda de consciência seguida de movimentos convulsivos clônicos, em alguns casos, dos membros superiores e esgares faciais, e só raramente generalizados, com pulso filiforme, hipotensão arterial e respiração quase imperceptível simulando a morte.

Desmaio histérico também não configura lesão corporal de natureza leve. Ele integra uma enfermidade psiquiátrica chamada histeria, cujos sintomas simbolizam desejos sexuais amiúde reprimidos. A histeria constitui um estado mental particular, que altera as faculdades morais, a vontade, podendo provocar impulsões instintivas. Contrariamente ao que supunha Hipócrates, embora não seja devida à continência, é incontestável que a histeria coincide assaz de vezes com uma excitação mórbida dos órgãos sexuais, e um certo desregramento da imaginação e dos sentidos. Mas o sinal caracteristicamente preponderante da crise histérica é a perversão das faculdades afetivas da sensibilidade e da necessidade irresistível de proferir mentiras conscientes, inconscientes, mentiras que foram conscientes em sua origem e se tornaram inconscientes, e falsas interpretações de sofrimentos e de fazer rumor em torno de sua pessoa. A crise de inconsciência pode manifestar-se em qualquer ocasião; é comum ocorrer, contudo, quando a mulher, em geral adolescente ou adulta jovem, mentalmente enfermiça, está em companhia de amigos ou exercendo alguma atividade social. Durante a crise histérica, pode o corpo permanecer quiescente; porém, o comum é o forcejo, o grunhido, os movimentos bem dirigidos de resistência conferirem aos membros atitudes grotescas. Não se sabe se a histérica está totalmente inconsciente durante a crise, posto que os eletroencefalogramas são normais e não ocorre perda de memória. Seria, então, a crise histérica simples *mise-en-scène*?

Choque nervoso, convulsões ou outras alterações patológicas, provocadas à custa de reiteradas ameaças, constituem lesão corporal leve.

“O corte da barba e dos cabelos constitui (dês que não se trate de remoção ou arrancamento de parte insignificante) lesão corporal simples, pois constitui dano, e, por vezes, bem grave, à integridade corporal” (*JTACrimSP*, 94:263).

As lesões corporais leves integram, amiúde, o corpo de delito indireto pela natureza fugaz dos vestígios deixados pela infração (*delicta factis transeuntis*), ou em consequência da demora na realização da perícia, o que pode constituir dificuldade intransponível para o experto. Nesse caso, a despeito da ofensa real à integridade corporal ou à saúde de outrem, núbio de vestígios por desaparecimento material do crime, e só nessa hipótese, o exame de corpo de delito indireto, feito a partir de outros elementos ou através de testemunhas idôneas, poderá suprir o exame de corpo de delito direto decorrente da exigência legal; *in casu*, há de o julgador concluir por lesão corporal de natureza leve.

“Provada a agressão física, mas não tendo sido constatadas lesões aparentes, é de ser desclassificado o delito de lesões corporais para a contravenção de vias de fato” (*RT*, 572:395).

É possível ocorrer circunstâncias particularmente favoráveis. *In exemplis*, bofetada desferida por mão de carvoeiro que marque impressão enegrecida no rosto do agredido, como numa ocorrência atendida por Jacinto de Barros.

“Não obstante gestar celeuma, é reconhecível e punível a tentativa de lesão corporal leve” (*RT*, 475:309 e 452:461) quando o agente, pretendendo ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem, não o consegue por circunstâncias alheias à sua vontade (art. 14, II, do CP). No mesmo sentido: *JTACrimSP*, 38:143, 76:312 e 44:184.

“A figura de tentativa de lesões corporais, objeto de controvérsias na doutrina, ajusta-se, sem dúvida, às definições do nosso direito positivo” (arts. 129 e 14, II, do CP).

“A dificuldade de se fazer prova segura da ocorrência dos elementos que a integram nada tem a ver com a conceituação jurídica da espécie” (José Luiz V. de A.

4.2.2. Lesões corporais graves

São representadas pelos quatro tipos explicitados no § 1.º do art. 129 do nosso diploma legal.

Caracterizam as lesões graves um elemento positivo, representado por qualquer das consequências previstas pelo § 1.º (incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função; aceleração de parto), e um elemento negativo, indicado pela inexistência das lesões configuradas no § 2.º do art. 129 do Código Penal.

4.2.2.1. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias

Incapacidade é falta de habilidade, de aptidão; é inabilitação.

A lei não exige falta de capacidade absoluta, bastando apenas que a lesão caracterize não impossibilidade, mas perigo ou imprudência no exercício das ocupações habituais, por mais de 30 dias.

As ocupações habituais a que se refere o art. 129, § 1.º, I, do Código Penal, não têm o sentido de trabalho diário, nem são aquelas de natureza lucrativa. São todas e quaisquer atividades corporais comuns.

A lei lhe empresta sentido funcional, tendo em vista a atividade habitual do indivíduo *in concreto*, pouco importando que seja economicamente improdutiva, pois, não fora assim, não se puniriam as lesões corporais graves em desocupados, crianças, senis e obreiros aposentados.

Ocupações habituais da previsão legal incluem toda manifestação de diligência lícita, física ou mental.

Destarte, são verdadeiramente genéricas as ocupações habituais da lei.

Para avaliar o tempo de duração da incapacidade, os peritos reexaminarão a vítima, se não for revel, “logo que decorra o prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do crime”, conforme estatui o art. 168, § 2.º, do Código de Processo Penal. É o *exame complementar* a que se submete uma segunda vez a vítima, um mês após, contado da data do fato delituoso e não do correspondente auto de corpo de delito, objetivando verificar se a incapacidade excede o trintídio.

“Para se comprovar a lesão corporal de natureza grave consistente em incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias é necessário que o exame complementar de sanidade seja realizado a partir do 31.º dia do fato delituoso” (RT, 613:318).

De passagem, apenas para avivar a lembrança, é também modalidade de *exame complementar* a investigação pericial levada a efeito a qualquer tempo, para corrigir ou completar laudo anterior (perícia contraditória), ou logo após a vigência de um ano da data da ocorrência do dano, objetivando pesquisar permanência de incapacidade total para o trabalho.

Empregando o texto legal o termo “logo que decorra o prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do crime”, é de supor imprestável o exame complementar de sanidade efetuado antes do trintídio, assim como aquele realizado muito tempo depois de sua expiração, salvo se, neste caso, os peritos verificaram permanência da incapacidade da vítima para suas ocupações habituais. Nesse sentido: RT, 426:394. Não cumprida essa ressalva, o exame complementar deve ser considerado como perícia não realizada, impondo-se, por isso, a desclassificação para a lesão corporal leve. Nesse sentido: RT, 415:280.

Nada obstante, o rigorismo legal é obtemperado pela aceitação, em tese, da prova testemunhal (art. 168, § 3.º, do CPP) como idônea para o reconhecimento da incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias: “Afirmando o laudo, não obstante lavrado algum tempo após os fatos, a incapacidade tridecendária, a falta de exame complementar não é óbice ao reconhecimento da mesma, desde que afirmada dita circunstância por prova testemunhal idônea” (RT, 576:414). Ainda nesse sentido: RT, 383:214, 496:327 e 652:318.

Inidôneo é também o exame complementar de sanidade, para que se reconheça lesão corporal de natureza grave nele afirmada, se os competentes se limitam a responder — o que, infelizmente, não é incomum — laconicamente “sim”, pois, por maior que seja o prestígio dos profissionais, precisam eles fundamentar as bases em que se assentam as suas afirmações, descrevendo circunstancialmente os danos, bem como as repercussões na vida normal do ofendido, para que não se desclassifiquem para leves as lesões corporais praticadas pelo réu.

Nessa esteira de pensamento, “simples afirmativa pericial, sem outro elemento que não a prova do decurso de 30 dias da data da lesão, não é aceita, quer pela doutrina, quer pela jurisprudência, como qualificadora da mesma” (RT, 420:270). No sentido do texto: RT, 600:338.

Do mesmo modo, é insuficiente para a caracterização de lesão grave o *simples prognóstico* dos peritos quando do primeiro exame. Nesse sentido: RT, 523:461.

No exame complementar, os *tekhnikos* terão presente o auto ou laudo inicial, a fim de suprir-lhe a deficiência ou ratificá-lo (*vide* n. 1.3.3 e 1.3.7).

Divergem os autores quanto à determinação do tempo de desaparecimento da inaptidão. A lei fala em mais de 30 dias. A minoria entende cessada a incapacidade pela cura, ou seja, pela completa consolidação anatômica e funcional da lesão, qualquer que seja o tempo em que ela ocorra. Desse modo, se o ofendido após o trintídio não está curado, nenhum relevo tem para a existência da qualificadora ter sido parcial a falta de capacidade, ou ter ele retornado ao trabalho antes de restabelecido. Filiamo-nos aos que pensam que cessa a incapacidade quando a vítima, sem imprudência ou maior dano ou perigo da cura definitiva, pode retornar ao *statu quo ante*, ou seja, a todas as suas ocupações habituais, e não apenas a algumas delas, em condições razoáveis, não importando a não consolidação completa da lesão.

4.2.2.2. Perigo de vida

In concreto, não tem o mesmo significado de risco de vida.

Denomina-se perigo de vida a probabilidade concreta e objetiva de êxito letal próximo.

O perigo de vida é uma situação atual, ou surgida no curso de processo patológico, conseqüente à ofensa, em que, pelo estado do ofendido, há o perigo de morte, se não for socorrido adequadamente em tempo hábil.

O perigo de vida pode apresentar-se no momento da lesão ou depois de horas ou dias, em qualquer fase da evolução clínica, antes dos 30 dias.

Por isso, não pode ser suposto, virtual ou potencial, remoto ou presumido, mas real, sério, efetivo, clinicamente confirmado, não importa se atual ou passado. Desde que o processo patológico conseqüente à ofensa tenha apresentado, num átimo fugidío que seja, ou no seu curso evolutivo, antes dos 30 dias, probabilidade concreta e objetiva de morte, configura-se a espécie.

À autoridade interessa saber se há ou se houve perigo de vida, o que é diagnóstico, expressado através de dados objetivos, como, por exemplo, temperatura corporal, pulsação, pressão arterial, volume hemorrágico, anemia aguda implantada, toxemia pronunciada, estado de coma e outros fatores significativos desse estado periclitante, e não se haverá, o que é prognóstico, visto estar este sujeito a erros.

“O perigo de vida, para que fique configurado, exige diagnóstico minucioso e onde resta demonstrado que, com relação às funções mais importantes da vida orgânica, ocorreram perturbações graves, sintomas alarmantes, que, real e concretamente, puseram risco à vida do ofendido” (RT, 511:403).

“Impossível extrair-se perigo de vida só pela sede das lesões ou mero prognóstico, sendo indispensável para tanto a realização de efetivo e minucioso diagnóstico” (RT, 490:308).

“Laudo demasiadamente sucinto, que não chega a explicar a seriedade do perigo de vida, não serve de fundamentação para o reconhecimento da natureza grave das lesões” (JTACrimSP, 33:377).

“Não basta a autoridade dos peritos para legitimar suas conclusões; urge que eles as fundamentem, propiciando o controle da erronia ou acerto de seu raciocínio” (RF, 156:436).

Essa figura jurídica é fato irreversível que não reclama nova constatação e dispensa amiúde exame complementar. Com efeito, o perigo de vida, quando afirmado em laudo pericial adequadamente elaborado pelo apontamento dos sintomas verificados pelos peritos-médicos no examinando e pela respectiva seqüela natural, independe de confirmação posterior, justamente por ter existido como um relâmpago, contemporâneo à produção da lesão, e depois não mais se concretizar em razão de atendimento imediato e adequado ou das reações orgânicas naturais do ofendido.

“Não precisa ser comprovado por via de exame pericial complementar” (RT, 391:343, 415:266 e 415:436).

Se o legisperito, por não haver ainda eclodido nenhum sintoma alarmante no ofendido, não diagnosticou, todavia, *ab initio*, perigo de vida, mas ele vem a se oferecer antes do trintídio, é obrigatório novo laudo de exame complementar, posterior, circunstancialmente pormenorizado (art. 168, § 2.º, do CPP).

Seguramente diagnosticado o perigo de vida, em face dos sinais e sintomas apresentados, na ocasião do evento, pelo molestado, é irrelevante ao reconhecimento da segunda qualificadora do § 1.º do art. 129 do Código Penal encontrar-se ele restabelecido ao tempo do exame complementar, neste exemplo, desnecessário.

Copiosa hemorragia em vaso calibroso, prontamente coibida de forma a salvar a vítima, configura legalmente perigo de vida.

Diga-se o mesmo quanto a traumatismo cranioencefálico, com ou sem perda de substância, feridas penetrantes do abdome, que exigem intervenção cirúrgica para rafia ou ablação de órgão importante, ou do tórax, com perfuração de vísceras nobres, provocando intenso sangramento ou até ressecção pulmonar, lesão do lobo hepático, traumatismo da coluna vertebral com dano medular, comoção cerebral, estado comatoso, queimaduras em áreas corporais extensas, choque, pneumotórax, colapso total de um pulmão etc.

Dessarte, não é de se aceitar qualquer esmagamento como perigo de vida.

Simples referência à laparotomia exploradora, ainda que sob anestesia inalatória, sem descrição dos sintomas e dos critérios objetivos comprobatórios do perigo real a que esteve sujeito o ofendido, não basta ao reconhecimento da espécie jurídica explicitada no § 1.º, II, do art. 129 do Código Penal.

Não é de se reconhecer perigo de vida a simples localização de ferimento no abdome, ainda que penetrante, se o laudo médico-legal vem desacompanhado da descrição dos elementos que dão respaldo à realidade da ocorrência e capazes de produzir a probabilidade de morte. No máximo, tal lesão pode justificar um juízo de prognose reservada, mas não o perigo de vida referido na qualificadora.

Não são apenas as grandes lesões que podem constituir perigo de vida. Pequenos ferimentos infectados pelo vírus da raiva, pelo bacilo tetânico ou por estafilocóccias ainda hoje constituem perigo de vida, a despeito do moderno arsenal terapêutico de que dispõe a Medicina, determinando mesmo a morte. Não é, assim, a mera possibilidade de superveniência de infecção consequente a ferimentos produzidos por instrumento não esterilizado. Nesse entendimento, *JTACrimSP*, 22:192.

Nosso sistema penal não leva em consideração concausas preexistentes (diabetes, hemofilia etc.) para eliminar a figura de perigo de vida, porque senão, *in casu*, toda lesão desse tipo importaria na agravante de que se trata, pois elas sempre trazem consigo, como simples possibilidade, a álea de uma infecção ou complicação, representativa, sob essa óptica, portanto, de potencial perigo de vida. Nesse sentido: *RT*, 423:423.

Não impõe, também, seja o perigo de vida desejado, hipótese que transformaria a lesão grave em tentativa de homicídio, pois a ninguém é dado querer o risco sem o dano respectivo.

Ademais, a lei não particulariza. Deixa o esclarecimento sobre se há ou se houve perigo de vida aos peritos-médicos, os quais devem, por isso e por regra geral, em toda perícia, fundamentar criteriosamente as suas assertivas, com indicação e descrição de fatos concretos que conduzam, como conclusão lógica e necessária, o julgador ao acerto do seu diagnóstico.

4.2.2.3. Debilidade permanente de membro, sentido ou função

A debilidade a que se refere a lei é fraqueza, diminuição de forças, enfraquecimento, embotamento, debilitação.

A debilidade pode ser consequência de dano anômico (amputação de dedo), ou funcional (paralisia por seção nervosa).

Na caracterização da figura jurídica prevista no § 1.º, III, do art. 129 do Código Penal considera-se debilidade permanente a debilitação de membro, sentido ou função consecutiva a um dano traumático, limitadora duradouramente, mas não *sub specie aeternitatis*, do uso da energia, do vigor físico ou da plenitude do poder de ação, sem comprometimento do bem-estar do organismo.

A debilidade não necessita ser perpétua e impossível de tratamento ortopédico ou reeducativo do membro ou órgão debilitado. Basta que seja duradoura. Deve-se entender por permanente a fixação definitiva da incapacidade parcial, após tratamento rotineiro, não sendo alcançada *a restitutio in integrum*, resultando, portanto, verdadeira enfermidade.

Não é de se ter em conta debilidade transitória, como a discreta hipotonia do braço, manifestada no curso evolutivo de processo mórbido, nem a hipótese de correção por via cirúrgica ou processos especializados, cujo resultado é aleatório e aos quais, obedecendo princípio geral aplicável a todas as lesões e suas consequências legais, não está o ofendido obrigado a se submeter.

Há toda uma gama de graus de debilidade, o que impossibilita determinar escalas de gradações prefixadas. Cabe aos médicos-peritos o julgamento clínico de cada caso, afirmando judiciosamente as suas assertivas.

Para ser considerada grave, deverá resultar da lesão indubitável e duradoura debilidade de membro, sentido ou função, prejudicando efetivamente o vitimado, mas não chegando, todavia, à verdadeira inutilização configurativa de lesão gravíssima.

Membro — São os quatro apêndices anômicos do corpo.

Lesões diversas — óssea, muscular, nervosa, vascular — podem ocasionar debilidade permanente em qualquer segmento ou articulação dos membros superiores ou inferiores.

A debilitação ou a perda de um único dedo da mão caracteriza a lesão prevista no § 1.º, III, do art. 129 do Código Penal, porque o enfraquecimento do membro pode ter sua sede anômica ou funcional em qualquer segmento dele. O mesmo ocorre se da lesão resulta a redução dos movimentos normais de um quirodátilo.

“Embora extensas e aparentes, classificam-se como permanente debilidade, e não deformidade da mesma natureza, as lesões que, em definitivo, afastam a integridade de membro, sentido ou função” (*JTACrimSP*, 12:171).

Sentido — Todo sentido é função. Então há redundância na lei ao falar em sentido ou função. Seja, porém, a palavra aqui empregada no sentido psicofisiológico.

Por sentido entende o legislador as funções perceptivas que atendem à vida de relação, permitindo ao indivíduo contatar os objetos do mundo exterior. São cinco os sentidos: tato, visão, audição, olfação e gustação.

Qualquer um desses sentidos pode debilitar-se permanentemente, após uma lesão.

Desse modo, traumatismos diretos do globo ocular ou sobre a cabeça, nas proximidades da cavidade orbitária, principalmente quando há fraturas, podem ocasionar debilidade permanente do sentido da visão.

A verificação da debilidade dos sentidos da visão e da audição constitui o grosso das perícias médico-legais no que tange à determinação de debilidade permanente quanto ao sentido.

Os peritos especializados julgarão a acuidade sensorial subsistente, se debilidade (lesão grave) ou verdadeira perda ou inutilização caracterizadora de lesão gravíssima.

A medição da sensibilidade tátil é dada pelo hafiesthesiômetro.

Função — É assim chamada a atividade funcional definida de um órgão, aparelho ou sistema do corpo. Exemplos: função do tato, locomotora, do aparelho digestivo, do aparelho reprodutor, do coração.

Conforme bem lembrado pelo abalizado professor Antenor Costa, deve a função “ser considerada no sentido de uma atividade fisiológica importante, e não no de uma atividade mais ou menos inapreciável no conjunto dinâmico do organismo”.

Qualquer dessas funções é suscetível, na prática médico-legal, de sofrer debilidade permanente resultante de lesão corporal.

Destarte, a ablação ou inutilização de um dos órgãos duplos (testículos, ovários, olhos, ouvidos, pulmões, rins), mantido o outro íntegro e não abolida a função, constitui lesão grave: debilidade permanente. Se debilitada a função do órgão remanescente, será lesão gravíssima: perda ou inutilização. Como exemplo, a perda de um rim sendo o subsistente portador de doença grave.

A eliminação total de órgão ímpar — como o baço ou a vesícula biliar — que tenha suas funções compensadas por outros órgãos será lesão grave, debilidade permanente e não perda ou inutilização da função.

Traumatismo sobre o pênis, que diminua sua função genésica, constituirá debilidade permanente; se dele resultar, todavia, impotência *coeundi*, será lesão gravíssima: perda de função.

Todos os dentes são peças mastigatórias. Ainda assim a perda de dentes não basta, por si só, ao reconhecimento de enfraquecimento permanente da função da mastigação. Cabe aos peritos apurar e demonstrar pericialmente, de forma incontestada, a debilidade da função mastigadora, pela perda de dentes, para que se caracterize a gravidade da lesão.

“Para que se configure a gravidade da lesão, resultante da perda de um dente, precisam os peritos justificar *quantum satis* a conclusão de que ela acarretou debilidade permanente da função mastigatória” (*RT*, 612:317).

“Na feliz ponderação de Néelson Hungria, saber se o arrancamento de um dente debilita o órgão da mastigação é uma *questio facti*, a ser resolvida de caso em caso. A uma pessoa com escasso número de dentes, a perda de mais um pode ser grandemente prejudicial, importando, sem dúvida alguma, a gravidade da lesão. Por outro lado, se se trata de dentes já irremediavelmente estragados ou assediados pela piorreia, não se pode reconhecer a agravante especial, ainda que vários sejam os dentes arrancados” (*Comentários ao Código Penal*, p. 294-5, 1942) (*RJTJSP*, 103:450).

“A perda de quatro dentes e ossos do maxilar acarreta, obrigatoriamente, uma permanente debilidade da função mastigatória” (*RT*, 418:279).

A claudicação intermitente, por tempo indeterminado, apenas perceptível por encurtamento traumático de membro inferior, configura lesão grave: debilidade permanente da função da marcha.

É irrelevante para fins de tipificação penal da infração a possibilidade de atenuação de *reliquat* por meio de intervenções cirúrgicas — mesmo que o paciente as deseje ou as proveja — ou emprego de próteses, postições ou disfarces, ainda que para favorecer a sorte do ofensor.

As perturbações da elocução de pequena monta não são consideradas lesão grave. Neste sentido: “Discreta limitação dos movimentos da mandíbula e da língua, acarretando pequena dificuldade à pronúncia de palavras, não pode ser considerada um dano juridicamente considerável, uma vez que não produz considerável diminuição da capacidade funcional do órgão, com reflexos sobre a atividade fisiopsíquica do paciente” (*RT*, 406:243). Outrossim, quando o dano for consideravelmente maior, a dificuldade à pronúncia de palavras, conforme a intensidade, pode constituir debilidade permanente ou perda ou inutilização de função.

4.2.2.4. Aceleração de parto

Data maxima venia, discordamos dos que afirmam haver impropriedade no termo.

Explicamos nosso ponto de vista: nos concursos hípicas não é infrequente um ou outro cavaleiro ser lançado ao solo pelo refugo do animal ante um obstáculo.

Esta propriedade da matéria denomina-se inércia.

A inércia é regida pelo seguinte princípio: “Todo corpo em repouso ou em movimento permanecerá em repouso, ou em movimento retilíneo e uniforme, desde que sobre ele não atuem forças exteriores que o obriguem a modificar esses estados”.

O princípio de inércia estabelece relações entre os movimentos e as forças. Dessa forma, se a força é nula, o movimento é retilíneo e uniforme, ou o corpo está em repouso porque ele não se acha submetido a força externa alguma; se a força não é nula, há uma troca de velocidades, ou seja, uma aceleração. Disto resulta que uma força aplicada a um corpo não objetiva comunicar-lhe velocidade, e sim imprimir-lhe certa aceleração.

A equação fundamental da Dinâmica define, em geral, a massa de um corpo como o quociente da divisão da força que age sobre ele pela aceleração do movimento que daí resulta.

$$\text{massa } m = \frac{\text{força agente } F}{\text{aceleração do movimento}}$$

$$F = mg$$

Assim, massa de um corpo é o quociente de resistência da matéria ao movimento ou à variação de movimentos que se lhe quer comunicar.

A *massa*, que não se confunde com *peso*, pois, ao contrário deste, não varia nos diferentes lugares da Terra, caracteriza a inércia da matéria. Quanto maior é a massa, maior é a inércia.

O conceito de massa está intimamente vinculado ao conceito de inércia e, também, à força e à aceleração.

Certas energias, como, por exemplo, as de ordem mecânica, podem modificar parcial ou completamente o estado de repouso ou de movimento de um corpo, se forem de intensidade suficiente para vencer o quociente de resistência da matéria em relação à força que se lhe aplica e à aceleração que adquire.

É bem de ver, pois, que uma força ou energia aplicada sobre um corpo pode vencer a sua inércia comunicando-lhe, nesse caso, uma determinada aceleração. Essa aceleração será diretamente proporcional à força aplicada e inversamente proporcional à massa do corpo.

Por isso é que, respeitosamente, discordamos dos que afirmam que “só se acelera o que já está em movimento”, e congratulamo-nos com o atento legislador que tão acertadamente deu o *nomen iuris* aceleração de parto à quarta qualificadora do § 1.º do art. 129 do Código Penal, querendo referir-se à antecipação de parto quanto à data prevista para o nascimento.

Há evidência de que a aplicação de uma energia mecânica direta ou até indiretamente sobre o álveo materno prenhe pode modificar o seu estado de quiescência ou a sua inércia desencadeando contrações uterinas e, consequentemente, expulsão do concepto — *in casu*, vivo e em condições de sobreviver por aptidão para a vida extrauterina — antes da data prevista por tocólogo experiente para o parto a termo.

O preceito legal não se refere à rapidez do trabalho de parto, ou seja, ao encurtamento do tempo de dilatação cervical ou à brevidade da fase expulsiva (como nas hipodinamias uterinas, parada de progressão etc., que o obstetra busca corrigir pelo emprego de manobras e/ou de ocitócicos, endovenosamente, em parto que já se processava), e sim à antecipação quanto à ocasião do *partus*, mas, necessariamente, depois do tempo mínimo para a possibilidade de vida extrauterina.

Traumatismos de toda ordem, físicos (coito violento, aplicação de instrumento contundente no abdome) ou psíquicos, que atinjam a gestante, podem ser causa de expulsão prematura ou a termo do concepto. Nascido vivo e continuando a viver, dado o seu grau de maturação, configura o evento lesão grave. Será também lesão grave a expulsão antecipada de natimorto se restar demonstrado que já não vivia, antes da ofensa recebida pela gestante. Se vivia, nascido morto, ou sem viabilidade, será lesão gravíssima, pois se tratará de aborto.

Se, em consequência das lesões sofridas pela mãe ofendida e pelo neonato, este viável vier a morrer posteriormente ao parto, o agressor responderá por homicídio culposo em concurso material com a lesão grave. Será também homicídio a morte posterior à expulsão do concepto em consequência de fatores independentes de manobras aceleradoras do parto (ou abortivos), *exempli gratia* a ação ou a omissão voluntária do agente.

A expulsão de teratoma ou de mola hidatiforme caracteriza crime impossível (art. 17 do CP).

Para que ocorra a qualificadora, o melhor entendimento é de que o sujeito tenha ou devesse ter tido conhecimento do estado de gravidez da vítima e que, ao menos, culpa lhe caiba pela aceleração do parto. Se o agente ignora a gravidez da ofendida, não responderá pelo fato qualificado, mas sim pelo dano leve previsto no *caput* do art. 129 do Código Penal.

Contra: “A aceleração de parto, prevista como agravante da lesão corporal, *ex vi* do § 1.º, IV, do art. 129 do CP, não exige, para sua configuração, que o acusado tenha ou devesse ter conhecimento da gravidez da vítima, nem que ele resulte efetivamente da lesão corporal” (RT, 570:331).

4.2.3. Lesões corporais gravíssimas

São as ofensas à integridade corporal ou à saúde de outrem explícitas no § 2.º do art. 129 do Código Penal (incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente; aborto).

4.2.3.1. Incapacidade permanente para o trabalho

Aqui não se cogita da comum atividade corporal do § 1.º do art. 129 do Código Penal (lesão grave), mas sim da incapacidade ou invalidez permanente e total para o trabalho, qualquer que ele seja.

Trabalho é qualquer exercício profissional. É toda atividade lícita que proveja o sustento do indivíduo.

Incapacidade permanente significa perda de duração incalculável, mas não perpétua, de qualquer validez para o trabalho genérico e não específico ou habitual. Exemplos: amputação ou perda funcional dos dois braços, das duas pernas, de uma perna e um braço.

A lei cuida de um dano de caráter econômico e social; então, é de supor-se que a qualificadora abrange também a atividade laborativa futura do menor que, por sê-lo, ainda não trabalha, mas que, alcançando a idade permitida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 60), certamente o faria, se lhe não houvessem cerceado a capacidade.

No âmbito civilista, é indenizável, então, o trauma de origem criminosa que cause perda de membro, sentido ou função em filho menor, ainda que não exerça trabalho remunerado. Mesmamente, em se tratando de filho já crescido, em que os pais tiveram de investir sacrifícios muitas vezes ingentes, para fazê-lo preparado para o trabalho, ministrando-lhe educação e cuidados materiais, esperançosos que um dia venha ele colaborar no esforço de subsistência do grupo familiar. No sentido do texto, *Lex*, 120:181.

E se da traumatização redundar a morte do menor? Presume-se que o menor, até os catorze anos de idade, não contribui para a renda familiar. A partir dos vinte e cinco anos, provavelmente, desliga-se, economicamente, de sua família de origem. Assim, é apenas nesse período, ou por esse período, que cabe a indenização decorrente de sua morte por ato ilícito.

Não importa a intensidade do dano na determinação da incapacidade permanente para o trabalho, e sim o resultado, a consequência da lesão.

Ofensas aparentemente de menor gravidade poderão determinar num flautista, num pianista, num violinista, num músico, enfim, lesões dos dedos produtivas de incapacidade permanente para o seu trabalho. Nada obsta, entretanto, seja ele readaptado a outro trabalho, excluindo-se a qualificadora. Destarte, de conformidade com a legislação vigente, a perda de um olho de motorista profissional não será classificada como lesão gravíssima: incapacidade permanente para o trabalho.

4.2.3.2. Enfermidade incurável

Egídio Souza Aranha (*Lições de patologia*) entende por enfermidade “a falta de uma ou mais funções, quer por ausência congênita, quer por alteração ou abolição definitiva das mesmas, e compatível com um relativo bom estado de saúde”.

Enfermidade (de *infirmas*) é a ausência ou o exercício imperfeito ou irregular de determinadas funções em indivíduo que goza de aparente boa saúde, como ocorre quando há mutismo, cegueira, surdez, mutilações, paralisia decorrente de acidente vascular encefálico etc.

A enfermidade pode ser congênita ou adquirida. Exemplo clássico é a cegueira, de nascença ou adquirida. A idiotia é enfermidade congênita; a demência senil, adquirida.

Não invalida a qualificadora o fato de o ofendido ter-se submetido voluntariamente a intervenções cirúrgicas ou tratamentos arriscados objetivando a cura da enfermidade.

A enfermidade supõe desvio definitivo da normalidade, perturbações permanentes da saúde, *reliquat* de estado patológico consolidado. Tem, portanto, caráter de estabilidade reforçado pelo legislador devido à exigência de incurabilidade, com os meios usuais da medicina, certa ou provável, competindo a palavra ao *legumperito*.

4.2.3.3. Perda ou inutilização de membro, sentido ou função

Maior do que a debilidade é o grau máximo do dano de membro, sentido ou função.

Perda é a amputação posterior à agressão, consequente à intervenção cirúrgica, objetivando salvar a vida ou evitar consequências gravíssimas para a saúde do ofendido, ou mutilação, quando ocorre no momento do delito. Inutilização é a falta de habilitação do órgão à sua função específica; é a perda funcional em membro que subsiste anatomicamente.

A perda poderá ser total ou parcial, desde que equivalha à inutilização. Entende-se assim que, como ocorre nas mutilações parciais, um membro que tenha substancialmente reduzida (80% ou mais) a possibilidade de exercer as suas funções normais é suposto pela lei inutilizado. Não importa se o membro ou órgão subsiste anatomicamente; será inutilizado aos olhos da lei se abolida a função, ou quase.

Consequente à lesão corporal, a amputação do braço constitui perda de membro; a cegueira, perda de sentido; a ablação dos dentes, perda de função. A paralisia decorrente de secção de nervos motores será inutilização.

A mão que “atua como *órgão de preensão*, quando forma uma tenaz, como *órgão de sustentação*, quando se transforma em anel ou cilindro oco e, finalmente,

quando funciona como *órgão contensor de caráter unicolorado*” (Zur Verth), não é membro: mas tem tanta importância como órgão fundamental do trabalho que a sua perda equivale, para os efeitos penais, ao perdimento de todo o membro superior. O mesmo para o pé.

A perda de um dos órgãos duplos com comprometimento do outro, ou de ambos os órgãos ou das funções, será lesão gravíssima. Será, também, lesão gravíssima a perda de um dos órgãos duplos remanescente que respondia, de forma vicariante, pela função normal dos dois.

A membrana himenal não é membro, órgão, sentido ou função. Assim, violento traumatismo por instrumento contundente aplicado sobre a vulva, produtor de desinserção total em colarete do hímen e sua eliminação pela vagina, determina lesão corporal de natureza leve e não as consequências elencadas nos §§ 1.º e 2.º do art. 129 do Código Penal.

4.2.3.4. Deformidade permanente

A quarta qualificadora de natureza gravíssima é a deformidade permanente.

Deformidade é *reliquit* da deformação.

É o dano estético irreparável em si mesmo, consequente à deformação, constitutivo de vexame permanente para o ofendido, constatado a olho nu.

“E não só a desarmonia fisionômica, como toda e qualquer alteração da forma natural do corpo” (Antenor Costa).

Deformidade permanente e dano estético são relíquias da deformação, sinônimos significando um prejuízo que pode ser corrigido através dos prodígios da cirurgia plástica, nunca por si mesmo ou pelos meios comuns, cuja operação inegavelmente se impõe, do ponto de vista civilista, como incluída na reparação do dano e sua liquidação.

A lei não define deformidade; deixa o critério a cargo dos aplicadores da lei. Exige, no entanto, requisitos imprescindíveis na qualificação de lesão gravíssima: aparência, permanência e irreparabilidade pelos meios comuns ou por si mesma e que seja o dano estético apreciável capaz de provocar sensação de repulsa no observador, sem, contudo, atingir o aspecto de coisa horripilante, de aleijão, mas que cause complexo ou interfira negativamente na vida social ou econômica do ofendido. Assim, não há falar na modalidade se a lesão constitui motivo de orgulho ou não provoca qualquer constrangimento para a vítima nem a prejudica no exercício de sua profissão. Nesse sentido: *JTACrimSP, 41:223*.

Ao Direito interessam apenas as deformidades adquiridas, resultantes de traumatismos de origem criminosa.

Constitui deformidade a desfiguração causadora de repugnância e mal-estar, excludente da possibilidade de uma *restitutio in integrum*, assestada em qualquer região do corpo que não apenas o rosto. Nesse sentido: *RT, 554:329*.

Lesões mínimas, que não afetam a estética pessoal, não constituem deformidade. Exceção: nos melanodermas a linha cicatricial pode vir a causar mal-estar e desgosto por tornar-se mais visível em face de queloides salientes devidos à hipertrofia do tecido.

Não serão, também, deformidades alterações passageiras da estética pessoal por traumatismos leves, como hematomas, equimoses, edemas, luxações, desencadeadores, inicialmente, de dano estético aparentemente de vulto do qual não restam vestígios ao fim de pouco tempo.

Nessa esteira de pensamento, simples gilvaz, ainda que localizado na face e mesmo que a ofendida seja mulher, não implica, necessariamente, a qualificadora da lesão corporal, *ex vi* do § 2.º, IV, do art. 129 do Código Penal.

Com efeito, não é qualquer deturpação ou vício de forma que configura a qualificadora, donde a exigência legal de os peritos fundamentarem e instruírem o laudo com fotografias do vitimado. Fotografias do dano estético no ofendido anexadas ao laudo pericial dizem mais que mil palavras. Não cumprida pelos expertos essa formalidade, é de se converter o julgamento em diligência com vistas à produção de tal prova. Nesse sentido: *JTACrimSP, 32:38*.

Dependente da sede, lesões deformantes na mulher não o serão no homem. “Inadmissível considerar em condição de igualdade a estética de um homem e a de uma mulher, máxime em se tratando de arguida deformidade permanente, provocada por cicatriz. Impõe-se a solução, porque indiscutível é, por exemplo, maior o dano de um gilvaz no rosto, no pescoço ou no braço de uma bela mulher do que a mesma lesão na carantonha de um Quasímodo, no perigo de um septuagenário ou no braço cabeludo de um cavouqueiro” (*JTACrimSP, 28:393*).

Em regiões habitualmente ocultas por vestuário chamará a atenção dos competentes a queixa da própria ofendida de que a lesão a envergonha e humilha, por repugnante e aversiva, na intimidade do tálamo.

“A deformidade não se restringe ao rosto, podendo ser em outra parte do corpo” (*RT, 554:329*).

Influenciam o diagnóstico de deformidade certas profissões: manequim, apresentadora de TV etc.

As rugas da idade podem atenuar a aparência do dano estético, dissimulando-o, não configurando, dessa forma, deformidade. Nesse sentido: *JTACrimSP, 21:268*.

Os expertos hão de acautelar-se na apreciação da relativa aparência da deformidade tendo em conta circunstâncias que a aumentam ou diminuem, acima examinadas, como o sexo, a idade, a cor, a profissão, as condições pessoais do ofendido, complementando, insistimos, obrigatoriamente, a diligência médico-legal com provas fotográficas. No sentido da parte final do texto, *RT, 538:381*.

São deformidades permanentes: a paralisia facial, a blefaroptose traumática, a mutilação parcial ou total do nariz, do pavilhão auricular, das mamas, a vitriolagem, ablação de olho, zona de tatuagem verdadeira, imprimeção na pele pelos grânulos de pólvora incombusta no disparo de uma arma de fogo, cicatrizes extensas e visíveis e quaisquer lesões que causem afeamento que gera sentimento de repulsa ou piedade.

Não elide a configuração do delito previsto no art. 129, § 2.º, IV, do Código Penal a circunstância de poder o dano estético ser corrigido pelo emprego de meios apenas dissimuladores, como perucas, olho de vidro, próteses dentárias etc. Nesse sentido: *RT, 480:346*. Supondo, porém, o paciente se submeta, de bom grado, à cirurgia plástica corretora dos efeitos do dano estético, a figura jurídica da deformidade desaparecida passa a se revestir de somenos importância, podendo, em certos casos, a atuação do réu ser desclassificada para lesão corporal menos grave se ainda não foi prolatada a sentença. Nesse entendimento: *JTACrimSP, 11:74*.

4.2.3.5. Aborto

A interrupção da gravidez normal e não patológica, em qualquer fase do período gestatório, haja ou não a expulsão do concepto morto, ou, se vivo, que morra logo após pela inaptidão para a vida extrauterina, resultante de ofensa corporal ou violência psíquica, constitui lesão gravíssima.

A espécie difere da aceleração de parto porque nesta, resultante da agressão corporal, a criança nasce antes do tempo previsto para a *délivrance*, em graus variáveis de prematuridade, porém viva e em condições de sobreviver, caracterizando o evento lesão grave.

À lei é indispensável que o sujeito tenha conhecimento da gravidez da ofendida ou que sua ignorância quanto a ela tenha sido inescusável. Nesse sentido: *RT, 556:317*.

É indispensável ao reconhecimento da qualificadora a constatação pericial dos sinais de certeza da gravidez (a prenhez suposta ou putativa exclui o crime com fulcro no art. 17 do Código Penal, pois, em tal caso, as manobras, meios e processos abortivos configuram tentativa impossível), e que se estabeleça nexos causal entre as lesões sofridas pela ofendida e o abortamento, sem o que se impõe a desclassificação do delito para ferimentos leves.

“Desclassifica-se se não há comprovação entre a agressão e o aborto” (*RT, 550:331*).

Outrossim, saber se o agente tomou ou não conhecimento da gravidez da vítima é questão importante para o *decisum*, na hipótese, como exemplo, de que gestante vítima de estupro veio a abortar em consequência da violência sofrida. Assim:

1) se não ignorava a gravidez e estupro a gestante objetivando somente a conjunção carnal, o concurso de crimes é formal, pois com uma só ação o agente alcançou mais de um resultado;

2) se não ignorava a gravidez e estupro a vítima também querendo provocar o aborto, o concurso de crimes é material, pois com uma só ação obteve mais de um resultado, mas com desígnios autônomos;

3) se ignorava a gravidez de forma inescusável e quis tão somente estuprar a mulher, não há falar em concurso de crimes, mas em crime preterdoloso, consoante o art. 223 do Código Penal.

4.3. Lesões corporais seguidas de morte

O art. 129, após descrever no *caput* o crime de lesão corporal, acrescenta no § 3.º um resultado agravador previsível — a morte da vítima. Aqui a lesão corporal é o *primum delictum*; o resultado qualificador, a morte.

Também chamada crime preterdoloso (ou preterintencional) — visto que o resultado excede o dolo —, a lesão corporal seguida de morte, na sua configuração, além do nexos de causalidade objetiva entre a conduta e o resultado agravador, exige uma relação de causalidade subjetivo-normativa, ou seja, um liame diretriz entre o *primum delictum* e a *imputatio juris*. O resultado qualificador só poderá ser imputado ao agente se previsível.

De acordo com o § 3.º do art. 129, o dolo só se estende à lesão corporal, sendo a morte punida a título de culpa, pois subentende-se que o agressor não quer matar a vítima, e não assume o risco de produzir a morte previsível, visto que, se ela ocorrer *de casu*, o agente só responderá por lesão corporal. O agente quer um *minus delictum* e alcança um *maius delictum* inesperado, de modo que se conjugam o dolo no *primum delictum* (lesão corporal) e a culpa no resultado (morte). Exemplo: indivíduo esmurrado por outrem cai, fraturando a base do crânio, e morre. “Ou o de indivíduo que empurra a vítima por uma escada abaixo, resultando disso a sua morte” (*RT, 121:118*).

“Embora não pretendendo o resultado, assume o risco de produzi-lo, devendo ser responsabilizado por lesão corporal seguida de morte o agente que desfere um soco no rosto da vítima, produzindo-lhe a queda ao solo e consequente morte” (*RT, 543:391*). No mesmo sentido: *RT, 512:374*.

É da alçada do julgador, por ser sua apreciação essencialmente jurídica, e não da competência do perito, reconhecer uma lesão corporal dolosa e um resultado qualificador “morte”, perfeitamente previsível, mesmo por leigos. À Medicina Legal caberá tão somente a descrição pericial da sede, número, direção, profundidade

das lesões, o nexa causal entre o dano sofrido pela vítima e a *causa mortis* etc.

No entanto, se o auto de exame necroscópico não descreve o vínculo de causalidade entre a lesão sofrida pela vítima e a causa determinante da morte, sendo, pois, omisso, incompleto e inconsistente em tão relevante consideração, impõe-se a absolvição do acusado do delito de lesão corporal seguida de morte. Nesse sentido: *RT*, 559:232.

O Código Penal pátrio não designa de modo expresso os casos de crime preterdoloso; contudo, estes se manifestam nos seguintes artigos: 133, § 2.º, 134, § 2.º, 135, parágrafo único, 136, § 2.º, 137, parágrafo único, 159, § 3.º, 258, *fine* (forma qualificada dos arts. 250 *usque* 257).

4.4. Lei Maria da Penha — Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006

Como forma de agravar o tratamento penal nos casos da chamada violência doméstica, tal Lei acrescentou o § 9.º ao art. 129 do Código Penal. *Verbis*:

“§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena — detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos”.

4.5. Perícias médico-legais nas lesões corporais

No preâmbulo, o perito se autoqualificará e identificará a autoridade que determinou a perícia, especificando a hora, o local e a finalidade desta e qualificando a vítima a fim de evitar possível troca de pessoa.

É regra geral em perícia médico-legal que o auto seja elaborado continuamente à medida que o exame for sendo realizado.

No comemorativo, a história será livremente narrada pelo próprio paciente; o perito registrará apenas o essencial, atendo-se, porém, aos detalhes importantes, como o tempo e o local da ocorrência, o número de agressores e de golpes, contenção da vítima, ataque de surpresa, agressão à traição, os instrumentos com que foi praticada a ofensa.

À autoridade muitas vezes interessa conhecer o instrumento ou o meio causador da lesão, para julgar do *animus* do agente, completado pelo estudo da causa, da extensão e da sede do ferimento. Como exemplo, citamos a vitriolagem, a lesão incisa por navalha assentada no rosto, indicativas da intenção do autor de marcar indelevelmente a vítima, deformando-a (*vide* n. 4.2.3.4).

A cor das equimoses permite estabelecer a data aproximada da agressão. A forma das escoriações sugere o instrumento traumatizante.

A cor rosácea das cicatrizes supõe traumatismo recente.

As feridas contusas e as incisivas e as lesões profundas serão detidamente examinadas quanto à sede, profundidade, forma e dimensões, e serão registradas de acordo com as *nomina anatomica* (*vide* p. 163 *usque* 172).

O perito pesquisará a possível presença de icterícia emotiva, de confusão mental, de amnésia pós-traumática, resultantes da emoção-choque, frequentemente mais intensa que as próprias lesões materiais sofridas pela vítima.

Se indireto o exame de corpo de delito, não sendo detectado dano anatómico, fisiológico ou mental, à normalidade do queixoso, escusar-se-á o perito de opinar a ofensa, confessando à autoridade a sua dúvida.

O termo *dor*, fenômeno subjetivo presumido, forma de sensibilidade tencionando assegurar a integridade dos órgãos e dos tecidos quando sobre eles atua um agente qualquer, ultrapassando-lhes o limiar de segurança, “ainda antes de que a consciência tome deliberação nesse sentido” (W. Rodrigues), por impossibilidade diagnóstica, a despeito da existência de vários sinais (sinal de Levi, sinal de Mankof, sinal de Muller, sinal de Imbert etc.), na ausência de lesões traumáticas, e variável — quando estas estão presentes, de acordo com o limiar de sensibilidade, o sexo, a idade, a raça, a intelectualidade e o estado emocional do indivíduo —, foi sabiamente excluído dos dispositivos do Código Penal.

Se é certo que o exame das lesões leves reveste-se de relativa facilidade, o mesmo não ocorre com as lesões corporais graves e gravíssimas, que requerem frequentemente dois ou mais exames.

O *exame complementar* ou *suplementar*, realizado após os 30 dias do evento criminoso, por óbvio se impõe.

As lesões corporais graves são, na rotina pericial, representadas, em sua maioria, pelas fraturas, diagnosticadas clínica e radiologicamente, fazendo exceção as dos ossos próprios do nariz, sem sequelas graves, e que permitem o retorno do indivíduo às ocupações habituais antes de 30 dias.

O perito registrará as consequências motoras, tróficas e funcionais advindas do dano.

Na aceleração de parto, após minucioso exame obstétrico, verificará se realmente houve parto, se a criança nasceu viva, procurando estabelecer o nexa de causa e efeito pela observação da lesão (escoriações, hematomas, equimoses) no abdome.

A enfermidade incurável será afirmada após acurados exames clínicos e laboratoriais.

A deformidade permanente requer documentação fotográfica. O perito anexará ao laudo fotografias em várias posições do examinando, anteriores e posteriores à lesão. Se o dano for visível somente em movimento, documentar-se-á por gravação em videoteipe.

No aborto, após esmerado exame, o perito apurará: se a vítima estava realmente grávida, se ocorreu o aborto, se o feto nasceu morto ou morreu logo após o nexa causal.

Reafirmamos, por oportuno, que a expulsão de ser não vital (monstro, litopédio, mola hidatiforme) exclui a hipótese de crime.

Na discussão, o perito dará destaque e estabelecerá as correlações entre os elementos principais do exame médico-legal.

Na conclusão, orientado por esses elementos, afirmará a exata causa e a consequência do delito.

Por fim, evite o perito molestar pacientes internados em UTI, em estado grave, adiando o exame médico-legal, quando necessário.

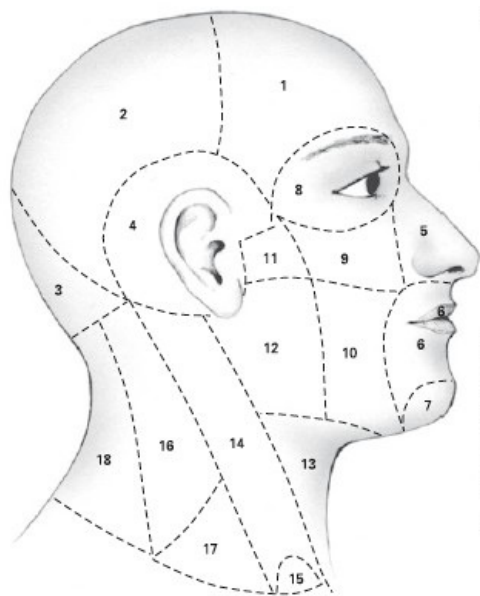


Figura 16. Esquema das lesões localizadas na face direita da cabeça.

Regiões:

1. Frontal
2. Parietal
3. Occipital
4. Temporal
5. Nasal
6. Oral
7. Mentoniana (do mento)
8. Orbital
9. Infraorbital
10. Bucal (da bochecha)
11. Zigomática
12. Parotidomassetérica
13. Região anterior do pescoço
14. Esternocleidomastóidea
15. Fossa supraclavicular menor
16. Região lateral do pescoço
17. Fossa supraclavicular maior (trígono omoclavicular)
18. Região posterior do pescoço

Regiões:

1. Frontal
2. Parietal
3. Occipital
4. Temporal
5. Nasal
6. Oral
7. Mentoniana (do mento)
8. Orbital
9. Infraorbital
10. Bucal (da bochecha)
11. Zigomática
12. Parotídeomassetérica
13. Região anterior do pescoço
14. Esternocleidomastóidea
15. Fossa supraclavicular menor
16. Região lateral do pescoço
17. Fossa supraclavicular maior (trígono omoclavicular)
18. Região posterior do pescoço

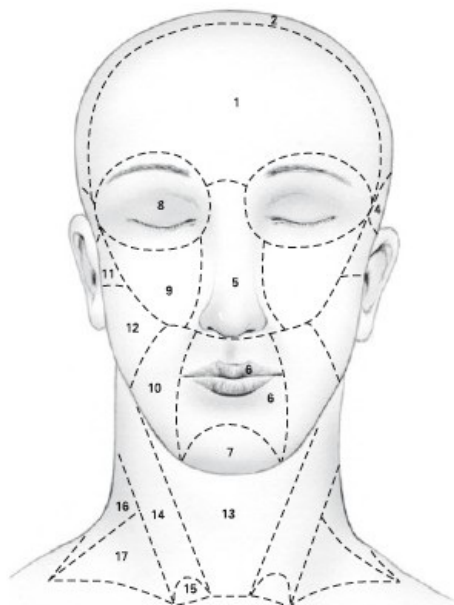
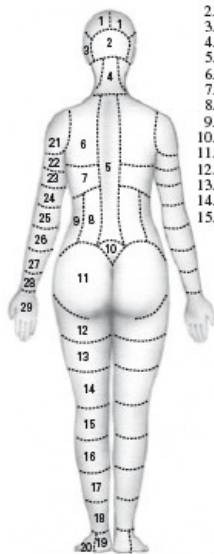


Figura 17. Esquema das lesões localizadas na face e no pescoço.

Figura 18. Esquema das lesões localizadas na face posterior do corpo humano.

Regiões:

1. Parietal
2. Occipital
3. Temporal
4. Posterior do pescoço (nuca)
5. Vertebral
6. Escapular
7. Infraescapular
8. Lombar
9. Lateral do abdome
10. Sacral
11. Glútea
12. Terço proximal
13. Terço médio
14. Terço distal
15. Posterior do joelho (fossa poplítea)

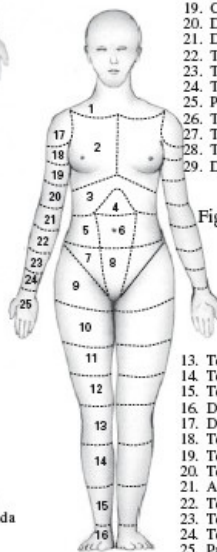


16. Terço proximal
17. Terço médio
18. Terço distal
19. Calcânhar
20. Dorso do pé
21. Deltóidea
22. Terço proximal
23. Terço médio
24. Terço distal
25. Posterior do cotovelo
26. Terço proximal
27. Terço médio
28. Terço distal
29. Dorso da mão e dedos

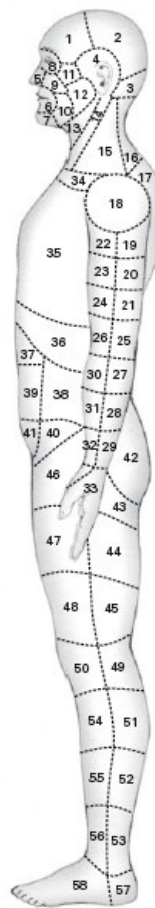
Figura 19. Esquema das lesões localizadas na face anterior do corpo humano.

Regiões:

1. Infraclavicular
2. Mamária
3. Hipocôndrica
4. Epigástrica
5. Lateral do abdome
6. Umbilical
7. Inguinal
8. Púbica
9. Terço proximal
10. Terço médio
11. Terço distal
12. Anterior do joelho



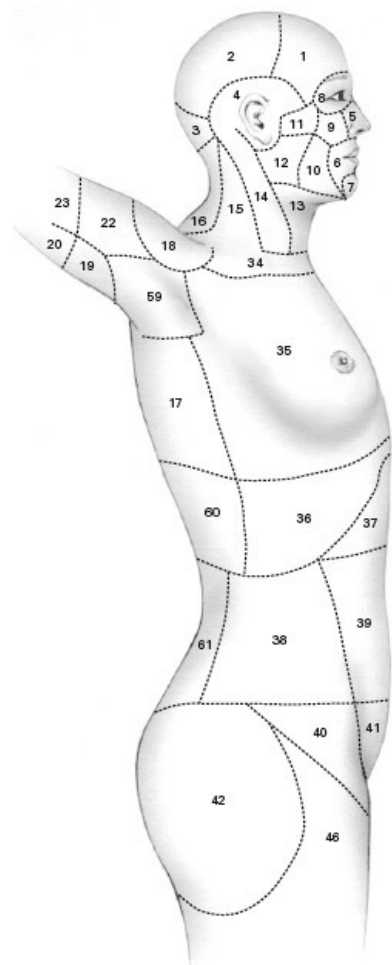
13. Terço proximal
14. Terço médio
15. Terço distal
16. Dorso do pé
17. Deltóidea
18. Terço proximal
19. Terço médio
20. Terço distal
21. Anterior do cotovelo
22. Terço proximal
23. Terço médio
24. Terço distal
25. Palma da mão



Regiões:

1. Frontal
2. Parietal
3. Occipital
4. Temporal
5. Nasal
6. Oral
7. Mentoniana (do mento)
8. Orbital
9. Infraorbital
10. Bucal (da bochecha)
11. Zigomática
12. Parotídeomassetérica
13. Anterior do pescoço
14. Esternocleidomastoídea
15. Lateral do pescoço
16. Posterior do pescoço
17. Escapular
18. Deltóidea
19. Terço proximal
20. Terço médio
21. Terço distal
22. Terço proximal
23. Terço médio
24. Terço distal
25. Região posterior do cotovelo
26. Região anterior do cotovelo
27. Terço proximal
28. Terço médio
29. Terço distal
30. Terço proximal
31. Terço médio
32. Terço distal
33. Dorso da mão
34. Infraclavicular
35. Mamária
36. Hipocôndrica (esquerda)
37. Epigástrica
38. Lateral do abdome
39. Umbilical
40. Inguinal
41. Púbica
42. Glútea
43. Terço proximal
44. Terço médio
45. Terço distal
46. Terço proximal
47. Terço médio
48. Terço distal
49. Posterior do joelho
50. Anterior do joelho
51. Terço proximal
52. Terço médio
53. Terço distal
54. Terço proximal
55. Terço médio
56. Terço distal
57. Calcânhar
58. Dorso do pé

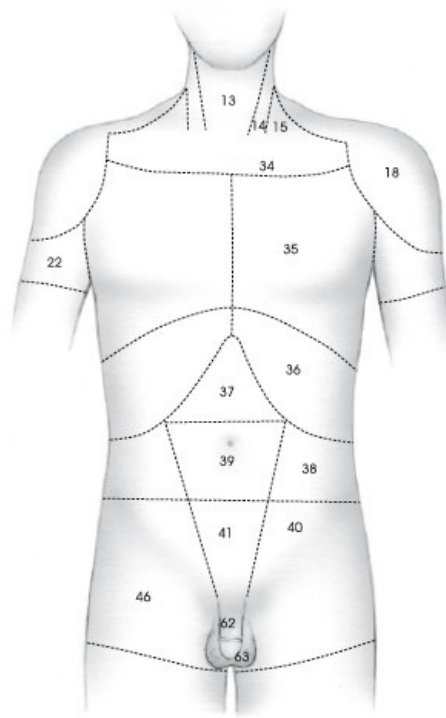
Figura 20. Esquema das lesões localizadas na face lateral esquerda do corpo humano.



Regiões:

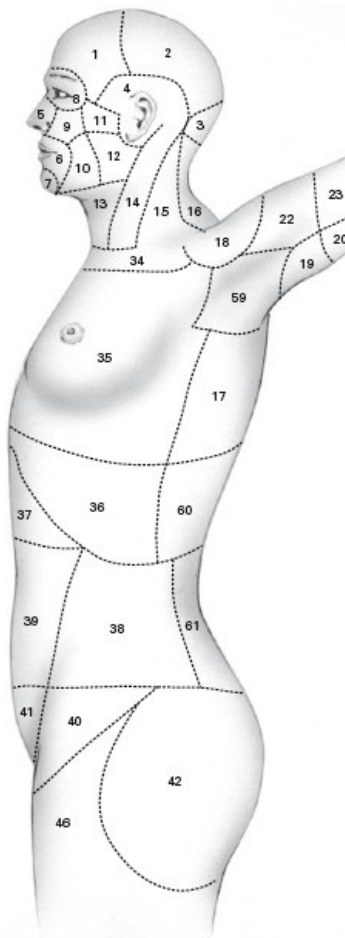
1. Frontal
2. Parietal
3. Occipital
4. Temporal
5. Nasal
6. Oral
7. Mentoniana (do mento)
8. Orbital
9. Infraorbital
10. Bucal (da bochecha)
11. Zigomática
12. Parotídeomassetérica
13. Anterior do pescoço
14. Esternocleidomastoídea
15. Lateral do pescoço
16. Posterior do pescoço
17. Escapular
18. Deltóidea
19. Terço proximal
20. Terço médio
21. Terço distal
22. Terço proximal
23. Terço médio
24. Terço distal
25. Região posterior do cotovelo
26. Região anterior do cotovelo
27. Terço proximal
28. Terço médio
29. Terço distal
30. Terço proximal
31. Terço médio
32. Terço distal
33. Dorso da mão
34. Infraclavicular
35. Mamária
36. Hipocôndrica (direita)
37. Epigástrica
38. Lateral do abdome
39. Umbilical
40. Inguinal
41. Púbica
42. Glútea
43. Terço proximal
44. Terço médio
45. Terço distal
46. Terço proximal
47. Terço médio
48. Terço distal
49. Posterior do joelho
50. Anterior do joelho
51. Terço proximal
52. Terço médio
53. Terço distal
54. Terço proximal
55. Terço médio
56. Terço distal
57. Calcânhar
58. Dorso do pé
59. Região axilar
60. Região infraescapular
61. Região lombar

Figura 21. Esquema das lesões localizadas na face lateral direita do corpo humano.



- Regiões:**
- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 13. Anterior do pescoço | 38. Lateral do abdome |
| 14. Esternocleidomastóideia | 39. Umbilical |
| 15. Lateral do pescoço | 40. Inguinal |
| 34. Infraclavicular | 41. Púbica |
| 35. Mamária | 46. Terço proximal |
| 36. Hipocôndrica (esquerda) | 62. Pênis* |
| 37. Epigástrica | 63. Escroto* (bolsa testicular) |
- * Não são regiões, mas sim órgãos.

Figura 22. Esquema das lesões localizadas no ventre e nos genitais.



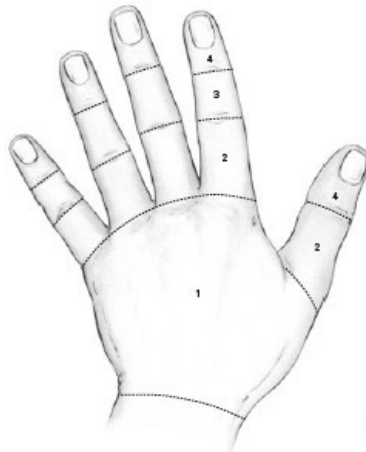
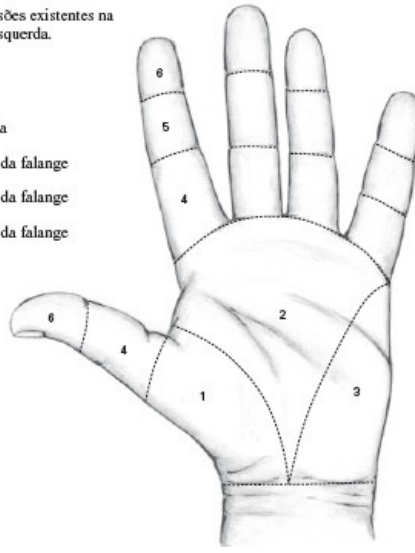
- Regiões:**
- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Frontal | |
| 2. Parietal | |
| 3. Occipital | |
| 4. Temporal | |
| 5. Nasal | |
| 6. Oral | |
| 7. Mentoniana (do mento) | |
| 8. Orbital | |
| 9. Infraorbital | |
| 10. Bucal (da bochecha) | |
| 11. Zigomática | |
| 12. Parotidomassetérica | |
| 13. Anterior do pescoço | |
| 14. Esternocleidomastóideia | |
| 15. Lateral do pescoço | |
| 16. Posterior do pescoço | |
| 17. Escapular | |
| 18. Deltóideia | |
| 19. Terço proximal | } Região posterior do braço |
| 20. Terço médio | |
| 21. Terço distal | |
| 22. Terço proximal | } Região anterior do braço |
| 23. Terço médio | |
| 24. Terço distal | |
| 25. Região posterior do cotovelo | |
| 26. Região anterior do cotovelo | |
| 27. Terço proximal | } Região posterior do antebraço |
| 28. Terço médio | |
| 29. Terço distal | |
| 30. Terço proximal | } Região anterior do antebraço |
| 31. Terço médio | |
| 32. Terço distal | |
| 33. Dorso da mão | |
| 34. Infraclavicular | |
| 35. Mamária | |
| 36. Hipocôndrica (esquerda) | |
| 37. Epigástrica | |
| 38. Lateral do abdome | |
| 39. Umbilical | |
| 40. Inguinal | |
| 41. Púbica | |
| 42. Glútea | |
| 46. Terço proximal | |
| 59. Região axilar | |
| 60. Região infraescapular | |
| 61. Região lombar | |

Figura 23. Esquema das lesões localizadas na face lateral esquerda.

Figura 24. Esquema das lesões existentes na região palmar esquerda.

Regiões:

1. Tenar
2. Palmar média
3. Hipotenar
4. Face palmar da falange proximal
5. Face palmar da falange média
6. Face palmar da falange distal



Regiões:

1. Dorso da mão
2. Face dorsal da falange proximal
3. Face dorsal da falange média
4. Face dorsal da falange distal

Figura 25. Esquema das lesões do dorso da mão esquerda.

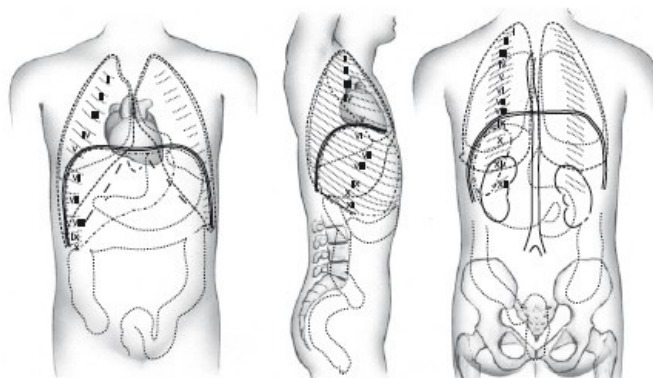


Regiões:

1. Hélix
2. Antélix
3. Concha auricular
4. Antetragus
5. Lóbulo
6. Meato acústico externo
7. Tragus
8. Fossa triangular

Figura 26. Esquema das lesões localizadas no pavilhão auricular direito.

Figura 27. Esquema das lesões localizadas internamente no corpo humano.



4.6. Perícia de sangue

Muita vez interessa à lei saber se é sangue determinada mancha encontrada nas vestes, no cadáver, ou no local do crime.

Objetivando esclarecer à Justiça o perito lançará mão de provas genéricas de orientação e de certeza, de provas específicas de soroprecipitação e de provas individuais por isoaglutinação.

As provas genéricas de orientação baseiam-se no fenômeno em que o sangue atua como um fermento oxidante indireto sobre o reagente (de Meyer, de Adler, de Amado Ferreira), formando com ele composto corado.

O reagente de Meyer é formulado por:

Fenolftaleína 2g

Solução de potassa a 20% 100ml

Zinco em pó 20g

Adicionam-se algumas gotas do reagente de Meyer e de água oxigenada a 12 volumes às gotas da mancha previamente macerada em água destilada, contida num tubo de ensaio, do que resulta um composto de tonalidade vermelho-fucsina (na reação de Kastle-Meyer).

Com o reagente de Adler,

benzidina 4g

ácido acético glacial 100ml,

surge cor azul-anil intenso.

Empregando-se o reagente de Amado Ferreira,

benzidina 4g

ácido láctico 100ml,

a coloração obtida é roxo-terra.

Positivas, essas reações informam que a mancha examinada pode ser sangue. Isto porque essas reações são passíveis de erro, pois dão resultado positivo falso com os sais de ferro, de cobre e com o suco de certas frutas, legumes, cereais. Todavia, se, antes de proceder-se às reações, o macerado for imerso em água fervente, as diástases oxidantes responsáveis pelas causas de erro serão destruídas.

Dentre as provas genéricas de certeza, avulta, por sua simplicidade técnica, a pesquisa dos *Cristais de Teichmann*; demais disso, quando positiva, ela afirma que o material examinado contém sangue.

O ácido acético é o reagente de Teichmann.

Deitam-se sobre uma gota de sangue *in natura* concentrada sobre uma lâmina, a calor brando, na chama de um bico de Bunsen, sucessiva e pausadamente, gotas de ácido acético, levando-as à evaporação. Se o material examinado for sangue, macera-se a mancha obrigatoriamente em soro fisiológico, procedendo-se, daí em diante, como foi acima descrito. Ao microscópio, observam-se na preparação cristais romboédricos, isolados, em cruz, em roseta, de tonalidade comparável à do charuto de Havana.

A melhor reação biológica para a diagnose específica do sangue é a prova de Uhlenhuth.

Somente se procederá à prova de Uhlenhuth após positividade da prova microcristalográfica de Teichmann.

Tomamos, por empréstimo, a Arnaldo Amado Ferreira (*Da técnica médico-legal na investigação forense*, São Paulo, Revista dos Tribunais, 1962, p. 391 e 392) o modo de proceder da reação de Uhlenhuth:

“No tubo n. 1 coloca-se 0,9cm³ do macerado da mancha diluído a 1/00, cuja especificidade se quer determinar e se adiciona 0,1cm³ de soro precipitante anti-humano.

No tubo n. 2, 0,9cm³ da solução de cloreto de sódio a 8,5/00, com o qual se macerou a mancha de sangue e 0,1cm³ de soro precipitante anti-humano.

No tubo n. 3, 0,9cm³ duma solução de sangue humano a 1/00 e 0,1cm³ de soro precipitante anti-humano.

No tubo n. 4, 0,9cm³ duma solução de sangue humano a 1/00 e 0,1cm³ de soro normal de um coelho que não foi injetado.

No tubo n. 5, 0,9cm³ duma solução a 1/00 de sangue de um coelho não inoculado e 0,1cm³ de soro precipitante anti-humano.

No tubo n. 6, 0,9cm³ duma solução de macerado de um pedaço de pano da mancha, porém retirado dum ponto não manchado de sangue e 0,1cm³ de soro precipitante anti-humano.

Os tubos são imediatamente levados à estufa, a 37°C, por vinte minutos a meia hora. Nos tubos n. 1 e 3, se o material for de procedência humana, notar-se-á um precipitado de colorido branco, sob forma de anel, no limite separativo dos líquidos em presença. Os tubos 2, 4, 5 e 6 são para comprova da reação. O soro precipitante fica sempre no fundo do tubo, porque é mais denso que as soluções em exame”.

Em que pese ser a reação de Uhlenhuth simples na técnica, segura e específica nos resultados, lembrando as inúmeras possibilidades de erro, recomenda esse culto mestre ao perito prudência em suas conclusões: “Depois de mencionar que diagnosticou sangue, é necessário não afirmar peremptoriamente a sua especificidade, mesmo que obtenha uma reação positiva com o soro precipitante e sangue humano, por exemplo, que tenha certeza de estar em presença de sangue humano, o que seria cometer uma falta. Dirá, simplesmente, que o sangue estudado deu, com o soro precipitante, as mesmas reações que com sangue humano”.

A diagnose individual do sangue baseia-se no fenômeno biológico de isoaglutinação dos glóbulos vermelhos de um indivíduo postos em contato com o soro ou plasma de indivíduo da mesma espécie.

A isoaglutinação pode ser observada diretamente pelo comportamento das hemácias do doador e do soro do receptor, ou vice-versa, em contato; se não ocorrer hemólise nem aglutinação, a conclusão que se impõe é que os examinados portam idêntico grupo sanguíneo.

Ou indiretamente, pela determinação do tipo sanguíneo a que pertence o indivíduo, comparando-o ao da mancha ou crosta de sangue, pela pesquisa dos aglutinógenos A e B e das aglutininas a e b.

“Pesquisam-se os aglutinógenos, medindo-se o poder que a mancha possui de adsorver, especificamente, as aglutininas a e b de um soro do tipo O. A presença, pois, dos aglutinógenos A e B no material em exame é, então, demonstrada pela redução do título de aglutininas homólogas absorvidas” (Arnaldo Amado Ferreira, *Da técnica*, cit.). Desse modo, se houver:

a) isoaglutinação com hemácias A, o tipo sanguíneo é B;

b) isoaglutinação com hemácias B, o tipo sanguíneo é A;

c) isoaglutinação com hemácias A e B, o tipo sanguíneo é O;

d) isoaglutinação negativa com hemácias A e B, o tipo sanguíneo é AB.

As várias causas de erro estão descritas no n. 17.2.1.5.

A determinação do tipo sanguíneo foi possível em manchas de sangue de 6 a 18 meses (Lattes), até vários anos (Holzer).

A reação isoaglutinante do sangue interessa à Justiça, pois permite presumir inocência ou mesmo descartar culpabilidade a quem se imputa autoria de delito, nunca para incriminá-lo, ainda que os tipos de sangue do suspeito e da mancha examinada sejam coincidentes, já que constituem verdadeira população as pessoas pertencentes a um mesmo grupo sanguíneo. É bem de ver que, se a vítima e o imputado portam sangue tipo A, e a mancha examinada tipo B, há de o réu ser inocentado. Dar-se-á o mesmo sendo ele tipo B e a mancha de sangue tipo A.

Encontradas as manchas, serão elas analisadas, obrigatoriamente, sempre por métodos baseados em princípios diversos, objetivando constar se:

1 — trata-se realmente de sangue?

A caracterização da própria natureza da mancha passa por vários estágios de reconhecimento: primeiro, de orientação, através da reação de Kastle-Meyer, extremamente sensível, mas pouco específica; em seguida, de probabilidade, através de reações de Teichmann, menos sensíveis, porém mais específicas, e, por último, de certeza, por meio de reações de Uhlenhuth, que são ao mesmo tempo sensíveis e específicas.

2 — trata-se de sangue humano ou animal?

O reconhecimento da origem do sangue não resulta de reações químicas, mas serológicas, muito mais complexas. Elas baseiam-se na especificidade biológica. Modo geral, consistem em colocar uma maceração de mancha em contato com o soro de um coelho, preparado por reiteradas injeções no animal de misturas de sangue humano de grupos diferentes, o qual reage às proteínas humanas, precipitando-as.

3 — tratando-se de sangue humano, a que grupo pertence?

Todo sangue humano pertence a um dos quatro grupos principais A, B, AB, O, absolutamente imutáveis até no morto. São determinados através da aglutinação de soros e glóbulos-testes (*vide* p. 145).

4 — qual a proveniência orgânica desse sangue?

Ao laborarista é possível indicar se o sangue analisado procede de uma hemorragia menstrual, nasal etc. graças às células que nele se encontram, muitas vezes identificáveis por seu tipo, forma, espessura e, também, por seus agrupamentos e associações, esses caracteres sendo mais bem evidenciados através de tinturas citológicas ou reações citoquímicas.

CAPÍTULO 5

Infortunistica Acidentária

Sumário: 5.1. Acidente do trabalho. 5.2. Art. 20 da Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. 5.2.1. Tipos de culpa. 5.2.2. Risco profissional. 5.2.3. Lei e indenização acidentária. 5.2.4. Regulamento dos Benefícios da Previdência Social (Dec. n. 3.048, de 6-5-1999). 5.2.5. Comunicação de Resultado de Exame Médico. 5.2.6. Prazo de prescrição.

A infortunistica (de *infortuna*, desdita, desgraça) é o capítulo da Medicina Legal que cuida do acidente do trabalho e da doença profissional.

A matéria está atualmente regulada pela Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991 (*DOU*, 25-7-1991, consolidada no *DOU*, de 14-8-1998), que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e pelo Regulamento dos Benefícios da Previdência Social (Decreto n. 3.048, de 6-5-1999, *DOU*, 7-5-1999).

5.1. Acidente do trabalho

Acidente do trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do labor a serviço da empresa, ou ainda pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, nos termos do art. 19 da Lei n. 8.213/91.

5.2. Art. 20 da Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991

O art. 20 da Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991, considera *acidente do trabalho* as seguintes entidades mórbidas:

I — *doença profissional*, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade (*risco profissional específico*) e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II — *doença do trabalho*, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente (*risco profissional específico agravado*), constante da relação mencionada no inciso I.

E, por extensão, ainda as moléstias não ocupacionais que permanecem assintomáticas, até que o trabalho exercido em condições agressivas provoque o surgimento dos sintomas incapacitantes, ou contribua para o seu desencadeamento; e a doença proveniente de contaminação acidental de pessoal da área médica, no exercício de sua atividade. Em outras palavras, o § 2.º do art. 20 trouxe regra excepcional, onde a Previdência Social deverá considerar acidente do trabalho aquela doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II desse artigo, que tenha resultado das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente.

Dessarte, não serão consideradas como doença do trabalho a moléstia degenerativa, a inerente a grupo etário, a que acometeu obreiros de regiões onde se desenvolva doença *endêmica*, salvo comprovação de que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do seu trabalho e a que não produz incapacidade laborativa (§ 1.º do art. 20).

Equipara-se a *doença profissional* ao *acidente ligado ao trabalho*, consoante o art. 21 da Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991, que tem como base um dano qualquer causado à integridade física ou mental do trabalhador.

Pomos exemplos emprestados do art. 21:

I — o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para a redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II — o acidente sofrido pelo segurado no local e horário do trabalho, em consequência de:

a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;

b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;

c) ato de imprudência, negligência ou imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;

d) ato de pessoa privada do uso da razão;

e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

III — a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV — o acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho:

a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo, quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão de obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, ainda que em veículo de propriedade do segurado;

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 1.º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

§ 2.º Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às consequências do anterior.

O acidente do trabalho é caracterizado pelos seguintes elementos:

1) existência de lesão corporal;

2) incapacidade, temporária ou permanente, para o trabalho;

3) prova, não necessariamente irrefutável, do nexo de causalidade entre o trabalho e a moléstia, como quando o obreiro é acometido por doença que eclodiu ou se agravou em virtude do ambiente onde ele exercia suas funções. Havendo dúvida quanto ao nexo causal, a jurisprudência recomenda *in dubio semper pro laeso*.

Outrora o trabalho foi considerado como uma simples atividade inferior praticada pelo ser humano desvalido de fortuna ou integrante de castas subalternas.

Com o advento da Revolução Industrial e o progresso da maquinaria desenvolveu-se, especialmente no mundo capitalista, uma consciência atenta para o valor econômico-social do trabalho e para a lavratura de legislações em defesa e benefício do obreiro.

As primeiras leis que se preocuparam com a infortunistica acidentária estribaram-se nos conceitos de culpa subjetiva e de culpa objetiva pelo risco criado.

5.2.1. Tipos de culpa

“Culpa é uma conduta positiva ou negativa segundo a qual alguém não quer que o dano aconteça mas ele ocorre pela falta de previsão daquilo que é perfeitamente previsível”, conforme no-lo ensina Pedro Nunes, *Dicionário de tecnologia jurídica*, Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1961.

“A culpa contratual pode ser:

I — *in abstracto*, ou objetiva, se a falta era evitável com o emprego de diligência ou cuidados comuns, de que seria capaz um *bonus pater familias* — que é o paradigma clássico da teoria romanista;

II — *in concreto*, ou subjetiva, é a mesma da pessoa sobre quem recai responsabilidade por falta de atenção, ou por omissão involuntária na diligência que o agente habitualmente emprega nos seus negócios.

Culpa *in eligendo*, quando provém da falta de cautela ou previdência na escolha de preposto ou pessoa a quem é confiada a execução de um ato, ou serviço.

Culpa *in vigilando*, quando é ocasionada pela falta de diligência, atenção, vigilância, fiscalização ou quaisquer outros atos de segurança do agente, no cumprimento do dever, para evitar prejuízo a alguém.

É o caso de empresa de transportes que tolera a saída de veículos desprovidos de freios, dando causa a acidentes.

Culpa concorrente, quando empregado, empregador e prepostos agem, cada qual, com a parcela de culpa.”

As doutrinas da culpa subjetiva e da culpa objetiva pelo risco criado responsabilizavam, respectivamente, ao empregado e, parcial ou integralmente, ao patrão pela ocorrência de acidente ou de *laborare dolentia*. Hodiernamente, em matéria de infortunistica acidentária, adota-se a doutrina, muito mais humana, do risco profissional.

5.2.2. Risco profissional

Risco profissional é o perigo inerente a todo trabalho, industrial ou rural, capaz de produzir lesão corporal, perturbação funcional, doença ou morte do obreiro.

O risco pode ser genérico, específico e específico agravado.

Risco genérico é aquele que incide sobre todas as pessoas, indistintamente, qualquer que seja a natureza de suas comuns atividades corporais.

Risco profissional específico é aquele a que está sujeito determinado obreiro por força do mister que exerce.

Risco profissional específico agravado é aquele a que está sujeito o operário, determinado pelas peculiaridades do trabalho ou das condições em que este é executado.

Para a doutrina do risco profissional, arrimada na legislação vigente, é totalmente irrelevante para justificar o motivo da indenização do obreiro acidentado a culpa exclusiva do empregado, ou seja, a culpa aquiliana ou subjetiva, pois ela não desobriga ao empregador e, por extensão, ao INSS do dever legal de indenizar a vítima. De modo igual, ocorrido o infortúnio do trabalho, seja por culpa *in eligendo*, por culpa *in vigilando*, ou, ainda, por culpa concorrente, o acidentado faz jus a uma indenização. Basta provar o dano, a ocorrência no trabalho ou em razão dele.

Não mais se exige a participação culposa *grave* do empregador.

5.2.3. Lei e indenização acidentária

A lei acidentária é de cunho social, de caráter alimentar e de fundo protetivo, objetivando, sempre, ressarcir o ofendido de qualquer déficit laborativo sofrido, direta ou indiretamente, em razão do trabalho, enquanto persistir a causa incapacitante.

A indenização acidentária, sempre mensurada e tarifada pela própria lei da infortunistica, é transaccional; nela o acidentado ganha porque nada perceberia na ausência de culpa do empregador, e, ao mesmo tempo, perde porque o valor econômico que lhe é pago com base no déficit laborativo e no balizamento da temporariedade ou definitividade de sua incapacitação não guarda correspondência com o dano total sofrido.

Concausa preexistente não constitui óbice à indenização acidentária nem à falta de registro do trabalhador, pois esta pode ser suprida por prova testemunhal idônea e outros documentos.

A indenização acidentária no foro civil é mais ampla, pois obriga ao ressarcimento por perdas e danos, lucros cessantes, se houver, danos estéticos e moral, manutenção, troca ou substituição de próteses, despesas médico-hospitalares e odontológicas, além dos danos materiais e morais (arts. 927 e 186 do CC).

Ainda que na esfera criminal haja absolvição do empregador por ausência ou precariedade de provas no que pertine à culpa, no civil basta que ela exista, mesmo levíssima, para que se o obrigue a ressarcir o trabalhador pelo dano sofrido: *in dubio pro misero*.

A propósito, “Não obstante a sentença absolutória no juízo criminal, a ação civil poderá ser proposta quando não tiver sido, categoricamente, reconhecida a inexistência material do fato” (art. 66 do CPP).

Não há obrigação de indenizar o dano causado por caso fortuito ou motivo de força maior e/ou por culpa exclusiva do acidentado, ou por ato de terceiro sem nenhuma participação na empresa (art. 393 do CC); todavia, há de o empregador provar que o infortúnio ocorreu por culpa exclusiva do obreiro ou por ato de terceiro.

No que pertine à indenização a que faz jus o laborioso acidentado no exercício de sua função, merece destaque a observação de Valentin Carrion: “dano causado pelo empregado é descontável; seria iníquo, entretanto, que todo o dano culposamente causado, normalmente previsto na execução de certos trabalhos, e que integra o risco normal do empreendimento, fosse carreado à responsabilidade do empregado. Exige-se, por isso, dolo ou culpa grave (*Comentários à Consolidação das Leis do Trabalho*, p. 273, n. 2). A responsabilidade do empregado por dano causado deve ser focalizada levando-se em conta o risco a ser suportado pelo empregador” (RT, 637:57).

O dano ocorrido por dolo do ofendido exclui a reparação por acidente do trabalho. Neste caso, incumbe o ônus da prova ao empregador e ao INSS.

Se o acidente do trabalho aconteceu por ato ilícito do empregador, ou de seus prepostos, por dolo durante a jornada de trabalho ou em razão desta, além da responsabilidade acidentária e civil comum responderão também criminalmente.

Não serão considerados atos ilícitos civis os praticados em legítima defesa ou no exercício regular de um direito reconhecido (art. 188 do CC).

O terceiro causador do dano por dolo ou por culpa se obriga à reparação completa, integral, sem prejuízo do obreiro no que tenha recebido do INSS a título de indenização acidentária pelo mesmo evento danoso.

A Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988, estatui:

“Art. 7.º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

XXVIII — seguro contra acidentes do trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa”.

Dessarte, faz jus o acidentado por dolo ou por culpa do patrão a uma indenização por seguradora particular, com risco integral, além do seguro obrigatório de acidente do trabalho do INSS.

O infortúnio ocorrido no trabalho ou em razão dele pode suscitar responsabilidade penal, civil, administrativa, acidentária do trabalho, trabalhista; são ações independentes umas das outras.

Considerar-se-á como dia do acidente, no caso de doença profissional, ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for estabelecido o diagnóstico, cabendo, para esse efeito, o que ocorre primeiro.

5.2.4. Regulamento dos Benefícios da Previdência Social (Dec. n. 3.048, de 6-5-1999)

ANEXO I

RELAÇÃO DAS SITUAÇÕES EM QUE O APOSENTADO POR INVALIDEZ TERÁ DIREITO À MAJORAÇÃO DE VINTE E CINCO POR CENTO PREVISTA NO ART. 45 DESTA REGULAMENTO

- 1 — Cegueira total.
- 2 — Perda de nove dedos das mãos ou superior a esta.
- 3 — Paralisia dos dois membros superiores ou inferiores.
- 4 — Perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível.
- 5 — Perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a prótese seja possível.
- 6 — Perda de um membro superior e outro inferior, quando a prótese for impossível.
- 7 — Alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social.
- 8 — Doença que exija permanência contínua no leito.
- 9 — Incapacidade permanente para as atividades da vida diária.

ANEXO II

AGENTES PATOGÊNICOS CAUSADORES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS OU DO TRABALHO, CONFORME PREVISTO NO ART. 20 DA LEI N. 8.213, DE 1991

AGENTES PATOGENICOS TRABALHOS QUE CONTÊM O RISCO

QUÍMICOS

I — ARSÊNIO E SEUS COMPOSTOS ARSENICAIS

1. metalurgia de minérios arsenicais e indústria eletrônica;
2. extração do arsênio e preparação de seus compostos;
3. fabricação, preparação e emprego de tintas, lacas (gás arsina), inseticidas, parasiticidas e raticidas;
4. processos industriais em que haja desprendimento de hidrogênio arseniado;
5. preparação e conservação de peles e plumas (empalhamento de animais) e conservação da madeira;
6. agentes na produção de vidro, ligas de chumbo, medicamentos e semicondutores.

II — ASBESTO OU AMIANTO

1. extração de rochas amiantíferas, furação, corte, desmonte, trituração, peneiramento e manipulação;
2. despejos do material proveniente da extração, trituração;
3. mistura, cardagem, fição e tecelagem de amianto;
4. fabricação de guarnições para freios, materiais isolantes e produtos de fibrocimento;
5. qualquer colocação ou demolição de produtos de amianto que produza partículas atmosféricas de amianto.

III — BENSENO OU SEUS HOMÓLOGOS TÓXICOS

Fabricação e emprego do benzeno, seus homólogos ou seus derivados aminados e nitrosos:

1. instalações petroquímicas onde se produzir benzeno;
2. indústria química ou de laboratório;
3. produção de cola sintética;
4. usuários de cola sintética na fabricação de calçados, artigos de couro ou borracha e móveis;
5. produção de tintas;
6. impressores (especialmente na fotogravura);
7. pintura a pistola;
8. soldagem.

IV — BERÍLIO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS

1. extração, trituração e tratamento de berílio;
2. fabricação e fundição de ligas e compostos;
3. utilização na indústria aeroespacial e manufatura de instrumentos de precisão e ordenadores; ferramentas cortantes que não produzam faíscas para a indústria petrolífera;
4. fabricação de tubos fluorescentes, de ampolas de raios X, de eletrodos de aspiradores, catodos de queimadores e moderadores de reatores nucleares;
5. fabricação de cadinhos, vidros especiais e de porcelana para isolantes térmicos.

V — BROMO

Fabricação e emprego do bromo e do ácido brômico.

VI — CÁDMIO OU SEUS COMPOSTOS

1. extração, tratamento, preparação e fundição de ligas metálicas;
2. fabricação de compostos de cádmio para soldagem;
3. soldagem;
4. utilização em revestimentos metálicos (galvanização), como pigmentos e estabilizadores em plásticos, nos acumuladores de níquel- cádmio e soldagem de prata.

VII — CARBONETOS METÁLICOS DE TUNGSTÊNIO SINTERIZADOS

Produção de carbonetos sinterizados (mistura, pulverização, modelado, aquecimento em forno, ajuste, pulverização de precisão), na fabricação de ferramentas e de componentes para máquinas e no afiamento das ferramentas. Trabalhadores situados nas proximidades e dentro da mesma oficina.

VIII — CHUMBO OU SEUS COMPOSTOS TÓXICOS

1. extração de minérios, metalurgia e refinação do chumbo;
2. fabricação de acumuladores e baterias (placas);
3. fabricação e emprego de chumbo-tetraetil e chumbo-tetrametila;
4. fabricação e aplicação de tintas, esmaltes e vernizes à base de compostos de chumbo;
5. fundição e laminação de chumbo, de bronze, etc.;
6. fabricação ou manipulação de ligas e compostos de chumbo;
7. fabricação de objetos e artefatos de chumbo, inclusive munições;
8. vulcanização da borracha pelo litargírio ou outros compostos de chumbo;
9. soldagem;
10. indústria de impressão;
11. fabricação de vidro, cristal e esmalte vitrificado;
12. sucata, ferro-velho;
13. fabricação de pérolas artificiais;
14. olaria;
15. fabricação de fósforos.

IX — CLORO	Fabricação e emprego de cloro e ácido clorídrico.
X — CROMO OU SEUS COMPOSTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. fabricação de ácido crômico, de cromatos e bicromatos e ligas de ferrocromo; 2. cromagem eletrolítica de metais (galvanoplastia); 3. curtimento e outros trabalhos com o couro; 4. pintura a pistola com pigmentos de compostos de cromo, polimento de móveis; 5. manipulação de ácido crômico, de cromatos e bicromatos; 6. soldagem de aço inoxidável; 7. fabricação de cimento e trabalhos da construção civil; 8. impressão e técnica fotográfica.
XI — FLÚOR OU SEUS COMPOSTOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. fabricação e emprego de flúor e de ácido fluorídrico; 2. siderurgia (como fundentes); 3. fabricação de ladrilhos, telhas, cerâmica, cimento, vidro, esmalte, fibra de vidro, fertilizantes fosfatados; 4. produção de gasolina (como catalisador alquilante); 5. soldagem elétrica; 6. galvanoplastia; 7. calefação de superfícies; 8. sistema de combustível para foguetes.
XII — FÓSFOROS OU SEUS COMPOSTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. extração e preparação do fósforo branco e de seus compostos; 2. fabricação e aplicação de produtos fosforados e organofosforados (sínteses orgânicas, fertilizantes, praguicidas); 3. fabricação de projéteis incendiários, explosivos e gases asfixiantes à base de fósforo branco; 4. fabricação de ligas de bronze; 5. borrifadores, trabalhadores agrícolas e responsáveis pelo armazenamento, transporte e distribuição dos praguicidas organofosforados.
XIII — HIDROCARBONETOS ALIFÁTICOS OU AROMÁTICOS (SEUS DERIVADOS HALOGENADOS TÓXICOS)	
— Cloreto de metila	Síntese química (metilação), refrigerante, agente especial para extrações.
— Cloreto de metileno	Solvente (azeites, graxas, ceras, acetato de celulose), desengordurante, removedor de pinturas.
— Clorofórmio	Solvente (lacas), agente de extração.
— Tetracloroeto de carbono	Síntese química, extintores de incêndio.
— Cloreto de etila	Síntese química, anestésico local (refrigeração).
1.1 — Dicloroetano	Síntese química, solvente (resinas, borracha, asfalto, pinturas), desengraxante.
1.1.1 — Tricloroetano	Agente desengraxante para limpeza de metais e limpeza a seco.
1.1.2 — Tricloroetano	Solvente.
— Tetracloroetano	Solvente.
— Tricloroetileno	Desengraxante, agente de limpeza a seco e de extração, sínteses químicas.
— Tetracloroetileno	Desengraxante, agente de limpeza a seco e de extração, sínteses químicas.
— Cloreto de vinila	
— Brometo de metila	Intermediário na fabricação de cloreto de polivinila.
— Brometo de etila	Inseticida em fumigação (cereais), sínteses químicas.
1.2 — Dibromoetano	Sínteses químicas, agente especial de extração.
— Clorobenzeno	Inseticida em fumigação (solos), extintor de incêndios, solvente (celuloide, graxas, azeite, ceras).
— Diclorobenzeno	Sínteses químicas, solvente.
XIV — IODO	Fabricação e emprego do iodo.
XV — MANGANÊS E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. extração, tratamento e trituração de pirolusita (dióxido de manganês); 2. fabricação de ligas e compostos do manganês; 3. siderurgia; 4. fabricação de pilhas secas e acumuladores; 5. preparação de permanganato de potássio e fabricação de corantes; 6. fabricação de vidros especiais e cerâmica; 7. soldagem com eletrodos contendo manganês; 8. fabricação de tintas e fertilizantes; 9. curtimento de couro.
XVI — MERCÚRIO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. extração e fabricação do mineral de mercúrio e de seus compostos; 2. fabricação de espoletas com fulminato de mercúrio; 3. fabricação de tintas; 4. fabricação de solda; 5. fabricação de aparelhos: barômetros, manômetros, termômetros, interruptores, lâmpadas, válvulas eletrônicas, ampolas de raio X, retificadores; 6. amalgamação de zinco para fabricação de eletrodos, pilhas e acumuladores; 7. douração e estanhagem de espelhos; 8. empalhamento de animais com sais de mercúrio; 9. recuperação de mercúrio por destilação de resíduos industriais; 10. tratamento a quente de amálgamas de ouro e prata para recuperação desses metais; 11. secretagem de pelos, crinas e plumas, e feltragem à base de compostos de mercúrio; 12. fungicida no tratamento de sementes e brilhos vegetais e na proteção da madeira.
XVII — SUBSTÂNCIAS ASFXIANTES	
1. MONÓXIDO DE CARBONO	Produção e distribuição de gás obtido de combustíveis sólidos (gaseificação do carvão); mecânica de motores, principalmente movidos a gasolina, em recintos semifechados; soldagem acetilênica e a arco; caldeiras, indústria química; siderurgia, fundição, mineração de subsolo; uso de explosivos; controle de incêndios; controle de tráfego; construção de túneis; cervejarias.
2. CIANETO DE HIDROGÊNIO OU SEUS DERIVADOS TÓXICOS	Operações de fumigação de inseticidas, síntese de produtos químicos orgânicos; eletro galvanoplastia; extração de ouro e prata; produção de aço e de plásticos (especialmente o acrilonitrilo-estireno); siderurgia (fornos de coque).
3. SULFETO DE HIDROGÊNIO (ÁCIDO SULFÍDRICO)	Estações de tratamento de águas residuais; mineração; metalurgia; trabalhos em silos; processamento de açúcar da beterraba; curtumes e matadouros; produção de viscosa e celofane; indústria química (produção de ácido sulfúrico, sais de bário); construção de túneis; perfuração de poços petrolíferos e gás; carbonização do carvão a baixa temperatura; litografia e fotogravura.

XVIII — SÍLICA LIVRE (ÓXIDO DE SILÍCIO — SiO ₂)	<ol style="list-style-type: none"> 1. extração de minérios (trabalhos no subsolo e a céu aberto); 2. decapagem, limpeza de metais, foscamento de vidros com jatos de areia, e outras atividades em que se usa areia como abrasivo; 3. fabricação de material refratário para fornos, chaminés e cadinhos, recuperação de resíduos; 4. fabricação de mós, rebolos, saponáceos, pós e pastas para polimento de metais; 5. moagem e manipulação de sílica na indústria de vidros e porcelanas; 6. trabalho em pedreiras; 7. trabalho em construção de túneis; 8. desbastes e polimento de pedras.
XIX — SULFETO DE CARBONO OU DISSULFETO DE CARBONO	<ol style="list-style-type: none"> 1. fabricação de sulfeto de carbono; 2. indústria da viscose, raíom (seda artificial); 3. fabricação e emprego de solventes, inseticidas, parasiticidas e herbicidas; 4. fabricação de vernizes, resinas, sais de amoníaco, tetracloreto de carbono, têxteis, tubos eletrônicos a vácuo, gorduras; 5. limpeza a seco; galvanização; fumigação de grãos; 6. processamento de azeite, enxofre, bromo, cera, graxas e iodo.
XX — ALCATRÃO, BREU, BETUME, HULHA MINERAL, PARAFINA E PRODUTOS OU RESÍDUOS DESSAS SUBSTÂNCIAS, CAUSADORES DE EPITELIOMAS PRIMITIVOS DA PELE	Processos e operações industriais ou não, em que sejam utilizados alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos ou resíduos dessas substâncias.
FÍSICOS	
XXI — RUÍDO E AFECÇÃO AUDITIVA	Mineração, construção de túneis, exploração de pedreiras (detonação, perfuração); engenharia pesada (fundição de ferro, prensa de forja); trabalho com máquinas que funcionam com potentes motores a combustão; utilização de máquinas têxteis; testes de reatores de aviões.
XXII — VIBRAÇÕES (AFECÇÕES DOS MÚSCULOS, TENDÕES, OSSOS, ARTICULAÇÕES, VASOS SANGUÍNEOS PERIFÉRICOS OU DOS NERVOS PERIFÉRICOS)	Indústria metalúrgica, construção naval e auto-mobilística; mineração; agricultura (motosserras); instrumentos pneumáticos; ferramentas vibratórias, elétricas e manuais; condução de caminhões e ônibus.
XXIII — AR COMPRIMIDO	<ol style="list-style-type: none"> 1. trabalhos em caixões ou câmaras pneumáticas e em tubulões pneumáticos; 2. operações com uso de escafandro; 3. operações de mergulho; 4. trabalho com ar comprimido em túneis pressurizados.
XXIV — RADIAÇÕES IONIZANTES	<ol style="list-style-type: none"> 1. extração de minerais radioativos (tratamento, purificação, isolamento e preparo para distribuição), como o urânio; 2. operação com reatores nucleares ou com fontes de nêutrons ou de outras radiações corpusculares; 3. trabalhos executados com exposições a raios X, rádio e substâncias radioativas para fins industriais, terapêuticos e diagnósticos; 4. fabricação e manipulação de produtos químicos e farmacêuticos radioativos (urânio, radônio, mesotório, tório X, céσιο 137 e outros); 5. fabricação e aplicação de produtos luminescentes radíferos; 6. pesquisas e estudos dos raios X e substâncias radioativas em laboratórios.
BIOLÓGICOS	
XXV — MICRO-ORGANISMOS E PARASITAS INFECCIOSOS VIVOS E SEUS PRODUTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Mycobacterium</i>; vírus hospedados por artrópodes; coccidídeos; fungos; histoplasma; leptospira; rickettsia; bacilo (carbúnculo, tétano); ancilóstomo; tripanossoma; pasteurilla. Agricultura; pecuária; silvicultura; caça (inclusi-ve a caça com armadilhas); veterinária; curture. 2. Ancilóstomo; histoplasma; coccidídeos; leptospira; bacilo; sepsse. Construção; escavação de terra; esgoto; canal de irrigação; mineração. 3. <i>Mycobacterium</i>; brucellas; estreptococo (erisipela); fungo; rickettsia; pasteurilla. Manipulação e embalagem de carne e pescado. 4. Fungos; bactérias; mixovírus (doença de Newcastle). Manipulação de aves confinadas e pássaros. 5. Bacilo (carbúnculo) e pasteurilla. Trabalho com pelo, pele ou lã. 6. Bactérias; <i>mycobacteria</i>; brucella; fungos; leptospira; vírus; mixovírus; rickettsia; pasteurilla. Veterinária. 7. <i>Mycobacteria</i>, vírus; outros organismos responsáveis por doenças transmissíveis. Hospital; laboratórios e outros ambientes envolvidos no tratamento de doenças transmissíveis. 8. Fungos (micose cutânea). Trabalhos em condições de temperatura elevada e umidade (cozinhas; ginásios; piscinas; etc.).
POEIRAS ORGÂNICAS	
XXVI — ALGODÃO, LINHO, CÂNHAMO, SISAL	Trabalhadores nas diversas operações com poeiras provenientes desses produtos.
XXVII — AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS OU BIOLÓGICOS, QUE AFETAM A PELE, NÃO CONSIDERADOS EM OUTRAS RUBRICAS.	Trabalhadores mais expostos: agrícolas; da construção civil em geral; da indústria química; de eletro galvanoplastia; de tinturaria; da indústria de plásticos reforçados com fibra de vidro; da pintura; dos serviços de engenharia (óleo de corte ou lubrificante); dos serviços de saúde (medicamentos, anestésicos locais, desinfetantes); do tratamento de gado; dos açougues.

LISTA A
AGENTES OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA
OCUPACIONAL RELACIONADOS COM A ETIOLOGIA DE
DOENÇAS PROFISSIONAIS E DE OUTRAS DOENÇAS
RELACIONADAS COM O TRABALHO

AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL	DOENÇAS CAUSALMENTE RELACIONADAS COM OS RESPECTIVOS AGENTES OU FATORES DE RISCO (DENOMINADAS E CODIFICADAS SEGUNDO A CID-10)
I — ARSÊNIO E SEUS COMPOSTOS ARSENICAIS	<ol style="list-style-type: none">1. Angiossarcoma do fígado (C22.3)2. Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-)3. Outras neoplasias malignas da pele (C44.-)4. Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2)5. Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1)6. Blefarite (H01.0)7. Conjuntivite (H10)8. Queratite e Queratoconjuntivite (H16)9. Arritmias cardíacas (I49.-)10. Rinite Crônica (J31.0)11. Ulceração ou Necrose do Septo Nasal (J34.0)12. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4)13. Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1)14. Gastroenterite e Colites tóxicas (K52.-)15. Hipertensão Portal (K76.6)16. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-)17. Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: “Melanodermia” (L81.4)18. Leucodermia, não classificada em outra parte (Inclui “Vítigo Ocupacional”) (L81.5)19. Ceratose Palmar e Plantar Adquirida (L85.1)20. Efeitos Tóxicos Agudos (T57.0)
II — ASBESTO OU AMIANTO	<ol style="list-style-type: none">1. Neoplasia maligna do estômago (C16.-)2. Neoplasia maligna da laringe (C32.-)3. Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-)4. Mesotelioma da pleura (C45.0)5. Mesotelioma do peritônio (C45.1)6. Mesotelioma do pericárdio (C45.2)7. Placas epicárdicas ou pericárdicas (I34.8)8. Asbestose (J60.-)9. Derrame Pleural (J90.-)10. Placas Pleurais (J92.-)
III — BENZENO E SEUS HOMÓLOGOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none">1. Leucemias (C91-C95.-)2. Síndromes Mielodisplásicas (D46.-)3. Anemia Aplástica devida a outros agentes externos (D61.2)4. Hipoplasia Medular (D61.9)5. Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-)6. Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70)7. Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: Leucocitose, Reação Leucemoide (D72.8)8. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos)9. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos)10. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos)11. Episódios depressivos (F32.-) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos)12. Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0) (Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos)13. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2)14. Hipoacusia Ototóxica (H91.0) (Tolueno e Xileno)15. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-)16. Efeitos Tóxicos Agudos (T52.1 e T52.2)

IV — BERÍLIO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) 2. Conjuntivite (H10) 3. Beriliose (J63.2) 4. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) 5. Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) 6. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) 7. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) 8. Efeitos Tóxicos Agudos (T56.7)
V — Bromo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faringite Aguda (“Angina Aguda”, “Dor de Garganta”) (J02.9) 2. Laringotraqueíte Aguda (J04.2) 3. Faringite Crônica (J31.2) 4. Sinusite Crônica (J32.-) 5. Laringotraqueíte Crônica (J37.1) 6. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) 7. Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) 8. Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) 9. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) 10. Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1) 11. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) 12. Efeitos Tóxicos Agudos (T57.8)
VI — Cádmio ou seus compostos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasia maligna dos brônquios e do pul-mão (C34.-) 2. Transtornos do nervo olfatório (Inclui “Anosmia”) (G52.0) 3. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) 4. Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) 5. Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) 6. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) 7. Enfisema intersticial (J98.2) 8. Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes (K03.7) 9. Gastroenterite e Colites tóxicas (K52.-) 10. Osteomalácia do Adulto Induzida por Drogas (M83.5) 11. Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3) 12. Efeitos Tóxicos Agudos (T56.3)
VII — CARBONETOS METÁLICOS DE TUNGSTÊNIO SINTERIZADOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outras Rinites Alérgicas (J30.3) 2. Asma (J45.-) 3. Pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas especificadas (J63.8)
VIII — CHUMBO OU SEUS COMPOSTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outras anemias devidas a transtornos enzimáticos (D55.8) 2. Anemia Sideroblástica secundária a toxinas (D64.2) 3. Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-) 4. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) 5. Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) 6. Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) 7. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) 8. Hipertensão Arterial (I10.-) 9. Arritmias Cardíacas (I49.-) 10. “Cólica do Chumbo” (K59.8) 11. Gota Induzida pelo Chumbo (M10.1) 12. Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3) 13. Insuficiência Renal Crônica (N17) 14. Infertilidade Masculina (N46) 15. Efeitos Tóxicos Agudos (T56.0)
IX — Cloro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rinite Crônica (J31.0) 2. Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui “Asma Obstrutiva”, “Bronquite Crônica”, “Bronquite Obstrutiva Crônica”) (J44.-) 3. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) 4. Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) 5. Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) 6. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) 7. Efeitos Tóxicos Agudos (T59.4)

X — CROMO OU SEUS COMPOSTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) 2. Outras Rinites Alérgicas (J30.3) 3. Rinite Crônica (J31.0) 4. Ulceração ou Necrose do Septo Nasal (J34.0) 5. Asma (J45.-) 6. “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9) 7. Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) 8. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) 9. Úlcera Crônica da Pele, não classificada em outra parte (L98.4) 10. Efeitos Tóxicos Agudos (T56.2)
XI — FLÚOR OU SEUS COMPOSTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conjuntivite (H10) 2. Rinite Crônica (J31.0) 3. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) 4. Edema Pulmonar Agudo devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) 5. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) 6. Erosão Dentária (K03.2) 7. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) 8. Fluorose do Esqueleto (M85.1) 9. Intoxicação Aguda (T59.5)
XII — FÓSFORO OU SEUS COMPOSTOS TÓXICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) 2. Arritmias cardíacas (I49.-) (Agrotóxicos organofosforados e carbamatos) 3. Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) 4. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) 5. Osteomalácia do Adulto Induzida por Drogas (M83.5) 6. Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose Devida a Drogas (M87.1); Outras Osteonecroses Secundárias (M87.3) 7. Intoxicação Aguda (T57.1) (Intoxicação Aguda por Agrotóxicos Organofosforados: T60.0)
XIII — HIDROCARBONETOS ALIFÁTICOS OU AROMÁTICOS (SEUS DERIVADOS HALOGENADOS TÓXICOS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angiossarcoma do fígado (C22.3) 2. Neoplasia maligna do pâncreas (C25.-) 3. Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) 4. Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-) 5. Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03.-) 6. Outras porfirias (E80.2) 7. <i>Delirium</i>, não sobreposto à demência, como descrita (F05.0) (Brometo de Metila) 8. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) 9. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) 10. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) 11. Episódios Depressivos (F32.-) 12. Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0) 13. Outras formas especificadas de tremor (G25.2) 14. Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9) 15. Transtornos do nervo trigêmeo (G50.-) 16. Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) (n-Hexano) 17. Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1) 18. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) 19. Conjuntivite (H10) 20. Neurite Óptica (H46) 21. Distúrbios visuais subjetivos (H53.-) 22. Outras vertigens periféricas (H81.3) 23. Labirintite (H83.0) 24. Hipoacusia ototóxica (H91.0) 25. Parada Cardíaca (I46.-) 26. Arritmias cardíacas (I49.-) 27. Síndrome de Raynaud (I73.0) (Cloreto de Vinila) 28. Acrocianose e Acroparestesia (I73.8) (Cloreto de Vinila) 29. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0) 30. Edema Pulmonar Agudo devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) 31. Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) 32. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) 33. Doença Tóxica do Fígado (K71.-): Doença Tóxica do Fígado, com Necrose Hepática (K71.1); Doença Tóxica do Fígado, com Hepatite Aguda (K71.2); Doença Tóxica do Fígado com Hepatite Crônica Persistente (K71.3); Doença Tóxica do Fígado com Outros Transtornos Hepáticos (K71.8) 34. Hipertensão Portal (K76.6) (Cloreto de Vinila) 35. “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9) 36. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-) 37. “Cloracne” (L70.8) 38. Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: “Melanodermia” (L81.4) 39. Outros transtornos especificados de pigmentação: “Profíria Cutânea Tardia” (L81.8) 40. Geladura (Frostbite) Superficial: Eritema Pérmio (T33) (Anestésicos clorados locais) 41. Geladura (Frostbite) com Necrose de Tecidos (T34) (Anestésicos clorados locais) 42. Osteólise (M89.5) (de falanges distais de quirodáctilos) (Cloreto de Vinila) 43. Síndrome Nefrítica Aguda (N00.-) 44. Insuficiência Renal Aguda (N17) 45. Efeitos Tóxicos Agudos (T53.-)

XIV — Iodo

1. Conjuntivite (H10)
2. Faringite Aguda (“Angina Aguda”, “Dor de Garganta”) (J02.9)
3. Laringotraqueíte Aguda (J04.2)
4. Sinusite Crônica (J32.-)
5. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”)
6. Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1)
7. Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3)
8. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4)
9. Dermatite Alérgica de Contato (L23.-)
10. Efeitos Tóxicos Agudos (T57.8)

XV — MANGANÊS E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS

1. Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)
2. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-)
3. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-)
4. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)
5. Episódios Depressivos (F32.-)
6. Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0)
7. Parkinsonismo Secundário (G21.2)
8. Inflamação Coriorretiniana (H30)
9. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (J68.0)
10. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4)
11. Efeitos Tóxicos Agudos (T57.2)

XVI — MERCÚRIO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS

1. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-)
2. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-)
3. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-)
4. Episódios Depressivos (F32.-)
5. Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0)
6. Ataxia Cerebelosa (G11.1)
7. Outras formas especificadas de tremor (G25.2)
8. Transtorno extrapiramidal do movimento não especificado (G25.9)
9. Encefalopatia Tóxica Aguda (G92.1)
10. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2)
11. Arritmias cardíacas (I49.-)
12. Gengivite Crônica (K05.1)
13. Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1)
14. Dermatite Alérgica de Contato (L23.-)
15. Doença Glomerular Crônica (N03.-)
16. Nefropatia Túbulo-Intersticial induzida por metais pesados (N14.3)
17. Efeitos Tóxicos Agudos (T57.1)

XVII — SUBSTÂNCIAS ASFIXIANTE: MONÓXIDO DE CARBONO, CIANETO DE HIDROGÊNIO OU SEUS DERIVADOS TÓXICOS, SULFETO DE HIDROGÊNIO (ÁCIDO SULFÍDRICO)

1. Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8)
2. Transtornos do nervo olfatório (Inclui “Anosmia”) (G52.0) (H2S)
3. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) (Sequela)
4. Conjuntivite (H10) (H₂S)
5. Queratite e Queratoconjuntivite (H16)
6. *Angina Pectoris* (I20.-) (CO)
7. Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-) (CO)
8. Parada Cardíaca (I46.-) (CO)
9. Arritmias cardíacas (I49.-) (CO)
10. Bronquite e Pneumonite devida a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Bronquite Química Aguda”) (HCN)
11. Edema Pulmonar Agudo devido a produtos químicos, gases, fumaças e vapores (“Edema Pulmonar Químico”) (J68.1) (HCN)
12. Síndrome de Disfunção Reativa das Vias Aéreas (SDVA/RADS) (J68.3) (HCN)
13. Bronquiolite Obliterante Crônica, Enfisema Crônico Difuso ou Fibrose Pulmonar Crônica (J68.4) (HCN; H₂S)
14. Efeitos Tóxicos Agudos (T57.3; T58; T59.6)

XVIII — Sílica Livre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) 2. Cor Pulmonale (I27.9) 3. Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui “Asma Obstrutiva”, “Bronquite Crônica”, “Bronquite Obstrutiva Crônica”) (J44.-) 4. Silicose (J62.8) 5. Pneumoconiose associada com Tuberculose (“Silicotuberculose”) (J63.8) 6. Síndrome de Caplan (J99.1; M05.3)
XIX — SULFETO DE CARBONO OU DISSULFETO DE CARBONO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8) 2. Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física (F06.-) 3. Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e de disfunção de personalidade (F07.-) 4. Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.-) 5. Episódios Depressivos (F32.-) 6. Neurastenia (Inclui “Síndrome de Fadiga”) (F48.0) 7. Polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G52.2) 8. Encefalopatia Tóxica Crônica (G92.2) 9. Neurite Óptica (H46) 10. <i>Angina Pectoris</i> (I20.-) 11. Infarto Agudo do Miocárdio (I21.-) 12. Aterosclerose (I70.-) e Doença Aterosclerótica do Coração (I25.1) 13. Efeitos Tóxicos Agudos (T52.8)
XX — ALCATRÃO, BREU, BETUME, HULHA MINERAL, PARAFINA E PRODUTOS OU RESÍDUOS DESSAS SUBSTÂNCIAS, CAUSADORES DE EPITELIOMAS PRIMITIVOS DA PELE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) 2. Outras neoplasias malignas da pele (C44.-) 3. Neoplasia maligna da bexiga (C67.-) 4. Dermatite Alérgica de Contato (L23.-) 5. Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: “Melanodermia” (L81.4)
XXI — Ruído e afecção auditiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perda da Audição Provocada pelo Ruído (H83.3) 2. Outras percepções auditivas anormais: Alteração Temporária do Limiar Auditivo, Comprometimento da Discriminação Auditiva e Hiperacusia (H93.2) 3. Hipertensão Arterial (I10.-) 4. Ruptura Traumática do Timpano (pelo ruído) (S09.2)
XXII — VIBRAÇÕES (AFECÇÕES DOS MÚSCULOS, TENDÕES, OSSOS, ARTICULAÇÕES, VASOS SANGUÍNEOS PERIFÉRICOS OU DOS NERVOS PERIFÉRICOS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Síndrome de Raynaud (I73.0) 2. Acrocianose e Acroparestesia (I73.8) 3. Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor Articular (M25.5) 4. Síndrome Cervicobraquial (M53.1) 5. Fibromatose da Fascia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren” (M72.0) 6. Lesões do Ombro (M75.-): Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro) (M75.0); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso (M75.1); Tendinite Bicipital (M75.2); Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3); Bursite do Ombro (M75.5); Outras Lesões do Ombro (M75.8); Lesões do Ombro, não especificadas (M75.9) 7. Outras entesopatias (M77.-): Epicondilite Medial (M77.0); Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia (M79.1) 8. Outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8) 9. Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose Devida a Drogas (M87.1); Outras Osteonecroses Secundárias (M87.3) 10. Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) (M93.1) e outras Osteocondropatias especificadas (M93.8)
XXIII — Ar Comprimido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otite Média não supurativa (H65.9) 2. Perfuração da Membrana do Timpano (H72 ou S09.2) 3. Labirintite (H83.0) 4. Otalgia e Secreção Auditiva (H92.-) 5. Outros transtornos especificados do ouvido (H93.8) 6. Osteonecrose no “Mal dos Caixões” (M90.3) 7. Otite Barotraumática (T70.0) 8. Sinusite Barotraumática (T70.1) 9. “Mal dos Caixões” (Doença da Descompressão) (T70.4) 10. Síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão (T70.8)
XXIV — Radiações Ionizantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasia maligna da cavidade nasal e dos seios paranasais (C30-C31.-) 2. Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-) 3. Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros (Inclui “Sarcoma Ósseo”) 4. Outras neoplasias malignas da pele (C44.-) 5. Leucemias (C91-C95.-) 6. Síndromes Mielodisplásicas (D46.-) 7. Anemia Aplástica devida a outros agentes externos (D61.2) 8. Hipoplasia Medular (D61.9) 9. Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69.-) 10. Agranulocitose (Neutropenia tóxica) (D70) 11. Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: Leucocitose, Reação Leucemoide (D72.8) 12. Polineuropatia induzida pela radiação (G62.8) 13. Blefarite (H01.0) 14. Conjuntivite (H10) 15. Queratite e Queratoconjuntivite (H16) 16. Catarata (H28) 17. Pneumonite por radiação (J70.0 e J70.1) 18. Gastroenterite e Colites tóxicas (K52.-) 19. Radiodermatite (L58.-): Radiodermatite Aguda (L58.0); Radiodermatite Crônica (L58.1); Radiodermatite, não especificada (L58.9); Afecções da pele e do tecido conjuntivo relacionadas com a radiação, não especificadas (L59.9) 20. Osteonecrose (M87.-): Osteonecrose Devida a Drogas (M87.1); Outras Osteonecroses Secundárias (M87.3) 21. Infertilidade Masculina (N46) 22. Efeitos Agudos (não especificados) da Radiação (T66)

XXV — MICRO-ORGANISMOS E PARASITAS INFECCIOSOS VIVOS E SEUS PRODUTOS TÓXICOS (EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO AGENTE E/OU TRANSMISSOR DA DOENÇA, EM PROFISSÕES E/OU CONDIÇÕES DE TRABALHO ESPECIFICADAS)	1. Tuberculose (A15-A19.-)
	2. Carbúnculo (A22.-)
	3. Brucelose (A23.-)
	4. Leptospirose (A27.-)
	5. Tétano (A35.-)
	6. Psitacose, Ornitose, Doença dos Tratadores de Aves (A70.-)
	7. Dengue (A90.-)
	8. Febre Amarela (A95.-)
	9. Hepatites Virais (B15-B19.-)
	10. Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (B20-B24.-)
	11. Dermatofitose (B35.-) e Outras Micoses Superficiais (B36.-)
	12. Paracoccidiomicose (Blastomicose Sul Americana, Blastomicose Brasileira, Doença de Lutz) (B41.-)
	13. Malária (B50-B54.-)
	14. Leishmaniose Cutânea (B55.1) ou Leishmaniose Cutâneo-Mucosa (B55.2)
	15. Pneumonite por Hipersensibilidade a Poeira Orgânica (J67.-): Pulmão do Granjeiro (ou Pulmão do Fazendeiro) (J67.0); Bagaçose (J67.1); Pulmão dos Criadores de Pássaros (J67.2); Suberose (J67.3); Pulmão dos Trabalhadores de Malte (J67.4); Pulmão dos que Trabalham com Cogumelos (J67.5); Doença Pulmonar Devida a Sistemas de Ar Condicionado e de Umidificação do Ar (J67.7); Pneumonites de Hipersensibilidade Devidas a Outras Poeiras Orgânicas (J67.8); Pneumonite de Hipersensibilidade Devida a Poeira Orgânica não especificada: Alveolite Alérgica Extrinseca SOE; Pneumonite de Hipersensibilidade SOE (J67.0)
	16. “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9)

XXVI — ALGODÃO, LINHO, CÂNHAMO, SISAL	1. Outras Rinites Alérgicas (J30.3)
	2. Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (Inclui “Asma Obstrutiva”, “Bronquite Crônica”, “Bronquite Obstrutiva Crônica”) (J44.-)
	3. Asma (J45.-)
	4. Bissinose (J66.0)

XXVII — AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS OU BIOLÓGICOS, QUE AFETAM A PELE, NÃO CONSIDERADOS EM OUTRAS RUBRICAS	1. “Dermatoses Pápulo-Pustulosas e suas complicações infecciosas” (L08.9)
	2. Dermatite Alérgica de Contato (L23.-)
	3. Dermatite de Contato por Irritantes (L24.-)
	4. Urticária Alérgica (L50.0)
	5. “Urticária Física” (devida ao calor e ao frio) (L50.2)
	6. Urticária de Contato (L50.6)
	7. Queimadura Solar (L55)
	8. Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.-): Dermatite por Fotocontato (Dermatite de Berloque) (L56.2); Urticária Solar (L56.3); Outras Alterações Agudas Especificadas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta (L56.8); Outras Alterações Agudas da Pele devidas a Radiação Ultravioleta, sem outra especificação (L56.9)
	9. Alterações da Pele devidas a Exposição Crônica a Radiação Não Ionizante (L57.-): Ceratose Actínica (L57.0); Outras Alterações: Dermatite Solar, “Pele de Fazendeiro”, “Pele de Marinheiro” (L57.8)
	10. “Cloraene” (L70.8)
	11. “Elaioconiose” ou “Dermatite Folicular” (L72.8)
	12. Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: “Melanodermia” (L81.4)
	13. Leucodermia, não classificada em outra parte (Inclui “Vitiligo Ocupacional”) (L81.5)
	14. Úlcera Crônica da Pele, não classificada em outra parte (L98.4)
	15. Geladura (Frostbite) Superficial: Eritema Pérmio (T33) (Frio)
	16. Geladura (Frostbite) com Necrose de Tecidos (T34) (Frio)

ANEXO II

(Redação dada pelo Decreto n. 6.042, de 12-2-2007)

AGENTES PATOGENICOS CAUSADORES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS OU DO TRABALHO, CONFORME PREVISTO NO ART. 20 DA LEI N. 8.213, DE 1991

Notas:

1 — Ao final de cada agrupamento estão indicados intervalos de CID-10 em que se reconhece Nexo Técnico Epidemiológico, na forma do § 1º do art. 337, entre a entidade mórbida e as classes de CNAE indicadas, nelas incluídas todas as subclasses cujos quatro dígitos iniciais sejam comuns.

2 — As doenças e respectivos agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional listados são exemplificativos e complementares.

LISTA B DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo I da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — Tuberculose (A15-A19.-)	Exposição ocupacional ao <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (Bacilo de Koch) ou <i>Mycobacterium bovis</i> , em atividades em laboratórios de biologia, e atividades realizadas por pessoal de saúde, que propiciam contato direto com produtos contaminados ou com doentes cujos exames bacteriológicos são positivos (Z57.8) (Quadro 25); Hipersusceptibilidade do trabalhador exposto a poeiras de sílica (Silicotuberculose). (J65.-)
II — Carbúnculo (A22.-)	Zoonose causada pela exposição ocupacional ao <i>Bacillus anthracis</i> , em atividades suscetíveis de colocar os trabalhadores em contato direto com animais infectados ou com cadáveres desses animais; trabalhos artesanais ou industriais com pelos, pele, couro ou lã. (Z57.8) (Quadro XXV)
III — Brucelose (A23.-)	Zoonose causada pela exposição ocupacional a <i>Brucella melitensis</i> , <i>B. abortus</i> , <i>B. suis</i> , <i>B. canis</i> , etc., em atividades em abatedouros, frigoríficos, manipulação de produtos de carne; ordenha e fabricação de laticínios e atividades semelhantes. (Z57.8) (Quadro XXV)
IV — Leptospirose (A27.-)	Exposição ocupacional a <i>Leptospira icterohaemorrhagiae</i> (e outras espécies), em trabalhos expondo ao contato direto com águas sujas, ou efetuado em locais suscetíveis de serem sujos por dejetos de animais portadores de germes; trabalhos efetuados dentro de minas, túneis, galerias, esgotos em locais subterrâneos; trabalhos em cursos d'água; trabalhos de drenagem; contato com roedores; trabalhos com animais domésticos, e com gado; preparação de alimentos de origem animal, de peixes, de laticínios, etc. (Z57.8) (Quadro XXV)
V — Tétano (A35.-)	Exposição ao <i>Clostridium tetani</i> , em circunstâncias de acidentes do trabalho na agricultura, na construção civil, na indústria, ou em acidentes de trajeto. (Z57.8) (Quadro XXV)
VI — PSITACOSE, ORNITOSE, DOENÇA DOS TRATADORES DE AVES (A70.-)	Zoonoses causadas pela exposição ocupacional a <i>Chlamydia psittaci</i> ou <i>Chlamydia pneumoniae</i> , em trabalhos em criadouros de aves ou pássaros, atividades de Veterinária, em zoológicos, e em laboratórios biológicos, etc. (Z57.8) (Quadro XXV)

VII — DENGUE [DENGUE CLÁSSICO] (A90.-)	Exposição ocupacional ao mosquito (<i>Aedes aegypti</i>) transmissor do arbovírus da Dengue, principalmente em atividades em zonas endêmicas, em trabalhos de saúde pública, e em trabalhos de laboratórios de pesquisa, entre outros. (Z57.8) (Quadro XXV)
VIII — Febre Amarela (A95.-)	Exposição ocupacional ao mosquito (<i>Aedes aegypti</i>) transmissor do arbovírus da Febre Amarela, principalmente em atividades em zonas endêmicas, em trabalhos de saúde pública, e em trabalhos de laboratórios de pesquisa, entre outros. (Z57.8) (Quadro XXV)
IX — HEPATITES VIRAIS (B15-B19.-)	Exposição ocupacional ao Vírus da Hepatite A (HAV); Vírus da Hepatite B (HBV); Vírus da Hepatite C (HCV); Vírus da Hepatite D (HDV); Vírus da Hepatite E (HEV), em trabalhos envolvendo manipulação, acondicionamento ou emprego de sangue humano ou de seus derivados; trabalho com “águas usadas” e esgotos; trabalhos em contato com materiais provenientes de doentes ou objetos contaminados por eles. (Z57.8) (Quadro XXV)
X — DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) (B20-B24.-)	Exposição ocupacional ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), principalmente em trabalhadores da saúde, em decorrência de acidentes perfurocortante com agulhas ou material cirúrgico contaminado, e na manipulação, acondicionamento ou emprego de sangue ou de seus derivados, e contato com materiais provenientes de pacientes infectados. (Z57.8) (Quadro XXV)
XI — DERMATOFITOSE (B35.-) E OUTRAS MICOSES SUPERFICIAIS (B36.-)	Exposição ocupacional a fungos do gênero <i>Epidermophyton</i> , <i>Microsporium</i> e <i>Trichophyton</i> , em trabalhos em condições de temperatura elevada e umidade (cozinhas, ginásios, piscinas) e outras situações específicas de exposição ocupacional. (Z57.8) (Quadro XXV)
XII — Candidíase (B37.-)	Exposição ocupacional a <i>Candida albicans</i> , <i>Candida glabrata</i> , etc., em trabalhos que requerem longas imersões das mãos em água e irritação mecânica das mãos, tais como trabalhadores de limpeza, lavadeiras, cozinheiras, entre outros. (Z57.8) (Quadro XXV)
XIII — PARACOCCIDIOIDOMICOSE (BLASTOMICOSE SUL AMERICANA, BLASTOMICOSE BRASILEIRA, DOENÇA DE LUTZ) (B41.-)	Exposição ocupacional ao <i>Paracoccidioides brasiliensis</i> , principalmente em trabalhos agrícolas ou florestais e em zonas endêmicas. (Z57.8) (Quadro XXV)
XIV — Malária (B50-B54.-)	Exposição ocupacional ao <i>Plasmodium malariae</i> ; <i>Plasmodium vivax</i> ; <i>Plasmodium falciparum</i> ou outros protozoários, principalmente em atividades de mineração, construção de barragens ou rodovias, em extração de petróleo e outras atividades que obrigam a entrada dos trabalhadores em zonas endêmicas (Z57.8) (Quadro XXV)
XV — LEISHMANIOSE CUTÂNEA (B55.1) OU LEISHMANIOSE CUTÂNEO-MUCOSA (B55.2)	Exposição ocupacional à <i>Leishmania brasiliensis</i> , principalmente em trabalhos agrícolas ou florestais e em zonas endêmicas, e outras situações específicas de exposição ocupacional. (Z57.8) (Quadro XXV)

INTERVALO CID-10	CNAE									
	0810	1091	1411	1412	1533	1540	2330	3011	3701	3702
A15-A19	3811	3812	3821	3822	3839	3900	4120	4211	4213	4222
	4223	4291	4299	4312	4321	4391	4399	4687	4711	4713
	4721	4741	4742	4743	4744	4789	4921	4923	4924	4929
	5611	7810	7820	7830	8121	8122	8129	8610	9420	9601

NEOPLASIAS (TUMORES) RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo II da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO (C16.-)	Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro II)
II — ANGIOSSARCOMA DO FÍGADO (C22.3)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X48.-; X49.-; Z57.5) (Quadro I) 2. Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)
III — NEOPLASIA MALIGNA DO PÂNCREAS (C25.-)	1. Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 2. Epicloridrina (X49.-; Z57.5) 3. Hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos na Indústria do Petróleo (X46.-; Z57.5)
IV — NEOPLASIA MALIGNA DA CAVIDADE NASAL E DOS SEIOS PARANASAIS (C30-C31.-)	1. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 2. Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) 3. Poeiras de madeira e outras poeiras orgânicas da indústria do mobiliário (X49.-; Z57.2) 4. Poeiras da indústria do couro (X49.-; Z57.2) 5. Poeiras orgânicas (na indústria têxtil e em padarias) (X49.-; Z57.2) 6. Indústria do petróleo (X46.-; Z57.5)
V — NEOPLASIA MALIGNA DA LARINGE (C32.-)	Asbesto ou Amianto (Z57.2) (Quadro II)
VI — NEOPLASIA MALIGNA DOS BRÔNQUIOS E DO PULMÃO (C34.-)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X48.-; X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro II) 3. Berílio (X49.-; Z57.5) (Quadro IV) 4. Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VI) 5. Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro X) 6. Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 7. Clorometil éteres (X49.-; Z57.5) (Quadro XIII) 8. Silica-livre (Z57.2) (Quadro XVIII) 9. Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias (X49.-; Z57.5) (Quadro XX) 10. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 11. Emissões de fornos de coque (X49.-; Z57.5) 12. Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) 13. Acrilonitrila (X49.-; Z57.5) 14. Indústria do alumínio (fundições) (X49.-; Z57.5) 15. Néblinas de óleos minerais (óleo de corte) (X49.-; Z57.5) 16. Fundições de metais (X49.-; Z57.5)
VII — NEOPLASIA MALIGNA DOS OSSOS E CARTILAGENS ARTICULARES DOS MEMBROS (INCLUI “SARCOMA ÓSSEO”) (C40.-)	Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV)
VIII — OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DA PELE (C44.-)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias causadores de epitelomas da pele (X49.-; Z57.5) (Quadro XX) 3. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 4. Radiações ultravioleta (W89; Z57.1)
IX — MESOTELIOMA (C45.-): MESOTELIOMA DA PLEURA (C45.0), MESOTELIOMA DO PERITÔNIO (C45.1) E MESOTELIOMA DO PERICÁRDIO (C45.2)	Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro II)
X — NEOPLASIA MALIGNA DA BEXIGA (C67.-)	1. Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias (X49.-; Z57.5) (Quadro XX) 2. Aminas aromáticas e seus derivados (Betanafilamina, 2-cloroanilina, benzidina, 0-toluidina, 4-cloro-orto-toluidina) (X49.-; Z57.5) 3. Emissões de fornos de coque (X49.-; Z57.5)
XI — Leucemias (C91-C95.-)	1. Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 3. Óxido de etileno (X49.-; Z57.5) 4. Agentes antineoplásicos (X49.-; Z57.5) 5. Campos eletromagnéticos (W90.-; Z57.5) 6. Agrotóxicos clorados (Clordane e Heptaclor) (X48.-; Z57.4)

TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO
RELACIONADOS COM O TRABALHO (Grupo V da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — DEMÊNCIA EM OUTRAS DOENÇAS ESPECÍFICAS CLASSIFICADAS EM OUTROS LOCAIS (F02.8)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manganês (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 2. Substâncias asfixiantes: CO, H₂S etc. (sequela) (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 3. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
II — DELIRIUM, NÃO SOBREPOSTO A DEMÊNCIA, COMO DESCRITA (F05.0)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)
III — OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DE LESÃO E DE DISFUNÇÃO CEREBRAIS E DE DOENÇA FÍSICA (F06.-): TRANSTORNO COGNITIVO LEVE (F06.7)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 5. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 6. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 7. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 8. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
IV — TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E DE COMPORTAMENTO DECORRENTES DE DOENÇA, LESÃO E DE DISFUNÇÃO DE PERSONALIDADE (F07.-): TRANSTORNO ORGÂNICO DE PERSONALIDADE (F07.0); OUTROS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E DE COMPORTAMENTO DECORRENTES DE DOENÇA, LESÃO OU DISFUNÇÃO CEREBRAL (F07.8)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
V — TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO OU SINTOMÁTICO NÃO ESPECIFICADO (F09.-)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolueno e outros solventes aromáticos neuro- tóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
VI — TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DO ÁLCOOL: ALCOOLISMO CRÔNICO (RELACIONADO COM O TRABALHO) (F10.2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Condições difíceis de trabalho (Z56.5) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
VII — EPISÓDIOS DEPRESSIVOS (F32.-)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
VIII — REAÇÕES AO “STRESS” GRAVE E TRANSTORNOS DE ADAPTAÇÃO (F43.-): ESTADO DE “STRESS” PÓS-TRAUMÁTICO (F43.1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6) 2. Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)
IX — NEURASTENIA (INCLUI “SÍNDROME DE FADIGA”) (F48.0)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Tricloroetileno, Tetracloroetileno, Tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Brometo de Metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 4. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 5. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 7. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)

DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO RELACIONADAS
COM O TRABALHO (Grupo VI da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — Ataxia Cerebelosa (G11.1)	Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)
II — PARKINSONISMO SECUNDÁRIO DEVIDO A OUTROS AGENTES EXTERNOS (G21.2)	Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)
III — OUTRAS FORMAS ESPECIFICADAS DE TREMOR (G25.2)	1. Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. Tetracloroetano (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 4. Outros solventes orgânicos neurotóxicos (X46.-; X49.-; Z57.5)
IV — TRANSTORNO EXTRAPIRAMIDAL DO MOVIMENTO NÃO ESPECIFICADO (G25.9)	1. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI) 2. Cloreto de metileno (Diclorometano) e outros solventes halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)
V — DISTÚRBIOS DO CICLO VIGÍLIA-SONO (G47.2)	Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em Turnos ou Trabalho Noturno) (Z56.6)
VI — TRANSTORNOS DO NERVO TRIGÊMIO (G50.-)	Tricloroetileno e outros solventes halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)
VII — TRANSTORNOS DO NERVO OLFATÓRIO (G52.0) (INCLUI “ANOSMIA”)	1. Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VI) 2. Sulfeto de hidrogênio (X49.-; Z57.5) (Quadro XVII)
VIII — TRANSTORNOS DO PLEXO BRAQUIAL (SÍNDROME DA SAÍDA DO TÓRAX, SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO) (G54.0)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
IX — MONONEUROPATIAS DOS MEMBROS SUPERIORES (G56.-): SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO (G56.0); OUTRAS LESÕES DO NERVO MEDIANO: SÍNDROME DO PRONADOR REDONDO (G56.1); SÍNDROME DO CANAL DE GUYON (G56.2); LESÃO DO NERVO CUBITAL (ULNAR): SÍNDROME DO TÚNEL CUBITAL (G56.2); LESÃO DO NERVO RADIAL (G56.3); OUTRAS MONONEUROPATIAS DOS MEMBROS SUPERIORES: COMPRESSÃO DO NERVO SUPRAESCAPULAR (G56.8)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
X — MONONEUROPATIAS DO MEMBRO INFERIOR (G57.-): LESÃO DO NERVO POPLÍTEO LATERAL (G57.3)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
XI — POLINEUROPATIA DEVIDA A OUTROS AGENTES TÓXICOS (G62.2)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Chumbo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Fósforo (X48.-; X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XII) 4. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 5. n-Hexano (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 6. Metil-n-Butil Cetona (MBK) (X46.-; Z57.5)
XII — POLINEUROPATIA INDUZIDA PELA RADIAÇÃO (G62.8)	Radiações ionizantes (X88.-; Z57.1) (Quadro XXIV)
XIII — ENCEFALOPATIA TÓXICA AGUDA (G92.1)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Chumbo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados halogenados neurotóxicos) (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Mercúrio e seus derivados tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)
XIV — ENCEFALOPATIA TÓXICA CRÔNICA (G92.2)	1. Tolueno e Xileno (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Chumbo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Solventes orgânicos halogenados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XVI) 5. Substâncias asfixiantes: CO, H ₂ S etc. (sequela) (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 6. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)

INTERVALO CID-10	CNAE									
G40-G47	0113	0210	0220	0810	1011	1012	1013	1321	1411	
	1412	1610	1621	1732	1733	1931	2330	2342	2511	
	2539	2861	3701	3702	3811	3812	3821	3822	3839	
	3900	4120	4211	4213	4222	4223	4291	4292	4299	
	4313	4319	4399	4921	4922	4923	4924	4929	4930	
	5212	8011	8012	8020	8030	8121	8122	8129		
G50-G59	0155	1011	1012	1013	1062	1093	1095	1313	1351	
	1411	1412	1421	1529	1531	1532	1533	1539	1540	
	2063	2123	2211	2222	2223	2229	2349	2542	2593	
	2640	2710	2759	2944	2945	3240	3250	4711	5611	
	5612	5620	6110	6120	6130	6141	6142	6143	6190	
	6422	6423	8121	8122	8129	8610				

DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo VII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — Blefarite (H01.0)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 3. Cimento (X49.-; Z57.2)
II — Conjuntivite (H10)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Berílio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro IV) 3. Flúor e seus compostos tóxicos (X49.-) (Quadro XI) 4. Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro XIV) 5. Cloreto de etila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 6. Tetracloro de carbono (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 7. Outros solventes halogenados tóxicos (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 8. Ácido sulfídrico (Sulfeto de hidrogênio) (X49.-; Z57.5) (Quadro XVII) 9. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 10. Radiações Ultravioleta (W89.-; Z57.1) 11. Acrilatos (X49.-; Z57.5) 12. Cimento (X49.-; Z57.2) 13. Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriana (X44.-; Z57.2) 14. Furfural e Álcool Furfurílico (X45.-; Z57.5) 15. Isocianatos orgânicos (X49.-; Z57.5) 16. Selênio e seus compostos (X49.-; Z57.5)
III — QUERATITE E QUERATOCONJUNTIVITE (H16)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Ácido sulfídrico (Sulfeto de hidrogênio) (X49.-; Z57.5) (Quadro XVII) 3. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 4. Radiações Infravermelhas (W90.-; Z57.1) 5. Radiações Ultravioleta (W89.-; Z57.1)
IV — CATARATA (H28)	1. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 2. Radiações Infravermelhas (W90.-; Z57.1)
V — INFLAMAÇÃO CORIORRETINIANA (H30)	Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV)
VI — Neurite Óptica (H46)	1. Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. Cloreto de metileno (Diclorometano) e outros solventes clorados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 3. Tetracloro de carbono (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 5. Metanol (X45.-; Z57.5)
VII — DISTÚRBIOS VISUAIS SUBJETIVOS (H53.-)	1. Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. Cloreto de metileno e outros solventes clorados neurotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)

INTERVALO CID-10	CNAE									
H53-H54	0210	0220	0810	1071	1220	1610	1622	2330	2342	
	3701	3702	3811	3812	3821	3822	3839	3900	4120	
	4211	4212	4213	4222	4223	4291	4299	4312	4313	
	4319	4321	4329	4391	4399	4741	4742	4743	4744	
	4789	4921	4922	4923	4924	4929	4930	8011	8012	
	8020	8030	8121	8122	8129					

DOENÇAS DO OUVIDO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo VIII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — OTITE MÉDIA NÃO SUPURATIVA (H65.9)	1. “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII) 2. Pressão atmosférica inferior à pressão padrão (W94.-; Z57.8)
II — PERFURAÇÃO DA MEMBRANA DO TÍMPANO (H72 OU SO9.2)	1. “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII) 2. Pressão atmosférica inferior à pressão padrão (W94.-; Z57.8)
III — OUTRAS VERTIGENS PERIFÉRICAS (H81.3)	Cloreto de metileno e outros solventes halogenados tóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)
IV — Labirintite (H83.0)	1. Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII)
V — EFEITOS DO RUÍDO SOBRE O OUVIDO INTERNO/PERDA DA AUDIÇÃO PROVOCADA PELO RUÍDO E TRAUMA ACÚSTICO (H83.3)	Exposição ocupacional ao ruído (Z57.0; W42.-) (Quadro XXI)
VI — HIPOACUSIA OTOTÓXICA (H91.0)	1. Homólogos do Benzeno otoneurotóxicos (Tolueno e Xileno) (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Solventes orgânicos otoneurotóxicos (X46.-; Z57.8) (Quadro XIII)
VII — OTALGIA E SECREÇÃO AUDITIVA (H92.-): OTALGIA (H92.0), OTORREIA (H92.1) “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII) OU OTORRAGIA (H92.2)	
VIII — OUTRAS PERCEPÇÕES AUDITIVAS ANORMAIS: ALTERAÇÃO TEMPORÁRIA DO LIMIAR AUDITIVO, COMPROMETIMENTO DA DISCRIMINAÇÃO AUDITIVA E HIPERACUSIA (H93.2)	Exposição ocupacional ao ruído (Z57.0; X42.-) (Quadro XXI)
IX — OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DO OUVIDO (H93.8)	1. Brometo de metila (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 2. “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII)
X — OTITE BAROTRAUMÁTICA (T70.0)	1. “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII) 2. Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-; Z57.8)
XI — SINUSITE BAROTRAUMÁTICA (T70.1)	1. “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII) 2. Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-)
XII — “MAL DOS CAIXÕES” (DOENÇA DE DESCOMPRESSÃO) (T70.4)	1. “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII) 2. Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-; Z57.8)
XIII — SÍNDROME DEVIDA AO DESLOCAMENTO DE AR DE UMA EXPLOÇÃO (T70.8)	1. “Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII) 2. Alterações na pressão atmosférica ou na pressão da água no ambiente (W94.-; Z57.8)

DOENÇAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo IX da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — Hipertensão Arterial (I10.-)	1. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 2. Exposição ocupacional ao Ruído (Z57.0; X42.-) (Quadro XXI) 3. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
II — Angina Pectoris (I20.-)	1. Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 2. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 3. Nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico (X49.-; Z57.5) 4. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
III — INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (I21.-)	1. Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 2. Sulfeto de Carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX) 3. Nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico (X49.-; Z57.5) 4. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)
IV — COR PULMONALE SOE OU DOENÇA CARDIOPULMONAR CRÔNICA (I27.9)	Complicação evolutiva das pneumoconioses graves, principalmente Silicose (Z57.2) (Quadro XVIII)
V — PLACAS EPICÁRDICAS OU PERICÁRDICAS (I34.8)	Asbesto ou Amianto (W83.-; Z57.2) (Quadro II)
VI — PARADA CARDÍACA (I46.-)	1. Derivados halogenados dos hidrocarbonetos alifáticos (X46.-) (Quadro XIII) 2. Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 3. Outros agentes potencialmente causadores de arritmia cardíaca (Z57.5)
VII — ARRITMIAS CARDÍACAS (I49.-)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.5) (Quadro I) 2. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Derivados halogenados dos hidrocarbonetos alifáticos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 4. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XVI) 5. Monóxido de Carbono (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 6. Agrotóxicos organofosforados e carbamatos (X48.-; Z57.4) (Quadros XII e XXVII) 7. Exposição ocupacional a Cobalto (X49.-; Z57.5) 8. Nitroglicerina e outros ésteres do ácido nítrico (X49.-; Z57.5) 9. Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-)

VIII — ATEROESCLEROSE (I70.-)
E DOENÇA ATEROESCLERÓTICA DO CORAÇÃO (I25.1) Sulfeto de carbono (X49.-; Z57.5) (Quadro XIX)

IX — SÍNDROME DE RAYNAUD (I73.0) 1. Cloreto de vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)
2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)
3. Trabalho em baixas temperaturas (frio) (W93.-; Z57.6)

X — ACROCIANOSE E ACROPARESTESIA (I73.8) 1. Cloreto de vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)
2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)
3. Trabalho em baixas temperaturas (frio) (W93.-; Z57.6)

INTERVALO CID-10	CNAE									
I05-I09	4921									
I10-I15	0111	1411	1412	4921	4922	4923	4924	4929	5111	5120
I20-I25	1621	4120	4211	4213	4221	4222	4223	4291	4299	4329
	4399	4921	4922	4930	6110	6120	6130	6141	6142	6143
	6190									
I30-I52	0113	0210	0220	0810	1011	1012	1013	1061	1071	1411
	1412	1610	1931	2029	2330	2342	3600	3701	3702	3811
	3812	3821	3822	3839	3900	4120	4211	4213	4222	4223
	4291	4292	4299	4312	4313	4319	4391	4399	4621	4622
	4623	4921	4922	4923	4924	4929	4930	8121	8122	8129
	8411	9420								
I60-I69	0810	1071	2330	2342	3600	3701	3702	3811	3812	3821
	3822	3839	3900	4120	4211	4213	4222	4223	4291	4299
	4312	4313	4319	4321	4391	4399	4921	4922	4923	4924
	4929	4930	8112	8121	8122	8129	8411	8591	9200	9311
	9312	9313	9319	9420						
I80-I89	1011	1012	1013	1020	1031	1033	1091	1092	1220	1311
	1321	1351	1411	1412	1413	1422	1510	1531	1532	1540
	1621	1622	2123	2342	2542	2710	2813	2832	2833	2920
	2930	2944	2945	3101	3102	3329	3701	3702	3811	3812
	3821	3822	3839	3900	4621	4622	4623	4721	4722	4921
	4922	5611	5612	5620	8011	8012	8020	8030	8121	8122
	8129	8411	8610	9420	9491	9601				

DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo X da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — FARINGITE AGUDA, NÃO ESPECIFICADA (“ANGINA AGUDA”, “DOR DE GARGANTA”) (J02.9)	1. Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro V) 2. Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro XIV)
II — LARINGOTRAQUEÍTE AGUDA (J04.2)	1. Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro V) 2. Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro XIV)
III — OUTRAS RINITES ALÉRGICAS (J30.3)	1. Carbonetos metálicos de tungstênio sinterizados (X49.-; Z57.2 e Z57.5) (Quadro VII) 2. Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro X) 3. Poeiras de algodão, linho, cânhamo ou sisal (Z57.2) (Quadro XXVI) 4. Acrilatos (X49.-; Z57.5) 5. Aldeído fórmico e seus polímeros (X49.-; Z57.5) 6. Aminas aromáticas e seus derivados (X49.-; Z57.5) 7. Anidrido ftálico (X49.-; Z57.5) 8. Azodicarbonamida (X49.-; Z57.5) 9. Carbetos de metais duros: cobalto e titânio (Z57.2) 10. Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriano (X44.-; Z57.3) 11. Furfural e Alcool Furfurílico (X45.-; Z57.5) 12. Isocianatos orgânicos (X49.-; Z57.5) 13. Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) 14. Pentóxido de vanádio (X49.-; Z57.5) 15. Produtos da pirólise de plásticos, cloreto de vinila, teflon (X49.-; Z57.5) 16. Sulfitos, bissulfitos e persulfatos (X49.-; Z57.5) 17. Medicamentos: macrólidos; ranetidina; penicilina e seus sais; cefalosporinas (X44.-; Z57.3) 18. Proteínas animais em aerossóis (Z57.3) 19. Outras substâncias de origem vegetal (cereais, farinhas, serragem, etc.) (Z57.2) 20. Outras substâncias químicas sensibilizantes da pele e das vias respiratórias (X49.-; Z57.2) (Quadro XXVII)

IV — RINITE CRÔNICA (J31.0)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Cloro gasoso (X47.-; Z57.5) (Quadro IX) 3. Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-) (Quadro X) 4. Gás de flúor e Fluoreto de Hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro XI) 5. Amônia (X47.-; Z57.5) 6. Anidrido sulfuroso (X49.-; Z57.5) 7. Cimento (Z57.2) 8. Fenol e homólogos (X46.-; Z57.5) 9. Névoas de ácidos minerais (X47.-; Z57.5) 10. Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) 11. Selênio e seus compostos (X49.-; Z57.5)
V — FARINGITE CRÔNICA (J31.2)	Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro V)
VI — Sinusite Crônica (J32.-)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro V) 2. Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro XIV)
VII — ULCERAÇÃO OU NECROSE DO SEPTO NASAL (J34.0)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VI) 3. Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro X) 4. Soluções e aerossóis de Ácido Cianídrico e seus derivados (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII)
VIII — PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL (J34.8)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro X)
IX — LARINGOTRAQUEÍTE CRÔNICA (J37.1)	Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro V)
X — OUTRAS DOENÇAS PULMONARES OBSTRUTIVAS CRÔNICAS (INCLUI: “ASMA OBSTRUTIVA”, “BRONQUITE CRÔNICA”, “BRONQUITE ASMÁTICA”, “BRONQUITE OBSTRUTIVA CRÔNICA”) (J44.-)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cloro gasoso (X47.-; Z57.5) (Quadro IX) 2. Exposição ocupacional à poeira de sílica livre (Z57.2) (Quadro XVIII) 3. Exposição ocupacional a poeiras de algodão, linho, cânhamo ou sisal (Z57.2) (Quadro XXVI) 4. Amônia (X49.-; Z57.5) 5. Anidrido sulfuroso (X49.-; Z57.5) 6. Névoas e aerossóis de ácidos minerais (X47.-; Z57.5) 7. Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2)
XI — ASMA (J45.-)	Mesma lista das substâncias sensibilizantes produtoras de Rinite Alérgica (X49.-; Z57.2, Z57.4 e Z57.5)
XII — PNEUMOCONIOSE DOS TRABALHADORES DO CARVÃO (J60.-)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2) 2. Exposição ocupacional a poeiras de sílica- -livre (Z57.2) (Quadro XVIII)
XIII — PNEUMOCONIOSE DEVIDA AO ASBESTO (ASBESTOSE) E A OUTRAS FIBRAS MINERAIS (J61.-)	Exposição ocupacional a poeiras de asbesto ou amianto (Z57.2) (Quadro II)
XIV — PNEUMOCONIOSE DEVIDA À POEIRA DE SÍLICA (SILICOSE) (J62.8)	Exposição ocupacional a poeiras de sílica-livre (Z57.2) (Quadro XVIII)
XV — Beriliose (J63.2)	Exposição ocupacional a poeiras de berílio e seus compostos tóxicos (Z57.2) (Quadro IV)
XVI — Siderose (J63.4)	Exposição ocupacional a poeiras de ferro (Z57.2)
XVII — Estanhose (J63.5)	Exposição ocupacional a poeiras de estanho (Z57.2)
XVIII — PNEUMOCONIOSE DEVIDA A OUTRAS POEIRAS INORGÂNICAS ESPECIFICADAS (J63.8)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposição ocupacional a poeiras de carboneto de tungstênio (Z57.2) (Quadro VII) 2. Exposição ocupacional a poeiras de carbeto de metais duros (Cobalto, Titânio, etc.) (Z57.2) 3. Exposição ocupacional a rocha fosfática (Z57.2) 4. Exposição ocupacional a poeiras de alumina (Al₂O₃) (“Doença de Shaver”) (Z57.2)
XIX — PNEUMOCONIOSE ASSOCIADA COM TUBERCULOSE (“SILICOTUBERCULOSE”) (J65.-)	Exposição ocupacional a poeiras de sílica-livre (Z57.2) (Quadro XVIII)
XX — DOENÇAS DAS VIAS AÉREAS DEVIDAS A POEIRAS ORGÂNICAS (J66.-): BISSINOSE (J66.0), DEVIDAS A OUTRAS POEIRAS ORGÂNICAS ESPECIFICADAS (J66.8)	Exposição ocupacional a poeiras de algodão, linho, cânhamo, sisal (Z57.2) (Quadro XXVI)

<p>XXI — PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE A POEIRA ORGÂNICA (J67.-): PULMÃO DO GRANJEIRO (OU PULMÃO DO FAZENDEIRO) (J67.0); BAGAÇOSE (J67.1); PULMÃO DOS CRIADORES DE PÁSSAROS (J67.2); SUBEROSE (J67.3); PULMÃO DOS TRABALHADORES DE MALTE (J67.4); PULMÃO DOS QUE TRABALHAM COM COGUMELOS (J67.5); DOENÇA PULMONAR DEVIDA A SISTEMAS DE AR CONDICIONADO E DE UMIDIFICAÇÃO DO AR (J67.7) PNEUMONITES DE HIPERSENSIBILIDADE DEVIDAS A OUTRAS POEIRAS ORGÂNICAS (J67.8); PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE DEVIDA A POEIRA ORGÂNICA NÃO ESPECIFICADA (ALVEOLITE ALÉRGICA EXTRÍNSECA SOE); PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE SOE (J67.0)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposição ocupacional a poeiras contendo micro-organismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Z57.2) (Quadro XXV) 2. Exposição ocupacional a outras poeiras orgânicas (Z57.2)
<p>XXII — BRONQUITE E PNEUMONITE DEVIDA A PRODUTOS QUÍMICOS, GASES, FUMAÇAS E VAPORES (“BRONQUITE QUÍMICA AGUDA”) (J68.0)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berílio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro IV) 2. Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro V) 3. Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VI) 4. Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro IX) 5. Flúor ou seus compostos tóxicos (X47.-; Z57.5) (Quadro XI) 6. Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 7. Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro XIV) 8. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 9. Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII)
<p>XXIII — EDEMA PULMONAR AGUDO DEVIDO A PRODUTOS QUÍMICOS, GASES, FUMAÇAS E VAPORES (EDEMA PULMONAR QUÍMICO) (J68.1)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berílio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro IV) 2. Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro V) 3. Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VI) 4. Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro IX) 5. Flúor e seus compostos (X47.-; Z57.5) (Quadro XI) 6. Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 7. Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro XIV) 8. Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII)
<p>XXIV — SÍNDROME DE DISFUNÇÃO REATIVA DAS VIAS AÉREAS (SDVA/RADS) (J68.3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro V) 2. Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VI) 3. Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro IX) 4. Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 5. Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro XIV) 6. Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 7. Amônia (X49.-; Z57.5)
<p>XXV — AFECÇÕES RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS DEVIDAS À INALAÇÃO DE GASES, FUMOS, VAPORES E SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS: BRONQUIOLITE OBLITERANTE CRÔNICA, ENFISEMA CRÔNICO DIFUSO, FIBROSE PULMONAR CRÔNICA (J68.4)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arsênico e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Berílio e seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro IV) 3. Bromo (X49.-; Z57.5) (Quadro V) 4. Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VI) 5. Gás Cloro (X47.-; Z57.5) (Quadro IX) 6. Flúor e seus compostos (X47.-; Z57.5) (Quadro XI) 7. Solventes halogenados irritantes respiratórios (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 8. Iodo (X49.-; Z57.5) (Quadro XIV) 9. Manganês e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XV) 10. Cianeto de hidrogênio (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 11. Ácido Sulfídrico (Sulfeto de hidrogênio) (X47.-; Z57.5) (Quadro XVII) 12. Carbetos de metais duros (X49.-; Z57.5) 13. Amônia (X49.-; Z57.5) 14. Anidrido sulfuroso (X49.-; Z57.5) 15. Névoas e aerossóis de ácidos minerais (X47.-; Z57.5) 16. Acrilatos (X49.-; Z57.5) 17. Selênio e seus compostos (X49.-; Z57.5)
<p>XXVI — PNEUMONITE POR RADIAÇÃO (MANIFESTAÇÃO AGUDA) (J70.0) E FIBROSE PULMONAR CONSEQUENTE A RADIAÇÃO (MANIFESTAÇÃO CRÔNICA) (J70.1)</p>	<p>Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV)</p>
<p>XXVII — DERRAME PLEURAL (J90.-)</p>	<p>Exposição ocupacional a poeiras de Asbesto ou Amianto (Z57.2) (Quadro II)</p>
<p>XXVIII — PLACAS PLEURAIAS (J92.-)</p>	<p>Exposição ocupacional a poeiras de Asbesto ou Amianto (Z57.2) (Quadro II)</p>
<p>XXIX — ENFISEMA INTERSTICIAL (J98.2)</p>	<p>Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VI)</p>
<p>XXX — TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS EM OUTRAS DOENÇAS SISTÊMICAS DO TECIDO CONJUNTIVO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE (M05.3): “SÍNDROME DE CAPLAN” (J99.1)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposição ocupacional a poeiras de Carvão Mineral (Z57.2) 2. Exposição ocupacional a poeiras de Sílica livre (Z57.2) (Quadro XVIII)

INTERVALO CID-10	CNAE									
J40-J47	0810	1031	1220	1311	1321	1351	1411	1412	1610	1622
	1629	2330	2342	2539	3101	3102	3329	4120	4211	4213
	4292	4299	4313	4319	4399	4921	8121	8122	8129	8411

DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO
RELACIONADAS COM O TRABALHO
(Grupo XII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — OUTRAS INFECÇÕES LOCAIS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO: “DERMATOSES PÁPULO-PUSTULOSAS E SUAS COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS” (L08.9)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro X) 2. Hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos (seus derivados tóxicos) (Z57.5) (Quadro XIII) 3. Micro-organismos e parasitas infecciosos vivos e seus produtos tóxicos (Z57.5) (Quadro XXV) 4. Outros agentes químicos ou biológicos que afetem a pele, não considerados em outras rubricas (Z57.5) (Quadro XXVII)
II — DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A METAIS (L23.0)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro X) 2. Mercúrio e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro XVI)
III — DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A ADESIVOS (L23.1)	Adesivos, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)
IV — DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A COSMÉTICOS (FABRICAÇÃO/MANIPULAÇÃO) (L23.2)	Fabricação/manipulação de Cosméticos (Z57.5) (Quadro XXVII)
V — DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A DROGAS EM CONTATO COM A PELE (L23.3)	Drogas, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)
VI — DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A CORANTES (L23.4)	Corantes, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)
VII — DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A OUTROS PRODUTOS QUÍMICOS (L23.5)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro X) 2. Fósforo ou seus produtos tóxicos (Z57.5) (Quadro XII) 3. Iodo (Z57.5) (Quadro XIV) 4. Alcatrão, Breu, Betume, Hulha Mineral, Parafina ou resíduos dessas substâncias (Z57.8) (Quadro XX) 5. Borracha (Z57.8) (Quadro XXVII) 6. Inseticidas (Z57.5) (Quadro XXVII) 7. Plásticos (Z57.8) (Quadro XXVII)
VIII — DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A ALIMENTOS EM CONTATO COM A PELE (FABRICAÇÃO/MANIPULAÇÃO) (L23.6)	Fabricação/manipulação de Alimentos (Z57.5) (Quadro XXVII)
IX — DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A PLANTAS (NÃO INCLUI PLANTAS USADAS COMO ALIMENTOS) (L23.7)	Manipulação de Plantas, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro XXVII)
X — DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO DEVIDA A OUTROS AGENTES (CAUSA EXTERNA ESPECIFICADA) (L23.8)	Agentes químicos, não especificados anteriormente, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)
XI — DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES DEVIDA A DETERGENTES (L24.0)	Detergentes, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)
XII — DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES DEVIDA A ÓLEOS E GORDURAS (L24.1)	Óleos e Gorduras, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)
XIII — DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES DEVIDA A SOLVENTES: CETONAS, CICLOHEXANO, COMPOSTOS DO CLORO, ÉSTERES, GLICOL, HIDROCARBONETOS (L24.2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Hidrocarbonetos aromáticos ou alifáticos ou seus derivados halogenados tóxicos (Z57.5) (Quadro XIII)
XIV — DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES DEVIDA A COSMÉTICOS (L24.3)	Cosméticos, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)
XV — DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES DEVIDA A DROGAS EM CONTATO COM A PELE (L24.4)	Drogas, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)

XVI — DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES DEVIDA A OUTROS PRODUTOS QUÍMICOS: ARSÊNIO, BERÍLIO, BROMO, CROMO, CIMENTO, FLÚOR, FÓSFORO, INSETICIDAS (L24.5)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (Z57.5) (Quadro I) 2. Berílio e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro IV) 3. Bromo (Z57.5) (Quadro V) 4. Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro X) 5. Flúor ou seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro XI) 6. Fósforo (Z57.5) (Quadro XII)
XVII — DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES DEVIDA A ALIMENTOS EM CONTATO COM A PELE (L24.6)	Alimentos, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro XXVII)
XVIII — DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES DEVIDA A PLANTAS, EXCETO ALIMENTOS (L24.7)	Plantas, em exposição ocupacional (Z57.8) (Quadro XXVII)
XIX — DERMATITE DE CONTATO POR IRRITANTES DEVIDA A OUTROS AGENTES: CORANTES (L24.8)	Agentes químicos, não especificados anteriormente, em exposição ocupacional (Z57.5) (Quadro XXVII)
XX — URTICÁRIA ALÉRGICA (L50.0)	Agrotóxicos e outros produtos químicos (X48.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XXVII)
XXI — URTICÁRIA DEVIDA AO CALOR E AO FRIO (L50.2)	Exposição ocupacional a calor e frio (W92.-; W93.-; Z57.6) (Quadro XXVII)
XXII — URTICÁRIA DE CONTATO (L50.6)	Exposição ocupacional a agentes químicos, físicos e biológicos que afetam a pele (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XXVII)
XXIII — QUEIMADURA SOLAR (L55)	Exposição ocupacional a radiações actínicas (X32.-; Z57.1) (Quadro XXVII)
XXIV — OUTRAS ALTERAÇÕES AGUDAS DA PELE DEVIDAS A RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA (L56.-): DERMATITE POR FOTOCONTATO (DERMATITE DE BERLOQUE) (L56.2); URTICÁRIA SOLAR (L56.3); OUTRAS ALTERAÇÕES AGUDAS ESPECIFICADAS DA PELE DEVIDAS A RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA (L56.8); OUTRAS ALTERAÇÕES AGUDAS DA PELE DEVIDAS A RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO (L56.9)	Radiação Ultravioleta (W89.-; Z57.1) (Quadro XXVII)
XXV — ALTERAÇÕES DA PELE DEVIDAS A EXPOSIÇÃO CRÔNICA A RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE (L57.-): CERATOSE ACTÍNICA (L57.0); OUTRAS ALTERAÇÕES: DERMATITE SOLAR, “PELE DE FAZENDEIRO”, “PELE DE MARINHEIRO” (L57.8)	Radiações não ionizantes (W89.-; X32.-; Z57.1) (Quadro XXVII)
XXVI — RADIODERMATITE (L58.-): RADIODERMATITE AGUDA (L58.0); RADIODERMATITE CRÔNICA (L58.1); RADIODERMATITE, NÃO ESPECIFICADA (L58.9); AFEÇÕES DA PELE E DO TECIDO CONJUNTIVO RELACIONADAS COM A RADIAÇÃO, NÃO ESPECIFICADAS (L59.9)	Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV)

XXVII — OUTRAS FORMAS DE ACNE: “CLORACNE” (L70.8)	1. Derivados halogenados dos hidrocarbonetos aromáticos, Monoclorobenzeno, Monobromobenzeno, Hexaclorobenzeno (X46.; Z57.5) (Quadro XIII) 2. Derivados do fenol, pentaclorofenol e do hidrobenzonitrilo (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XXVII) 3. Policloreto de Bifenila (PCBs) (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XXVII)
XXVIII — OUTRAS FORMAS DE CISTOS FOLICULARES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO: “ELAIOCONIOSE” OU “DERMATITE FOLICULAR” (L72.8)	Óleos e gorduras de origem mineral ou sintéti-cos (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII)
XXIX — OUTRAS FORMAS DE HIPERPIGMENTAÇÃO PELA MELANINA: “MELANODERMIA” (L81.4)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Clorobenzeno e Diclorobenzeno (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII) 3. Alcatrão, Breu, Betume, Hulha Mineral, Parafina, Creosoto, Piche, Coaltar ou resíduos dessas substâncias (Z57.8) (Quadro XX) 4. Antraceno e Dibenzoantraceno (Z57.5) (Quadro XX) 5. Bismuto (X44.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 6. Citostáticos (X44.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 7. Compostos nitrogenados: Ácido nítrico, Dinitrofenol (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 8. Naftóis adicionados a corantes (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 9. Óleos de corte (Z57.5) (Quadro XXVII) 10. Parafenilendiamina e seus derivados (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 11. Poeira de determinadas madeiras (Z57.3) (Quadro XXVII) 12. Quinino e seus derivados (Z57.5) (Quadro XXVII) 13. Sais de ouro (X44.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 14. Sais de prata (Sequelas de Dermate Crônica de Contato) (X44.-; Z57.5) (Quadro XXVII)
XXX — LEUCODERMIA, NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE (INCLUI “VITILIGO OCUPACIONAL”) (L81.5)	1. Arsênio e seus compostos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Hidroquinona e ésteres derivados (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 3. Monometil éter de hidroquinona (MBEH) (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 4. para-Aminofenol (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 5. para-Butilfenol (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 6. para-Cresol (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 7. Catecol e Pirocatecol (X49.-; Z57.5) (Quadro XXVII) 8. Clorofenol (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XXVII)
XXXI — OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DA PIGMENTAÇÃO: “PORFIRIA CUTÂNEA TARDIA” (L81.8)	Derivados halogenados dos hidrocarbonetos aromáticos: minocloro-benzeno, monobromobenzeno, hexaclorobenzeno (X46.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XIII)

XXXII — CERATOSE PALMAR E PLANTAR ADQUIRIDA (L85.1)	Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I)
XXXIII — ÚLCERA CRÔNICA DA PELE, NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE (L98.4)	1. Cromo e seus compostos tóxicos (Z57.5) (Quadro X) 2. Enzimas de origem animal, vegetal ou bacteriana (Z57.8) (Quadro XXVII)
XXXIV — GELADURA (FROSTBITE) SUPERFICIAL (T33); ERITEMA PÉRNIO	1. Cloreto de etila (anestésico local) (W93.-; Z57.6) (Quadro XIII) 2. Frio (X31.-; W93.-; Z57.6) (Quadro XXVII)
XXXV — GELADURA (FROSTBITE) COM NECROSE DE TECIDOS (T34)	1. Cloreto de etila (anestésico local) (W93.-; Z57.6) (Quadro XIII) 2. Frio (X31.-; W93.-; Z57.6) (Quadro XXVII)

INTERVALO CID-10	CNAE									
L60-L75	8610									
L80-L99	0113	1011	1012	1013	1071	1411	1412	1610	1621	
	1931	2451	5611	5620	8121	8122	8129	8610		

DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO RELACIONADAS COM O TRABALHO
(Grupo XIII da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — ARTRITE REUMATOIDE ASSOCIADA A PNEUMOCONIOSE DOS TRABALHADORES DO CARVÃO (J60.-): “SÍNDROME DE CAPLAN” (M05.3)	1. Exposição ocupacional a poeiras de carvão mineral (Z57.2) 2. Exposição ocupacional a poeiras de sílica livre (Z57.2) (Quadro XVIII)
II — GOTA INDUZIDA PELO CHUMBO (M10.1)	Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII)
III — OUTRAS ARTROSES (M19.-)	Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)
IV — OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE: DOR ARTICULAR (M25.5)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)
V — SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL (M53.1)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)

VI — DORSALGIA (M54.-); CERVICALGIA (M54.2); CIÁTICA (M54.3); LUMBAGO COM CIÁTICA (M54.4)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 3. Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
VII — SINOVITES E TENOSSINOVITES (M65.-): DEDO EM GATILHO (M65.3); TENOSSINOVITE DO ESTILOIDE RADIAL (DE QUERVAIN) (M65.4); OUTRAS SINOVITES E TENOSSINOVITES (M65.8); SINOVITES E TENOSSINOVITES, NÃO ESPECIFICADAS (M65.9)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 3. Condições difíceis de trabalho (Z56.5)
VIII — TRANSTORNOS DOS TECIDOS MOLES RELACIONADOS COM O USO, O USO EXCESSIVO E A PRESSÃO, DE ORIGEM OCUPACIONAL (M70.-); SINOVITE CREPITANTE CRÔNICA DA MÃO E DO PUNHO (M70.0); BURSITE DA MÃO (M70.1); BURSITE DO OLÉCRANO (M70.2); OUTRAS BURSITES DO COTOVELO (M70.3); OUTRAS BURSITES PRÉ-ROTULIANAS	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Ritmo de trabalho penoso (Z56.3) 3. Condições difíceis de trabalho (Z56.5) (M70.4); OUTRAS BURSITES DO JOELHO (M70.5); OUTROS TRANSTORNOS DOS TECIDOS MOLES RELACIONADOS COM O USO, O USO EXCESSIVO E A PRESSÃO (M70.8); TRANSTORNO NÃO ESPECIFICADO DOS TECIDOS MOLES, RELACIONADOS COM O USO, O USO EXCESSIVO E A PRESSÃO (M70.9)
IX — FIBROMATOSE DA FASCIA PALMAR: “CONTRATURA OU MOLÉSTIA DE DUPUYTREN” (M72.0)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)
X — LESÕES DO OMBRO (M75.-) CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO (OMBRO CONGELADO, PERIARTRITE DO OMBRO) (M75.0); SÍNDROME DO MANGUITO ROTATÓRIO OU SÍNDROME DO SUPRAESPINHOSO (M75.1); TENDINITE BICIPITAL (M75.2); TENDINITE CALCIFICANTE DO OMBRO (M75.3); BURSITE DO OMBRO (M75.5); OUTRAS LESÕES DO OMBRO (M75.8); LESÕES DO OMBRO, NÃO ESPECIFICADAS (M75.9)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Ritmo de trabalho penoso (Z56) 3. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)
XI — OUTRAS ENTESOPATIAS (M77.-): EPICONDILITE MEDIAL (M77.0); EPICONDILITE LATERAL (“COTOVELO DE TENISTA”); MIALGIA (M79.1)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)
XII — OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DOS TECIDOS MOLES (M79.8)	1. Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)
XIII — OSTEOMALÁCIA DO ADULTO INDUZIDA POR DROGAS (M83.5)	1. Cádmiu ou seus compostos (X49.-) (Quadro VI) 2. Fósforo e seus compostos (Sesquissulfeto de Fósforo) (X49.-; Z57.5) (Quadro XII)
XIV — FLUOROSE DO ESQUELETO (M85.1)	Flúor e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XI)
XV — OSTEONECROSE (M87.-): OSTEONECROSE DEVIDA A DROGAS (M87.1); OUTRAS OSTEONECROSES SECUNDÁRIAS (M87.3)	1. Fósforo e seus compostos (Sesquissulfeto de Fósforo) (X49.-; Z57.5) (Quadro XII) 2. Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII) 3. Radiações ionizantes (Z57.1) (Quadro XXIV)
XVI — OSTÉOLISE (M89.5) (DE FALANGES DISTAIS DE QUIRODÁCTILOS)	Cloreto de Vinila (X49.-; Z57.5) (Quadro XIII)
XVII — OSTEONECROSE NO “MAL DOS CAIXÕES” (M90.3)	“Ar Comprimido” (W94.-; Z57.8) (Quadro XXIII)
XVIII — DOENÇA DE KIENBÖCK DO ADULTO (OSTEOCONDROSE DO ADULTO DO SEMILUNAR DO CARPO) (M93.1) E OUTRAS OSTEOCONDROPATIAS ESPECIFICADAS (M93.8)	Vibrações localizadas (W43.-; Z57.7) (Quadro XXII)

INTERVALO CID-10	CNAE								
M00-M25	0113	0131	0133	0210	0220	0810	0892	0910	1011
	1012	1013	1020	1031	1033	1041	1051	1052	1061
	1064	1071	1072	1091	1122	1220	1311	1321	1351
	1354	1411	1412	1413	1532	1621	1732	1733	1931
	2012	2019	2312	2330	2341	2342	2349	2431	2443
	2449	2511	2522	2539	2543	2550	2710	2813	2815
	2822	2852	2853	2854	2861	2862	2865	2866	2869
	2920	2930	2944	2945	2950	3011	3102	3600	3701
	3702	3811	3812	3821	3822	3839	3900	4120	4211
	4212	4213	4221	4222	4223	4291	4292	4299	4312
	4313	4319	4321	4329	4391	4399	4621	4622	4623
	4636	4661	4711	4721	4921	4922	4923	4924	4929
	4930	5012	5021	5212	5310	5611	5620	7719	8121
	8122	8129	8411	8424	8430	8591	8610	9200	9311
	9312	9313	9319	9420	9491	9601			

109

M30-M36	1412	8121	8122	8129	8610				
M40-M54	0113	0131	0133	0210	0220	0230	0500	0710	0810
	0892	0910	0990	1011	1012	1013	1020	1031	1033
	1041	1051	1052	1061	1062	1064	1071	1072	1092
	1122	1311	1312	1321	1323	1340	1351	1354	1411
	1412	1413	1421	1422	1510	1532	1610	1621	1622
	1623	1629	1710	1721	1722	1732	1733	1931	2012
	2019	2029	2040	2091	2093	2123	2211	2212	2219
	2221	2222	2312	2320	2330	2341	2342	2349	2391
	2431	2439	2441	2443	2449	2451	2511	2513	2521
	2522	2539	2542	2543	2550	2592	2593	2710	2722
	2733	2813	2815	2822	2832	2833	2852	2853	2854
	2861	2862	2864	2866	2869	2920	2930	2942	2943
	2944	2945	2950	3011	3101	3102	3240	3321	3329
	3600	3701	3702	3811	3812	3821	3822	3839	3900
	4120	4211	4212	4213	4222	4223	4291	4292	4299
	4311	4312	4313	4319	4321	4329	4391	4399	4621
	4622	4623	4632	4636	4661	4681	4682	4685	4686
	4687	4689	4921	4922	4923	4924	4929	4930	5012
	5021	5211	5212	5221	5222	5223	5229	5310	5612
	5620	6431	7719	7732	8121	8122	8129	8424	8430
	8610	9420							
M60-M79	0113	0155	0210	0220	1011	1012	1013	1020	1031
	1033	1051	1052	1062	1064	1092	1093	1094	1095
	1352	1354	1359	1411	1412	1413	1414	1421	1510
	1521	1529	1531	1532	1533	1540	1623	1732	1733
	1742	1749	2040	2063	2091	2110	2121	2123	2211
	2219	2221	2222	2223	2229	2312	2319	2342	2349
	2439	2443	2449	2451	2531	2539	2541	2542	2543
	2550	2591	2592	2593	2610	2631	2632	2640	2651
	2710	2721	2722	2732	2733	2740	2751	2759	2813
	2814	2815	2822	2823	2824	2840	2853	2854	2861
	2864	2866	2869	2920	2930	2941	2942	2943	2944
	2945	2949	3092	3101	3102	3104	3230	3240	3250
	3291	3299	3316	3329	3701	3702	3811	3812	3821
	3822	3839	3900	4221	4632	4634	4711	4713	4912
	5111	5120	5212	5221	5222	5223	5229	5310	5320
	5612	5620	6021	6022	6110	6120	6130	6141	6142
	6143	6190	6209	6311	6399	6422	6423	6431	6550
	7410	7490	7719	7733	8121	8122	8129	8211	8219
	8220	8230	8291	8292	8299	8610	9420	9601	

DOENÇAS DO SISTEMA GENITURINÁRIO RELACIONADAS COM O TRABALHO
(Grupo XIV da CID-10)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
I — SÍNDROME NEFRÍTICA AGUDA (N00.-)	Hidrocarbonetos alifáticos halogenados nefrotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)
II — DOENÇA GLOMERULAR CRÔNICA (N03.-)	Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro XVI)
III — NEFROPATIA TÚBULO-INTERSTICIAL INDUZIDA POR METAIS PESADOS (N14.3)	1. Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) 2. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 3. Mercúrio e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro XVI)
IV — INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA (N17)	Hidrocarbonetos alifáticos halogenados nefrotóxicos (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)
V — INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (N18)	Chumbo ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII)
VI — CISTITE AGUDA (N30.0)	Aminas aromáticas e seus derivados (X49.-; Z57.5)
VII — INFERTILIDADE MASCULINA (N46)	1. Chumbo ou seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro VIII) 2. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 3. Chlordecone (X48.-; Z57.4) 4. Dibromocloropropano (DBCP) (X48.-; Z57.4 e Z57.5) 5. Calor (trabalho em temperaturas elevadas) (Z57.6)

TRAUMATISMOS, ENVENENAMENTOS E ALGUMAS
OUTRAS CONSEQUÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS
RELACIONADOS COM O TRABALHO
(Grupo XIX da CID-10)

DOENÇAS AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL

<p>I — EFEITOS TÓXICOS DE SOLVENTES ORGÂNICOS (T52.-): ALCÓÓIS (T51.8) E CETONAS (T52.4); BENZENO, TOLUENO E XILENO (T52.1 E T52.2); DERIVADOS HALOGENADOS DOS HIDROCARBONETOS ALIFÁTICOS E AROMÁTICOS (T53); TETRACLOROETO DE CARBONO (T53.0); CLOROFÓRMIO (T53.1); TRICLOROETILENO (T53.2); TETRACLOROETILENO (T53.3); DICLOROETANO (T53.4); CLOROFLUORCARBONOS (T53.5); OUTROS DERIVADOS HALOGENADOS DE HIDROCARBONETOS ALIFÁTICOS (T53.6); OUTROS DERIVADOS HALOGENADOS DE HIDROCARBONETOS AROMÁTICOS (T53.7); DERIVADOS HALOGENADOS DE HIDROCARBONETOS ALIFÁTICOS E AROMÁTICOS, NÃO ESPECIFICADOS (T53.9); SULFETO DE CARBONO (T65.4)</p>	<p>Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)</p>
<p>II — EFEITO TÓXICO DE SUBSTÂNCIAS CORROSIVAS (T54): FENOL E HOMÓLOGOS DO FENOL (T54.0); FLÚOR E SEUS COMPOSTOS (T65.8); SELÊNIO E SEUS COMPOSTOS (T56.8); OUTROS COMPOSTOS ORGÂNICOS CORROSIVOS (T54.1); ÁCIDOS CORROSIVOS E SUBSTÂNCIAS ÁCIDAS SIMILARES (T54.2); ÁLCALIS CÁUSTICOS E SUBSTÂNCIAS ALCALINAS SIMILARES (T54.3); EFEITO TÓXICO DE SUBSTÂNCIA CORROSIVA, NÃO ESPECIFICADA (T54.9)</p>	<p>Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5)</p>
<p>III — EFEITO TÓXICO DE METAIS (T56): ARSÊNICO E SEUS</p>	<p>Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias (Z57.5) COMPOSTOS (T57.0); CÁDMIO E SEUS COMPOSTOS (T56.3); CHUMBO E SEUS COMPOSTOS (T56.0); CROMO E SEUS COMPOSTOS (T56.2); MANGANÊS E SEUS COMPOSTOS (T57.2); MERCÚRIO E SEUS COMPOSTOS (T56.1); OUTROS METAIS (T56.8); METAL, NÃO ESPECIFICADO (T56.9)</p>

S40-S49	0131	0133	0210	0220	0500	0810	1011	1012	1013
	1031	1033	1041	1051	1061	1064	1071	1091	1122
	1321	1351	1354	1411	1412	1510	1531	1532	1533
	1540	1610	1621	1622	1623	1629	1722	1732	1733
	1931	2212	2221	2222	2223	2229	2330	2342	2349
	2391	2451	2511	2512	2539	2542	2543	2592	2593
	2710	2813	2815	2822	2823	2832	2833	2861	2866
	2869	2930	2944	2945	2950	3101	3102	3329	3701
	3702	3811	3812	3821	3822	3839	3900	4120	4211
	4213	4221	4222	4223	4291	4292	4299	4312	4313
	4319	4321	4329	4391	4399	4520	4530	4541	4542
	4618	4621	4622	4623	4635	4661	4671	4672	4673
	4674	4679	4687	4721	4722	4731	4732	4741	4742
	4743	4744	4784	4789	4921	4922	4930	5212	5221
	5222	5223	5229	5310	5320	7719	7810	7820	7830
	8011	8012	8020	8030	8121	8122	8129	9420	
S50-S59	0210	0220	0810	1011	1012	1013	1031	1033	1041
	1051	1061	1064	1071	1091	1092	1093	1096	1099
	1122	1311	1321	1354	1411	1412	1510	1531	1532
	1533	1540	1610	1621	1622	1623	1629	1722	1732
	1733	2211	2221	2222	2223	2229	2330	2341	2342
	2391	2511	2512	2539	2542	2543	2592	2593	2710
	2759	2813	2822	2823	2832	2833	2861	2866	2869
	2930	2944	2945	2950	3011	3101	3102	3329	3701
	3702	3811	3812	3821	3822	3839	3900	4120	4211
	4213	4221	4222	4223	4291	4292	4299	4312	4313
	4319	4321	4322	4329	4391	4399	4520	4621	4622
	4623	4635	4661	4685	4686	4687	4689	4711	4721
	4722	4741	4742	4743	4744	4784	4789	4921	4923
	4924	4929	4930	5212	5221	5222	5223	5229	5310
	5320	7719	7732	7810	7820	7830	8011	8012	8020
	8030	8121	8122	8129	9420				

S60-S69	0113	0210	0220	0500	0810	1011	1012	1013	1031
	1033	1041	1042	1051	1052	1061	1062	1063	1064
	1071	1072	1091	1092	1093	1094	1096	1099	1122
	1311	1312	1321	1323	1340	1351	1353	1354	1359
	1411	1412	1510	1529	1531	1532	1533	1540	1610
	1621	1622	1623	1629	1710	1721	1722	1731	1732
	1733	1741	1742	1749	1813	1931	2012	2019	2029
	2061	2063	2091	2092	2123	2211	2212	2219	2221
	2222	2223	2229	2311	2312	2319	2330	2341	2342
	2349	2391	2392	2399	2431	2439	2441	2443	2449
	2451	2452	2511	2512	2513	2521	2522	2531	2532
	2539	2541	2542	2543	2550	2591	2592	2593	2599
	2632	2651	2710	2721	2722	2732	2733	2740	2751
	2759	2790	2811	2812	2813	2814	2815	2821	2822
	2823	2824	2825	2829	2831	2832	2833	2840	2852
	2853	2854	2861	2862	2864	2865	2866	2869	2920
	2930	2941	2942	2943	2944	2945	2949	2950	3011
	3012	3032	3091	3092	3099	3101	3102	3103	3104
	3220	3230	3240	3250	3291	3299	3319	3329	3701
	3702	3811	3812	3821	3822	3832	3839	3900	4120
	4211	4213	4221	4222	4223	4291	4292	4299	4312
	4313	4319	4321	4322	4329	4391	4399	4520	4621
	4622	4623	4632	4634	4661	4671	4672	4673	4674
	4679	4681	4682	4685	4686	4687	4689	4711	4721
	4722	4741	4742	4743	4744	4789	4930	5211	5212
	5320	5819	5829	7719	7732	7810	7820	7830	8121
	8122	8129	8423	9420	9529				
S70-S79	0210	0220	1011	1012	1013	1033	1122	1610	1621
	1622	2330	2391	2511	2512	2539	3101	3329	3701
	3702	3811	3812	3821	3822	3839	3900	4120	4211
	4213	4221	4222	4223	4291	4299	4312	4321	4391
	4399	4520	4530	4541	4542	4618	4687	4731	4732
	4741	4742	4743	4744	4784	4789	4921	4930	5212
	5221	5222	5223	5229	5232	5250	5320	7810	7820
	7830	8011	8012	8020	8030	8121	8122	8129	9420

S80-S89	0210	0220	0230	0500	0710	0810	0990	1011	1012
	1013	1031	1033	1041	1051	1061	1062	1064	1071
	1072	1092	1096	1099	1122	1321	1351	1354	1411
	1412	1510	1531	1532	1540	1610	1621	1622	1623
	1629	1710	1721	1722	1732	1733	1931	2012	2019
	2029	2073	2091	2211	2219	2222	2312	2320	2330
	2341	2342	2391	2439	2443	2449	2451	2511	2512
	2521	2522	2539	2542	2543	2550	2592	2593	2651
	2710	2812	2813	2815	2821	2822	2823	2831	2832
	2833	2840	2852	2854	2861	2862	2864	2865	2866
	2869	2930	2943	2944	2945	2950	3011	3101	3102
	3329	3600	3701	3702	3811	3812	3821	3822	3839
	3900	4120	4211	4213	4221	4222	4223	4291	4292
	4299	4312	4313	4319	4321	4322	4329	4391	4399
	4520	4530	4541	4542	4618	4621	4622	4623	4632
	4635	4636	4637	4639	4661	4671	4672	4673	4674
	4679	4681	4682	4685	4686	4687	4689	4711	4722
	4723	4731	4732	4741	4742	4743	4744	4784	4789
	4912	4921	4922	4923	4924	4929	4930	5211	5212
	5221	5222	5223	5229	5232	5250	5310	5320	7719
	7732	7810	7820	7830	8011	8012	8020	8030	8121
	8122	8129	8423	8424	9420				
S90-S99	0210	0220	0500	0810	1011	1012	1013	1031	1033
	1041	1051	1061	1062	1064	1071	1072	1092	1093
	1122	1311	1321	1351	1354	1411	1412	1510	1532
	1610	1621	1622	1623	1629	1710	1721	1722	1732
	1733	1931	2029	2091	2219	2221	2222	2312	2330
	2341	2342	2391	2431	2439	2441	2443	2449	2451
	2511	2512	2513	2521	2522	2531	2539	2542	2543
	2592	2593	2710	2722	2815	2822	2831	2832	2833
	2840	2852	2853	2854	2861	2862	2865	2866	2869
	2920	2930	2943	2944	2945	2950	3011	3101	3102
	3329	3600	3701	3702	3811	3812	3821	3822	3839
	3900	4120	4211	4213	4221	4222	4223	4291	4292
	4299	4312	4313	4319	4321	4322	4329	4391	4399
	4621	4622	4623	4661	4681	4682	4685	4686	4687
	4689	4711	4784	4912	4921	4922	4930	5111	5120
	5212	5221	5222	5223	5229	5232	5250	5310	5320
	6423	6431	6550	7719	7732	7810	7820	7830	8011
	8012	8020	8030	8121	8122	8129	8423	8424	8610
	9420								

T90-T98	0210	0220	0710	0810	0892	0910	1011	1013	1020
	1031	1033	1041	1042	1061	1062	1071	1072	1091
	1092	1093	1122	1220	1311	1312	1321	1351	1352
	1353	1411	1412	1510	1531	1532	1533	1540	1610
	1621	1622	1629	1733	1932	2014	2019	2029	2032
	2091	2211	2221	2223	2229	2312	2320	2330	2341
	2342	2391	2451	2511	2512	2521	2522	2539	2542
	2592	2593	2640	2740	2751	2790	2813	2814	2822
	2862	2864	2866	2869	2920	2930	2944	2945	2950
	3091	3092	3101	3102	3600	3701	3702	3811	3812
	3821	3822	3839	3900	4120	4211	4213	4221	4291
	4292	4299	4312	4313	4319	4321	4322	4391	4399
	4635	4661	4681	4682	4687	4721	4741	4743	4744
	4784	4922	4923	4924	4929	4930	5012	5021	5030
	5212	5221	5222	5223	5229	5231	5232	5239	5250
	5310	5320	7719	7732	8011	8012	8020	8030	8121
	8122	9420							

ANEXO III
RELAÇÃO DAS SITUAÇÕES QUE DÃO DIREITO AO AUXÍLIO-ACIDENTE

QUADRO N. 1

Aparelho visual

Situações:

- a) acuidade visual, após correção, igual ou inferior a 0,2 no olho acidentado;
- b) acuidade visual, após correção, igual ou inferior a 0,5 em ambos os olhos, quando ambos tiverem sido acidentados;
- c) acuidade visual, após correção, igual ou inferior a 0,5 no olho acidentado, quando a do outro olho for igual a 0,5 ou menos, após correção;
- d) lesão da musculatura extrínseca do olho, acarretando parestesia ou paralisia;
- e) lesão bilateral das vias lacrimais, com ou sem fistulas, ou unilateral com fistula.

Nota 1 — A acuidade visual restante é avaliada pela escala de Wecker, em décimos, e após a correção por lentes.

Nota 2 — A neblina e o leucoma são analisados em função da redução da acuidade ou do prejuízo estético que acarretam, de acordo com os quadros respectivos.

QUADRO N. 2

Aparelho auditivo

TRAUMA ACÚSTICO

- a) perda da audição no ouvido acidentado;
- b) redução da audição em grau médio ou superior em ambos os ouvidos, quando os dois tiverem sido acidentados;
- c) redução da audição, em grau médio ou superior, no ouvido acidentado, quando a audição do outro estiver também reduzida em grau médio ou superior.

Nota 1 — A capacidade auditiva em cada ouvido é avaliada mediante audiometria apenas aérea, nas frequências de 500, 1.000, 2.000 e 3.000 Hertz.

Nota 2 — A redução da audição, em cada ouvido, é avaliada pela média aritmética dos valores, em decibéis, encontrados nas frequências de 500, 1.000, 2.000 e 3.000 Hertz, segundo adaptação da classificação de Davis & Silvermann, 1970.

Audição normal — até vinte e cinco decibéis.

Redução em grau mínimo — vinte e seis a quarenta decibéis;

Redução em grau médio — quarenta e um a setenta decibéis;

Redução em grau máximo — setenta e um a noventa decibéis;

Perda de audição — mais de noventa decibéis.

QUADRO N. 3

Aparelho da fonação

Situação:

Perturbação da palavra em grau médio ou máximo, desde que comprovada por métodos clínicos objetivos.

QUADRO N. 4

Prejuízo estético

Situações:

Prejuízo estético, em grau médio ou máximo, quando atingidos crânios, e/ou face, e/ou pescoço ou perda de dentes quando há também deformação da arcada dentária que impede o uso de prótese.

Nota 1 — Só é considerada como prejuízo estético a lesão que determina apreciável modificação estética do segmento corpóreo atingido, acarretando aspecto desagradável, tendo-se em conta sexo, idade e profissão do acidentado.

Nota 2 — A perda anômica de membro, a redução de movimentos articulares ou a alteração da capacidade funcional de membro não são considerados como prejuízo estético, podendo, porém, ser enquadradas, se for o caso, nos quadros respectivos.

QUADRO N. 5

Perdas de segmentos de membros

Situações:

- a) perda de segmento ao nível ou acima do carpo;
- b) perda de segmento do primeiro quirodáctilo, desde que atingida a falange proximal;
- c) perda de segmentos de dois quirodáctilos, desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles;
- d) perda de segmento do segundo quirodáctilo, desde que atingida a falange proximal;
- e) perda de segmento de três ou mais falanges, de três ou mais quirodáctilos;
- f) perda de segmento ao nível ou acima do tarso;
- g) perda de segmento do primeiro pododáctilo, desde que atingida a falange proximal;
- h) perda de segmento de dois pododáctilos, desde que atingida a falange proximal em ambos;
- i) perda de segmento de três ou mais falanges, de três ou mais pododáctilos.

Nota: Para efeito de enquadramento, a perda parcial de parte óssea de um segmento equivale à perda do segmento. A perda parcial de partes moles sem perda de parte óssea do segmento não é considerada para efeito de enquadramento.

QUADRO N. 6

Alterações articulares

Situações:

- a) redução em grau médio ou superior dos movimentos da mandíbula;
- b) redução em grau máximo dos movimentos do segmento cervical da coluna vertebral;
- c) redução em grau máximo dos movimentos do segmento lombo-sacro da coluna vertebral;
- d) redução em grau médio ou superior dos movimentos das articulações do ombro ou do cotovelo;
- e) redução em grau médio ou superior dos movimentos de pronação e/ou de supinação do antebraço;
- f) redução em grau máximo dos movimentos do primeiro e/ou do segundo quirodáctilo, desde que atingidas as articulações metacarpo-falangeana e falange-falangeana;
- g) redução em grau médio ou superior dos movimentos das articulações coxo-femural e/ou joelho, e/ou tibiotársica.

Nota 1 — Os graus de redução de movimentos articulares referidos neste quadro são avaliados de acordo com os seguintes critérios:

Grau máximo: redução acima de dois terços da amplitude normal do movimento da articulação;

Grau médio: redução de mais de um terço e até dois terços da amplitude normal do movimento da articulação;

Grau mínimo: redução de até um terço da amplitude normal do movimento da articulação.

Nota 2 — A redução de movimentos do cotovelo, de pronação e supinação do antebraço, punho, joelho e tibiotársica, secundária a uma fratura de osso longo do membro, consolidada em posição viciosa e com desvio de eixo, também é enquadrada dentro dos limites estabelecidos.

QUADRO N. 7

Ecurtamento de membro inferior

Situação:

Ecurtamento de mais de 4 cm (quatro centímetros).

Nota: A preexistência de lesão de bacia deve ser considerada quando da avaliação do encurtamento.

QUADRO N. 8

Redução da força e/ou da capacidade funcional dos membros

Situações:

- a) redução da força e/ou da capacidade funcional da mão, do punho, do antebraço ou de todo o membro superior em grau sofrível ou inferior da classificação de desempenho muscular;
- b) redução da força e/ou da capacidade funcional do primeiro quirodáctilo em grau sofrível ou inferior;
- c) redução da força e/ou da capacidade funcional do pé, da perna ou de todo o membro inferior em grau sofrível ou inferior.

Nota 1 — Esta classificação se aplica a situações decorrentes de comprometimento muscular ou neurológico. Não se aplica a alterações decorrentes de lesões articulares ou de perdas anatómicas constantes dos quadros próprios.

Nota 2 — Na avaliação de redução da força ou da capacidade funcional é utilizada a classificação da carta de desempenho muscular da The National Foundation for Infantile Paralysis, adotada pelas Sociedades Internacionais de Ortopedia e Traumatologia, e a seguir transcrita:

Desempenho muscular

Grau 5 — Normal — cem por cento — Amplitude completa de movimento contra a gravidade e contra grande resistência.

Grau 4 — Bom — setenta e cinco por cento — Amplitude completa de movimento contra a gravidade e contra alguma resistência.

Grau 3 — Sofrível — cinquenta por cento — Amplitude completa de movimento contra a gravidade sem opor resistência.

Grau 2 — Pobre — vinte e cinco por cento — Amplitude completa de movimento quando eliminada a gravidade.

Grau 1 — Traços — dez por cento — Evidência de leve contração. Nenhum movimento articular.

Grau 0 (zero) — zero por cento — Nenhuma evidência de contração.

Grau E ou EG — zero por cento — Espasmo ou espasmo grave.

Grau C ou CG — Contratura ou contratura grave.

Nota — O enquadramento dos casos de grau sofrível ou inferior abrange, na prática, os casos de redução em que há impossibilidade de movimento contra alguma força de resistência além da força de gravidade.

QUADRO N. 9

Outros aparelhos e sistemas

Situações:

- a) segmentectomia pulmonar que acarrete redução em grau médio ou superior da capacidade funcional respiratória; devidamente correlacionada à sua atividade laborativa.
- b) perda do segmento do aparelho digestivo cuja localização ou extensão traz repercussões sobre a nutrição e o estado geral.

DOENÇAS PROFISSIONAIS E AS DO TRABALHO

As doenças profissionais e as do trabalho, que após consolidações das lesões resultem sequelas permanentes com redução da capacidade de trabalho, deverão ser enquadradas conforme o art.104 deste Regulamento.

ANEXO IV

CLASSIFICAÇÃO DOS AGENTES NOCIVOS

CÓDIGO AGENTE NOCIVO TEMPO DE EXPOSIÇÃO

AGENTES QUÍMICOS	
1.0.0	O que determina o direito ao benefício é a exposição do trabalhador ao agente nocivo presente no ambiente de trabalho e no processo produtivo, em nível de concentração superior aos limites de tolerância estabelecidos. O rol de agentes nocivos é exaustivo, enquanto que as atividades listadas, nas quais pode haver a exposição, é exemplificativa.
1.0.1	<p>ARSÊNIO E SEUS COMPOSTOS 25 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> a) extração de arsênio e seus compostos tóxicos; b) metalurgia de minérios arsenicais; c) utilização de hidrogênio arseniado (arsina) em sínteses orgânicas e no processamento de componentes eletrônicos; d) fabricação e preparação de tintas e lacas; e) fabricação, preparação e aplicação de inseticidas, herbicidas, parasiticidas e raticidas com a utilização de compostos de arsênio; f) produção de vidros, ligas de chumbo e medicamentos com a utilização de compostos de arsênio; g) conservação e curtume de peles, tratamento e preservação da madeira com a utilização de compostos de arsênio.
1.0.2	<p>ASBESTOS 20 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> a) extração, processamento e manipulação de rochas amiantíferas; b) fabricação de guarnições para freios, embreagens e materiais isolantes contendo asbestos; c) fabricação de produtos de fibrocimento; d) mistura, cardagem, fiação e tecelagem de fibras de asbestos.
1.0.3	<p>BENZENO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS 25 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> a) produção e processamento de benzeno; b) utilização de benzeno como matéria-prima em sínteses orgânicas e na produção de derivados; c) utilização de benzeno como insumo na extração de óleos vegetais e alcoóis; d) utilização de produtos que contenham benzeno, como colas, tintas, vernizes, produtos gráficos e solventes; e) produção e utilização de clorobenzenos e derivados; f) fabricação e vulcanização de artefatos de borracha; g) fabricação e recauchutagem de pneumáticos.
1.0.4	<p>BERÍLIO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS 25 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> a) extração, trituração e tratamento de berílio; b) fabricação de compostos e ligas de berílio; c) fabricação de tubos fluorescentes e de ampolas de raio X; d) fabricação de queimadores e moderadores de reatores nucleares; e) fabricação de vidros e porcelanas para isolantes térmicos; f) utilização do berílio na indústria aeroespacial.
1.0.5	<p>BROMO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS 25 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> a) fabricação e emprego do bromo e do ácido brômico.
1.0.6	<p>CÁDMIO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS 25 ANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> a) extração, tratamento e preparação de ligas de cádmio; b) fabricação de compostos de cádmio; c) utilização de eletrodos de cádmio em soldas; d) utilização de cádmio no revestimento eletrolítico de metais; e) utilização de cádmio como pigmento e estabilizador na indústria do plástico; f) fabricação de eletrodos de baterias alcalinas de níquel-cádmio.

1.0.7	<p>CARVÃO MINERAL E SEUS DERIVADOS 25 ANOS</p> <p>a) extração, fabricação, beneficiamento e utilização de carvão mineral, piche, alcatrão, betume e breu;</p> <p>b) extração, produção e utilização de óleos minerais e parafinas;</p> <p>c) extração e utilização de antraceno e negro de fumo;</p> <p>d) produção de coque.</p>
1.0.8	<p>CHUMBO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS 25 ANOS</p> <p>a) extração e processamento de minério de chumbo;</p> <p>b) metalurgia e fabricação de ligas e compostos de chumbo;</p> <p>c) fabricação e reformas de acumuladores elétricos;</p> <p>d) fabricação e emprego de chumbo-tetraetila e chumbo-tetrametila;</p> <p>e) fabricação de tintas, esmaltes e vernizes à base de compostos de chumbo;</p> <p>f) pintura com pistola empregando tintas com pigmentos de chumbo;</p> <p>g) fabricação de objetos e artefatos de chumbo e suas ligas;</p> <p>h) vulcanização da borracha pelo litargirio ou outros compostos de chumbo;</p> <p>i) utilização de chumbo em processos de soldagem;</p> <p>j) fabricação de vidro, cristal e esmalte vitrificado;</p> <p>l) fabricação de pérolas artificiais;</p> <p>m) fabricação e utilização de aditivos à base de chumbo para a indústria de plásticos.</p>
1.0.9	<p>CLORO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS 25 ANOS</p> <p>a) fabricação e emprego de defensivos organoclorados;</p> <p>b) fabricação e emprego de cloroetilaminas (mostardas nitrogenadas);</p> <p>c) fabricação e manuseio de bifenis policlorados (PCB);</p> <p>d) fabricação e emprego de cloreto de vinil como monômero na fabricação de policloreto de vinil (PVC) e outras resinas e como intermediário em produções químicas ou como solvente orgânico;</p> <p>e) fabricação de policloroprene;</p> <p>f) fabricação e emprego de clorofórmio (triclorometano) e de tetracloreto de carbono.</p>
1.0.10	<p>CROMO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS 25 ANOS</p> <p>a) fabricação, emprego industrial, manipulação de cromo, ácido crômico, cromatos e bicromatos;</p> <p>b) fabricação de ligas de ferro-cromo;</p> <p>c) revestimento eletrolítico de metais e polimento de superfícies cromadas;</p> <p>d) pintura com pistola utilizando tintas com pigmentos de cromo;</p> <p>e) soldagem de aço inoxidável.</p>
1.0.11	<p>DISSULFETO DE CARBONO 25 ANOS</p> <p>a) fabricação e utilização de dissulfeto de carbono;</p> <p>b) fabricação de viscose e seda artificial (raiom);</p> <p>c) fabricação e emprego de solventes, inseticidas e herbicidas contendo dissulfeto de carbono;</p> <p>d) fabricação de vernizes, resinas, sais de amoníaco, de tetracloreto de carbono, de vidros óticos e produtos têxteis com uso de dissulfeto de carbono.</p>
1.0.12	<p>FÓSFORO E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS 25 ANOS</p> <p>a) extração e preparação de fósforo branco e seus compostos;</p> <p>b) fabricação e aplicação de produtos fosforados e organofosforados (sínteses orgânicas, fertilizantes e praguicidas);</p> <p>c) fabricação de munições e armamentos explosivos.</p>
1.0.13	<p>IODO 25 ANOS</p> <p>a) fabricação e emprego industrial do iodo.</p>
1.0.14	<p>MANGANÊS E SEUS COMPOSTOS 25 ANOS</p> <p>a) extração e beneficiamento de minérios de manganês;</p> <p>b) fabricação de ligas e compostos de manganês;</p> <p>c) fabricação de pilhas secas e acumuladores;</p> <p>d) preparação de permanganato de potássio e de corantes;</p> <p>e) fabricação de vidros especiais e cerâmicas;</p> <p>f) utilização de eletrodos contendo manganês;</p> <p>g) fabricação de tintas e fertilizantes.</p>

1.0.15	<p>MERCÚRIO E SEUS COMPOSTOS 25 ANOS</p> <p>a) extração e utilização de mercúrio e fabricação de seus compostos;</p> <p>b) fabricação de espoletas com fulminato de mercúrio;</p> <p>c) fabricação de tintas com pigmento contendo mercúrio;</p> <p>d) fabricação e manutenção de aparelhos de medição e de laboratório;</p> <p>e) fabricação de lâmpadas, válvulas eletrônicas e ampolas de raio X;</p> <p>f) fabricação de minuterias, acumuladores e retificadores de corrente;</p> <p>g) utilização como agente catalítico e de eletrólise;</p> <p>h) douração, prateamento, bronzeamento e estanhagem de espelhos e metais;</p> <p>i) curtimento e feltragem do couro e conservação da madeira;</p> <p>j) recuperação do mercúrio;</p> <p>l) amalgamação do zinco;</p> <p>m) tratamento a quente de amálgamas de metais;</p> <p>n) fabricação e aplicação de fungicidas.</p>
1.0.16	<p>NÍQUEL E SEUS COMPOSTOS TÓXICOS 25 ANOS</p> <p>a) extração e beneficiamento do níquel;</p> <p>b) niquelagem de metais;</p> <p>c) fabricação de acumuladores de níquel-cádmio.</p>
1.0.17	<p>PETRÓLEO, XISTO BETUMINOSO, 25 ANOS</p> <p>GÁS NATURAL E SEUS DERIVADOS</p> <p>a) extração, processamento, beneficiamento e atividades de manutenção realizadas em unidades de extração, plantas petrolíferas e petroquímicas;</p> <p>b) beneficiamento e aplicação de misturas asfálticas contendo hidrocarbonetos policíclicos.</p>
1.0.18	<p>SÍLICA LIVRE 25 ANOS</p> <p>a) extração de minérios a céu aberto;</p> <p>b) beneficiamento e tratamento de produtos minerais geradores de poeiras contendo sílica livre cristalizada;</p> <p>c) tratamento, decapagem e limpeza de metais e fosqueamento de vidros com jatos de areia;</p> <p>d) fabricação, processamento, aplicação e recuperação de materiais refratários;</p> <p>e) fabricação de mós, rebolos e de pós e pastas para polimento;</p> <p>f) fabricação de vidros e cerâmicas;</p> <p>g) construção de túneis;</p> <p>h) desbaste e corte a seco de materiais contendo sílica.</p>

	<p>OUTRAS SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS 25 ANOS</p> <p>GRUPO I — ESTIRENO; BUTADIENO-ESTIRENO; ACRILONITRILA; 1-3 BUTADIENO; CLOROPRENO; MERCAPTANOS; n- -HEXANO; DIISOCIANATO DE TOLUENO (TDI); AMINAS AROMÁTICAS</p> <p>a) fabricação e vulcanização de artefatos de borracha;</p> <p>b) fabricação e recauchutagem de pneus.</p> <p>GRUPO II — AMINAS AROMÁTICAS, AMINOBIFENILA, AURAMINA, AZATIOPRINA, BIS (CLORO METIL) ÉTER, 1-4 BUTANODIOL, DIMETANOSULFONATO (MILERAN), CICLOFOSFAMIDA, CLOROAMBUCIL, DIETILESTIL-BESTROL, ACRONITRILA, NITRONAFTILAMINA 4-DIMETIL-AMINOAZOBENZENO, BENZOPIRENO, BETA-PROPIOLACTONA, BISCLOROETILETER, BISCLOROMETIL, CLOROMETILETER, DIANIZIDINA, DICLOROBENZIDINA, DIETILSULFATO, DIMETILSULFATO, ETILENOAMINA, ETILENOTIUREIA, FENACETINA, IODETO DE METILA, ETILNITROSUREIAS, METILENO ORTOCLOROANILINA (MOCA), NITROSAMINA, ORTOTOLUIDINA, OXIMETALONA, PROCARBAZINA, PROPANOSULTONA, 1-3-BUTADIENO, ÓXIDO DE ETILENO, ESTILBENZENO, DIISOCIANATO DE TOLUENO (TDI), CREOSOTO, 4-AMINODIFENIL, BENZIDINA, BETANAFTILAMINA, ESTIRENO, 1-CLORO-2, 4-NITRODIFENIL, 3-POXIPROPANO</p> <p>a) manufatura de magenta (anilina e ortotoluidina);</p> <p>b) fabricação de fibras sintéticas;</p> <p>c) sínteses químicas;</p> <p>d) fabricação da borracha e espumas;</p> <p>e) fabricação de plásticos;</p> <p>f) produção de medicamentos;</p> <p>g) operações de preservação da madeira com creosoto;</p> <p>h) esterilização de materiais cirúrgicos.</p>
2.0.0	<p>AGENTES FÍSICOS</p> <p>Exposição acima dos limites de tolerância especificados ou às atividades descritas.</p>
2.0.1	<p>RUÍDO 25 ANOS</p> <p>a) exposição a Níveis de Exposição Normalizadora (NEN) superiores a 85dB(A).</p> <p>• <i>Redação dada pelo Decreto n. 4.882, de 18-11-2003.</i></p>
2.0.2	<p>VIBRAÇÕES 25 ANOS</p> <p>a) trabalhos com perfuratrizes e marteletes pneumáticos.</p>
2.0.3	<p>RADIAÇÕES IONIZANTES 25 ANOS</p> <p>a) extração e beneficiamento de minerais radioativos;</p> <p>b) atividades em minerações com exposição ao radônio;</p> <p>c) realização de manutenção e supervisão em unidades de extração, tratamento e beneficiamento de minerais radioativos com exposição às radiações ionizantes;</p> <p>d) operações com reatores nucleares ou com fontes radioativas;</p> <p>e) trabalhos realizados com exposição aos raios Alfa, Beta, Gama e X, aos nêutrons e às substâncias radioativas para fins industriais, terapêuticos e diagnósticos;</p> <p>f) fabricação e manipulação de produtos radioativos;</p> <p>g) pesquisas e estudos com radiações ionizantes em laboratórios.</p>
2.0.4	<p>TEMPERATURAS ANORMAIS 25 ANOS</p> <p>a) trabalhos com exposição ao calor acima dos limites de tolerância estabelecidos na NR-15, da Portaria n. 3.214/78.</p>
2.0.5	<p>PRESSÃO ATMOSFÉRICA ANORMAL 25 ANOS</p> <p>a) trabalhos em caixões ou câmaras hiperbáricas;</p> <p>b) trabalhos em tubulões ou túneis sob ar comprimido;</p> <p>c) operações de mergulho com o uso de escafandros ou outros equipamentos.</p>
3.0.0	<p>BIOLÓGICOS</p> <p>Exposição aos agentes citados unicamente nas atividades relacionadas.</p>

3.0.1	<p>MICRO-ORGANISMOS E PARASITAS 25 ANOS</p> <p>INFECCIOSOS VIVOS E SUAS TOXINAS</p> <p>a) trabalhos em estabelecimentos de saúde em contato com pacientes portadores de doenças infectocontagiosas ou com manuseio de materiais contaminados;</p> <p>b) trabalhos com animais infectados para tratamento ou para o preparo de soro, vacinas e outros produtos;</p> <p>c) trabalhos em laboratórios de autópsia, de anatomia e anatomo-histologia;</p> <p>d) trabalho de exumação de corpos e manipulação de resíduos de animais deteriorados;</p> <p>e) trabalhos em galerias, fossas e tanques de esgoto;</p> <p>f) esvaziamento de biodigestores;</p> <p>g) coleta e industrialização do lixo.</p>
4.0.0	<p>ASSOCIAÇÃO DE AGENTES</p> <p>Nas associações de agentes que estejam acima do nível de tolerância, será considerado o enquadramento relativo do que exigir menor tempo de exposição.</p> <p>• <i>Redação dada pelo Decreto n. 4.882, de 18-11-2003.</i></p>
4.0.1	<p>FÍSICOS, QUÍMICOS E BIOLÓGICOS 20 ANOS</p> <p>a) mineração subterrânea cujas atividades sejam exercidas afastadas das frentes de produção.</p>
4.0.2	<p>FÍSICOS, QUÍMICOS E BIOLÓGICOS 15 ANOS</p> <p>a) trabalhos em atividades permanentes no subsolo de minerações subterrâneas em frente de produção.</p>

ANEXO V
 RELAÇÃO DE ATIVIDADES PREPONDERANTES E
 CORRESPONDENTES GRAUS DE RISCO
 (CONFORME A CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE
 ATIVIDADES ECONÔMICAS)
 (*Redação dada pelo Decreto n. 6.042, de 12-2-2007*)

CNAE 7	DESCRIÇÃO	%NOVO
0111-3/01	Cultivo de arroz	2%
0111-3/02	Cultivo de milho	2%
0111-3/03	Cultivo de trigo	2%
0111-3/99	Cultivo de outros cereais não especificados anteriormente	2%
0112-1/01	Cultivo de algodão herbáceo	2%
0112-1/02	Cultivo de juta	2%
0112-1/99	Cultivo de outras fibras de lavoura temporária não especificadas anteriormente	2%
0113-0/00	Cultivo de cana-de-açúcar	2%
0114-8/00	Cultivo de fumo	2%
0115-6/00	Cultivo de soja	2%
0116-4/01	Cultivo de amendoim	2%
0116-4/02	Cultivo de girassol	2%
0116-4/03	Cultivo de mamona	2%
0116-4/99	Cultivo de outras oleaginosas de lavoura temporária não especificadas anteriormente	2%
0119-9/01	Cultivo de abacaxi	2%
0119-9/02	Cultivo de alho	2%

0119-9/03	Cultivo de batata-inglesa	2%
0119-9/04	Cultivo de cebola	2%
0119-9/05	Cultivo de feijão	2%
0119-9/06	Cultivo de mandioca	2%
0119-9/07	Cultivo de melão	2%
0119-9/08	Cultivo de melancia	2%
0119-9/09	Cultivo de tomate rasteiro	2%
0119-9/99	Cultivo de outras plantas de lavoura temporária não especificadas anteriormente	2%
0121-1/01	Horticultura, exceto morango	1%
0121-1/02	Cultivo de morango	1%
0122-9/00	Cultivo de flores e plantas ornamentais	1%
0131-8/00	Cultivo de laranja	2%
0132-6/00	Cultivo de uva	1%
0133-4/01	Cultivo de açaí	1%
0133-4/02	Cultivo de banana	1%
0133-4/03	Cultivo de caju	1%
0133-4/04	Cultivo de cítricos, exceto laranja	1%
0133-4/05	Cultivo de coco-da-baía	1%
0133-4/06	Cultivo de guaraná	1%
0133-4/07	Cultivo de maçã	1%
0133-4/08	Cultivo de mamão	1%
0133-4/09	Cultivo de maracujá	1%
0133-4/10	Cultivo de manga	1%
0133-4/11	Cultivo de pêssego	1%
0133-4/99	Cultivo de frutas de lavoura permanente não especificadas anteriormente	1%
0134-2/00	Cultivo de café	1%
0135-1/00	Cultivo de cacau	1%
0139-3/01	Cultivo de chá-da-india	1%
0139-3/02	Cultivo de erva-mate	1%
0139-3/03	Cultivo de pimenta-do-reino	1%
0139-3/04	Cultivo de plantas para condimento, exceto pimenta-do-reino	1%
0139-3/05	Cultivo de dendê	1%
0139-3/06	Cultivo de seringueira	1%
0139-3/99	Cultivo de outras plantas de lavoura permanente não especificadas anteriormente	1%
0141-5/01	Produção de sementes certificadas, exceto de forrageiras para pasto	2%
0141-5/02	Produção de sementes certificadas de forrageiras para formação de pasto	2%
0142-3/00	Produção de mudas e outras formas de propagação vegetal, certificadas	2%
0151-2/01	Criação de bovinos para corte	1%
0151-2/02	Criação de bovinos para leite	1%
0151-2/03	Criação de bovinos, exceto para corte e leite	1%

0152-1/01	Criação de bufalinos	1%
0152-1/02	Criação de equinos	1%
0152-1/03	Criação de asininos e muares	1%
0153-9/01	Criação de caprinos	1%
0153-9/02	Criação de ovinos, inclusive para produção de lã	1%
0154-7/00	Criação de suínos	1%
0155-5/01	Criação de frangos para corte	1%
0155-5/02	Produção de pintos de um dia	1%
0155-5/03	Criação de outros galináceos, exceto para corte	1%
0155-5/04	Criação de aves, exceto galináceos	1%
0155-5/05	Produção de ovos	1%
0159-8/01	Apicultura	1%
0159-8/02	Criação de animais de estimação	1%
0159-8/03	Criação de escargô	1%
0159-8/04	Criação de bicho-da-seda	1%
0159-8/99	Criação de outros animais não especificados anteriormente	1%
0161-0/01	Serviço de pulverização e controle de pragas agrícolas	1%
0161-0/02	Serviço de poda de árvores para lavouras	1%
0161-0/03	Serviço de preparação de terreno, cultivo e colheita	1%
0161-0/99	Atividades de apoio à agricultura não especificadas anteriormente	1%
0162-8/01	Serviço de inseminação artificial em animais	1%
0162-8/02	Serviço de tosquiamento de ovinos	1%
0162-8/03	Serviço de manejo de animais	1%
0162-8/99	Atividades de apoio à pecuária não especificadas anteriormente	1%
0163-6/00	Atividades de pós-colheita	1%
0170-9/00	Caça e serviços relacionados	1%
0210-1/01	Cultivo de eucalipto	2%
0210-1/02	Cultivo de acácia-negra	2%
0210-1/03	Cultivo de pinus	2%
0210-1/04	Cultivo de teca	2%
0210-1/05	Cultivo de espécies madeiras, exceto eucalipto, acácia-negra, pinus e teca	2%
0210-1/06	Cultivo de mudas em viveiros florestais	2%
0210-1/07	Extração de madeira em florestas plantadas	2%
0210-1/08	Produção de carvão vegetal - florestas plantadas	2%
0210-1/09	Produção de casca de acácia-negra - florestas plantadas	2%
0210-1/99	Produção de produtos não madeiros não especificados anteriormente em florestas plantadas	2%
0220-9/01	Extração de madeira em florestas nativas	3%
0220-9/02	Produção de carvão vegetal - florestas nativas	3%
0220-9/03	Coleta de castanha-do-pará em florestas nativas	3%
0220-9/04	Coleta de látex em florestas nativas	3%

0220-9/05	Coleta de palmito em florestas nativas	3%
0220-9/06	Conservação de florestas nativas	3%
0220-9/99	Coleta de produtos não madeiros não especificados anteriormente em florestas nativas	3%
0230-6/00	Atividades de apoio à produção florestal	2%
0311-6/01	Pesca de peixes em água salgada	2%
0311-6/02	Pesca de crustáceos e moluscos em água salgada	2%
0311-6/03	Coleta de outros produtos marinhos	2%
0311-6/04	Atividades de apoio à pesca em água salgada	2%
0312-4/01	Pesca de peixes em água doce	2%
0312-4/02	Pesca de crustáceos e moluscos em água doce	2%
0312-4/03	Coleta de outros produtos aquáticos de água doce	2%
0312-4/04	Atividades de apoio à pesca em água doce	2%
0321-3/01	Criação de peixes em água salgada e salobra	2%
0321-3/02	Criação de camarões em água salgada e salobra	2%
0321-3/03	Criação de ostras e mexilhões em água salgada e salobra	2%
0321-3/04	Criação de peixes ornamentais em água salgada e salobra	2%
0321-3/05	Atividades de apoio à aquicultura em água salgada e salobra	2%
0321-3/99	Cultivos e semicultivos da aquicultura em água salgada e salobra não especificados anteriormente	2%
0322-1/01	Criação de peixes em água doce	2%
0322-1/02	Criação de camarões em água doce	2%
0322-1/03	Criação de ostras e mexilhões em água doce	2%
0322-1/04	Criação de peixes ornamentais em água doce	2%
0322-1/05	Ranicultura	2%
0322-1/06	Criação de jacaré	2%
0322-1/07	Atividades de apoio à aquicultura em água doce	2%
0322-1/99	Cultivos e semicultivos da aquicultura em água doce não especificados anteriormente	2%
0500-3/01	Extração de carvão mineral	2%
0500-3/02	Beneficiamento de carvão mineral	2%
0600-0/01	Extração de petróleo e gás natural	2%
0600-0/02	Extração e beneficiamento de xisto	2%
0600-0/03	Extração e beneficiamento de areias betuminosas	2%
0710-3/01	Extração de minério de ferro	2%
0710-3/02	Pelotização, sinterização e outros beneficiamentos de minério de ferro	2%
0721-9/01	Extração de minério de alumínio	2%
0721-9/02	Beneficiamento de minério de alumínio	2%
0722-7/01	Extração de minério de estanho	2%
0722-7/02	Beneficiamento de minério de estanho	2%
0723-5/01	Extração de minério de manganês	2%
0723-5/02	Beneficiamento de minério de manganês	2%

0724-3/01	Extração de minério de metais preciosos	2%
0724-3/02	Beneficiamento de minério de metais preciosos	2%
0725-1/00	Extração de minerais radioativos	2%
0729-4/01	Extração de minérios de nióbio e titânio	2%
0729-4/02	Extração de minério de tungstênio	2%
0729-4/03	Extração de minério de níquel	2%
0729-4/04	Extração de minérios de cobre, chumbo, zinco e outros minerais metálicos não ferrosos não especificados anteriormente	2%
0729-4/05	Beneficiamento de minérios de cobre, chumbo, zinco e outros minerais metálicos não ferrosos não especificados anteriormente	2%
0810-0/01	Extração de ardósia e beneficiamento associado	2%
0810-0/02	Extração de granito e beneficiamento associado	2%
0810-0/03	Extração de mármore e beneficiamento associado	2%
0810-0/04	Extração de calcário e dolomita e beneficiamento associado	2%
0810-0/05	Extração de gesso e caulim	2%
0810-0/06	Extração de areia, cascalho ou pedregulho e beneficiamento associado	2%
0810-0/07	Extração de argila e beneficiamento associado	2%
0810-0/08	Extração de saibro e beneficiamento associado	2%
0810-0/09	Extração de basalto e beneficiamento associado	2%
0810-0/10	Beneficiamento de gesso e caulim associado à extração	2%
0810-0/99	Extração e britamento de pedras e outros materiais para construção e beneficiamento associado	2%
0891-6/00	Extração de minerais para fabricação de adubos, fertilizantes e outros produtos químicos	2%
0892-4/01	Extração de sal marinho	2%
0892-4/02	Extração de sal-gema	2%
0892-4/03	Refino e outros tratamentos do sal	2%
0893-2/00	Extração de gemas (pedras preciosas e semipreciosas)	2%
0899-1/01	Extração de grafita	2%
0899-1/02	Extração de quartzo	2%
0899-1/03	Extração de amianto	2%
0899-1/99	Extração de outros minerais não metálicos não especificados anteriormente	2%
0910-6/00	Atividades de apoio à extração de petróleo e gás natural	2%
0990-4/01	Atividades de apoio à extração de minério de ferro	2%
0990-4/02	Atividades de apoio à extração de minerais metálicos não ferrosos	2%
0990-4/03	Atividades de apoio à extração de minerais não metálicos	2%
1011-2/01	Frigorífico - abate de bovinos	3%
1011-2/02	Frigorífico - abate de equinos	3%
1011-2/03	Frigorífico - abate de ovinos e caprinos	3%
1011-2/04	Frigorífico - abate de bufalinos	3%
1011-2/05	Matadouro - abate de reses sob contrato - exceto abate de suínos	3%

1012-1/01	Abate de aves	3%
1012-1/02	Abate de pequenos animais	3%
1012-1/03	Frigorífico - abate de suínos	3%
1012-1/04	Matadouro - abate de suínos sob contrato	3%
1013-9/01	Fabricação de produtos de carne	3%
1013-9/02	Preparação de subprodutos do abate	3%
1020-1/01	Preservação de peixes, crustáceos e moluscos	2%
1020-1/02	Fabricação de conservas de peixes, crustáceos e moluscos	2%
1031-7/00	Fabricação de conservas de frutas	2%
1032-5/01	Fabricação de conservas de palmito	2%
1032-5/99	Fabricação de conservas de legumes e outros vegetais, exceto palmito	2%
1033-3/01	Fabricação de sucos concentrados de frutas, hortaliças e legumes	2%
1033-3/02	Fabricação de sucos de frutas, hortaliças e legumes, exceto concentrados	2%
1041-4/00	Fabricação de óleos vegetais em bruto, exceto óleo de milho	2%
1042-2/00	Fabricação de óleos vegetais refinados, exceto óleo de milho	2%
1043-1/00	Fabricação de margarina e outras gorduras vegetais e de óleos não comestíveis de animais	2%
1051-1/00	Preparação do leite	2%
1052-0/00	Fabricação de laticínios	2%
1053-8/00	Fabricação de sorvetes e outros gelados comestíveis	2%
1061-9/01	Beneficiamento de arroz	2%
1061-9/02	Fabricação de produtos do arroz	2%
1062-7/00	Moagem de trigo e fabricação de derivados	2%
1063-5/00	Fabricação de farinha de mandioca e derivados	2%
1064-3/00	Fabricação de farinha de milho e derivados, exceto óleos de milho	2%
1065-1/01	Fabricação de amidos e féculas de vegetais	2%
1065-1/02	Fabricação de óleo de milho em bruto	2%
1065-1/03	Fabricação de óleo de milho refinado	2%
1066-0/00	Fabricação de alimentos para animais	2%
1069-4/00	Moagem e fabricação de produtos de origem vegetal não especificados anteriormente	2%
1071-6/00	Fabricação de açúcar em bruto	3%
1072-4/01	Fabricação de açúcar de cana refinado	3%
1072-4/02	Fabricação de açúcar de cereais (dextrose) e de beterraba	3%
1081-3/01	Beneficiamento de café	2%
1081-3/02	Torrefação e moagem de café	2%
1082-1/00	Fabricação de produtos à base de café	2%
1091-1/00	Fabricação de produtos de panificação	2%
1092-9/00	Fabricação de biscoitos e bolachas	2%
1093-7/01	Fabricação de produtos derivados do cacau e de chocolates	2%
1093-7/02	Fabricação de frutas cristalizadas, balas e semelhantes	2%

1094-5/00	Fabricação de massas alimentícias	2%
1095-3/00	Fabricação de especiarias, molhos, temperos e condimentos	2%
1096-1/00	Fabricação de alimentos e pratos prontos	2%
1099-6/01	Fabricação de vinagres	2%
1099-6/02	Fabricação de pós-alimentícios	2%
1099-6/03	Fabricação de fermentos e leveduras	2%
1099-6/04	Fabricação de gelo comum	2%
1099-6/05	Fabricação de produtos para infusão (chá, mate, etc.)	2%
1099-6/06	Fabricação de adoçantes naturais e artificiais	2%
1099-6/99	Fabricação de outros produtos alimentícios não especificados anteriormente	2%
1111-9/01	Fabricação de aguardente de cana de açúcar	2%
1111-9/02	Fabricação de outras aguardentes e bebidas destiladas	2%
1112-7/00	Fabricação de vinho	2%
1113-5/01	Fabricação de malte, inclusive malte uísque	2%
1113-5/02	Fabricação de cervejas e chopes	2%
1121-6/00	Fabricação de águas envasadas	2%
1122-4/01	Fabricação de refrigerantes	2%
1122-4/02	Fabricação de chá mate e outros chás prontos para consumo	2%
1122-4/03	Fabricação de refrescos, xaropes e pós para refrescos, exceto refrescos de frutas	2%
1122-4/99	Fabricação de outras bebidas não alcoólicas não especificadas anteriormente	2%
1210-7/00	Processamento industrial do fumo	3%
1220-4/01	Fabricação de cigarros	3%
1220-4/02	Fabricação de cigarrilhas e charutos	3%
1220-4/03	Fabricação de filtros para cigarros	3%
1220-4/99	Fabricação de outros produtos do fumo, exceto cigarros, cigarrilhas e charutos	3%
1311-1/00	Preparação e fiação de fibras de algodão	2%
1312-0/00	Preparação e fiação de fibras têxteis naturais, exceto algodão	2%
1313-8/00	Fiação de fibras artificiais e sintéticas	2%
1314-6/00	Fabricação de linhas para costurar e bordar	2%
1321-9/00	Tecelagem de fios de algodão	2%
1322-7/00	Tecelagem de fios de fibras têxteis naturais, exceto algodão	2%
1323-5/00	Tecelagem de fios de fibras artificiais e sintéticas	2%
1330-8/00	Fabricação de tecidos de malha	2%
1340-5/01	Estamparia e texturização em fios, tecidos, artefatos têxteis e peças do vestuário	2%
1340-5/02	Alvejamento, tingimento e torção em fios, tecidos, artefatos têxteis e peças do vestuário	2%
1340-5/99	Outros serviços de acabamento em fios, tecidos, artefatos têxteis e peças do vestuário	2%
1351-1/00	Fabricação de artefatos têxteis para uso doméstico	2%
1352-9/00	Fabricação de artefatos de tapeçaria	2%
1353-7/00	Fabricação de artefatos de cordoaria	2%

1354-5/00	Fabricação de tecidos especiais, inclusive artefatos	2%
1359-6/00	Fabricação de outros produtos têxteis não especificados anteriormente	2%
1411-8/01	Confeção de roupas íntimas	2%
1411-8/02	Façção de roupas íntimas	2%
1412-6/01	Confeção de peças de vestuário, exceto roupas íntimas e as confeccionadas sob medida	2%
1412-6/02	Confeção, sob medida, de peças do vestuário, exceto roupas íntimas	2%
1412-6/03	Façção de peças do vestuário, exceto roupas íntimas	2%
1413-4/01	Confeção de roupas profissionais, exceto sob medida	2%
1413-4/02	Confeção, sob medida, de roupas profissionais	2%
1413-4/03	Façção de roupas profissionais	2%
1414-2/00	Fabricação de acessórios do vestuário, exceto para segurança e proteção	2%
1421-5/00	Fabricação de meias	2%
1422-3/00	Fabricação de artigos do vestuário, produzidos em malharias e tricotagens, exceto meias	2%
1510-6/00	Curtimento e outras preparações de couro	3%
1521-1/00	Fabricação de artigos para viagem, bolsas e semelhantes de qualquer material	2%
1529-7/00	Fabricação de artefatos de couro não especificados anteriormente	2%
1531-9/01	Fabricação de calçados de couro	2%
1531-9/02	Acabamento de calçados de couro sob contrato	2%
1532-7/00	Fabricação de tênis de qualquer material	2%
1533-5/00	Fabricação de calçados de material sintético	2%
1539-4/00	Fabricação de calçados de materiais não especificados anteriormente	2%
1540-8/00	Fabricação de partes para calçados, de qualquer material	2%
1610-2/01	Serrarias com desdobramento de madeira	2%
1610-2/02	Serrarias sem desdobramento de madeira	2%
1621-8/00	Fabricação de madeira laminada e de chapas de madeira compensada, prensada e aglomerada	2%
1622-6/01	Fabricação de casas de madeira pré-fabricadas	2%
1622-6/02	Fabricação de esquadrias de madeira e de peças de madeira para instalações industriais e comerciais	2%
1622-6/99	Fabricação de outros artigos de carpintaria para construção	2%
1623-4/00	Fabricação de artefatos de tanoaria e de embalagens de madeira	2%
1629-3/01	Fabricação de artefatos diversos de madeira, exceto móveis	2%
1629-3/02	Fabricação de artefatos diversos de cortiça, bambu, palha, vime e outros materiais trançados, exceto móveis	2%
1710-9/00	Fabricação de celulose e outras pastas para a fabricação de papel	2%
1721-4/00	Fabricação de papel	2%
1722-2/00	Fabricação de cartolina e papel-cartão	2%
1731-1/00	Fabricação de embalagens de papel	3%
1732-0/00	Fabricação de embalagens de cartolina e papel-cartão	3%
1733-8/00	Fabricação de chapas e de embalagens de papelão ondulado	3%
1741-9/01	Fabricação de formulários contínuos	2%
1741-9/02	Fabricação de produtos de papel, cartolina, papel cartão e papelão ondulado para uso comercial e de escritório	2%

1742-7/01	Fabricação de fraldas descartáveis	2%
1742-7/02	Fabricação de absorventes higiênicos	2%
1742-7/99	Fabricação de produtos de papel para uso doméstico e higiênico-sanitário não especificados anteriormente	2%
1749-4/00	Fabricação de produtos de pastas celulósicas, papel, cartolina, papel-cartão e papelão ondulado não especificados anteriormente	2%
1811-3/01	Impressão de jornais	2%
1811-3/02	Impressão de livros, revistas e outras publicações periódicas	2%
1812-1/00	Impressão de material de segurança	2%
1813-0/01	Impressão de material para uso publicitário	2%
1813-0/99	Impressão de material para outros usos	2%
1821-1/00	Serviços de pré-impressão	1%
1822-9/00	Serviços de acabamentos gráficos	1%
1830-0/01	Reprodução de som em qualquer suporte	1%
1830-0/02	Reprodução de vídeo em qualquer suporte	1%
1830-0/03	Reprodução de software em qualquer suporte	1%
1910-1/00	Coquerias	2%
1921-7/00	Fabricação de produtos do refino de petróleo	2%
1922-5/01	Formulação de combustíveis	2%
1922-5/02	Rerrefino de óleos lubrificantes	2%
1922-5/99	Fabricação de outros produtos derivados do petróleo, exceto produtos do refino	2%
1931-4/00	Fabricação de álcool	2%
1932-2/00	Fabricação de biocombustíveis, exceto álcool	2%
2011-8/00	Fabricação de cloro e álcalis	2%
2012-6/00	Fabricação de intermediários para fertilizantes	2%
2013-4/00	Fabricação de adubos e fertilizantes	2%
2014-2/00	Fabricação de gases industriais	2%
2019-3/01	Elaboração de combustíveis nucleares	2%
2019-3/99	Fabricação de outros produtos químicos inorgânicos não especificados anteriormente	2%
2021-5/00	Fabricação de produtos petroquímicos básicos	2%
2022-3/00	Fabricação de intermediários para plastificantes, resinas e fibras	2%
2029-1/00	Fabricação de produtos químicos orgânicos não especificados anteriormente	2%
2031-2/00	Fabricação de resinas termoplásticas	2%
2032-1/00	Fabricação de resinas termofixas	2%
2033-9/00	Fabricação de elastômeros	2%
2040-1/00	Fabricação de fibras artificiais e sintéticas	2%
2051-7/00	Fabricação de defensivos agrícolas	2%
2052-5/00	Fabricação de desinfetantes domissanitários	2%
2061-4/00	Fabricação de sabões e detergentes sintéticos	2%
2062-2/00	Fabricação de produtos de limpeza e polimento	2%

2063-1/00	Fabricação de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal	2%
2071-1/00	Fabricação de tintas, vernizes, esmaltes e lacas	2%
2072-0/00	Fabricação de tintas de impressão	2%
2073-8/00	Fabricação de impermeabilizantes, solventes e produtos afins	2%
2091-6/00	Fabricação de adesivos e selantes	2%
2092-4/01	Fabricação de pólvoras, explosivos e detonantes	2%
2092-4/02	Fabricação de artigos pirotécnicos	2%
2092-4/03	Fabricação de fósforos de segurança	2%
2093-2/00	Fabricação de aditivos de uso industrial	2%
2094-1/00	Fabricação de catalisadores	2%
2099-1/01	Fabricação de chapas, filmes, papéis e outros materiais e produtos químicos para fotografia	2%
2099-1/99	Fabricação de outros produtos químicos não especificados anteriormente	2%
2110-6/00	Fabricação de produtos farmoquímicos	2%
2121-1/01	Fabricação de medicamentos alopatóicos para uso humano	2%
2121-1/02	Fabricação de medicamentos homeopáticos para uso humano	2%
2121-1/03	Fabricação de medicamentos fitoterápicos para uso humano	2%
2122-0/00	Fabricação de medicamentos para uso veterinário	2%
2123-8/00	Fabricação de preparações farmacêuticas	2%
2211-1/00	Fabricação de pneumáticos e de câmaras de ar	2%
2212-9/00	Reforma de pneumáticos usados	2%
2219-6/00	Fabricação de artefatos de borracha não especificados anteriormente	2%
2221-8/00	Fabricação de laminados planos e tubulares de material plástico	2%
2222-6/00	Fabricação de embalagens de material plástico	2%
2223-4/00	Fabricação de tubos e acessórios de material plástico para uso na construção	2%
2229-3/01	Fabricação de artefatos de material plástico para uso pessoal e doméstico	2%
2229-3/02	Fabricação de artefatos de material plástico para usos industriais	2%
2229-3/03	Fabricação de artefatos de material plástico para uso na construção, exceto tubos e acessórios	2%
2229-3/99	Fabricação de artefatos de material plástico para outros usos não especificados anteriormente	2%
2311-7/00	Fabricação de vidro plano e de segurança	1%
2312-5/00	Fabricação de embalagens de vidro	1%
2319-2/00	Fabricação de artigos de vidro	1%
2320-6/00	Fabricação de cimento	3%
2330-3/01	Fabricação de estruturas pré-moldadas de concreto armado, em série e sob encomenda	3%
2330-3/02	Fabricação de artefatos de cimento para uso na construção	3%
2330-3/03	Fabricação de artefatos de fibrocimento para uso na construção	3%
2330-3/04	Fabricação de casas pré-moldadas de concreto	3%
2330-3/05	Preparação de massa de concreto e argamassa para construção	3%
2330-3/99	Fabricação de outros artefatos e produtos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes	3%
2341-9/00	Fabricação de produtos cerâmicos refratários	3%

2342-7/01	Fabricação de azulejos e pisos	3%
2342-7/02	Fabricação de artefatos de cerâmica e barro cozido para uso na construção, exceto azulejos e pisos	3%
2349-4/01	Fabricação de material sanitário de cerâmica	3%
2349-4/99	Fabricação de produtos cerâmicos não refratários não especificados anteriormente	3%
2391-5/01	Britamento de pedras, exceto associado à extração	2%
2391-5/02	Aparelhamento de pedras para construção, exceto associado à extração	2%
2391-5/03	Aparelhamento de placas e execução de trabalhos em mármore, granito, ardósia e outras pedras	2%
2392-3/00	Fabricação de cal e gesso	2%
2399-1/01	Decoração, lapidação, gravação, vitrificação e outros trabalhos em cerâmica, louça, vidro e cristal	2%
2399-1/99	Fabricação de outros produtos de minerais não metálicos não especificados anteriormente	2%
2411-3/00	Produção de ferro-gusa	1%
2412-1/00	Produção de ferroligas	1%
2421-1/00	Produção de semiacabados de aço	3%
2422-9/01	Produção de laminados planos de aço ao carbono, revestidos ou não	3%
2422-9/02	Produção de laminados planos de aços especiais	3%
2423-7/01	Produção de tubos de aço sem costura	3%
2423-7/02	Produção de laminados longos de aço, exceto tubos	3%
2424-5/01	Produção de arames de aço	3%
2424-5/02	Produção de relaminados, trefilados e perfilados de aço, exceto arames	3%
2431-8/00	Produção de tubos de aço com costura	2%
2439-3/00	Produção de outros tubos de ferro e aço	2%
2441-5/01	Produção de alumínio e suas ligas em formas primárias	2%
2441-5/02	Produção de laminados de alumínio	2%
2442-3/00	Metalurgia dos metais preciosos	2%
2443-1/00	Metalurgia do cobre	2%
2449-1/01	Produção de zinco em formas primárias	2%
2449-1/02	Produção de laminados de zinco	2%
2449-1/03	Produção de soldas e ânodos para galvanoplastia	2%
2449-1/99	Metalurgia de outros metais não ferrosos e suas ligas não especificados anteriormente	2%
2451-2/00	Fundição de ferro e aço	2%
2452-1/00	Fundição de metais não ferrosos e suas ligas	2%
2511-0/00	Fabricação de estruturas metálicas	2%
2512-8/00	Fabricação de esquadrias de metal	2%
2513-6/00	Fabricação de obras de caldeiraria pesada	2%
2521-7/00	Fabricação de tanques, reservatórios metálicos e caldeiras para aquecimento central	2%
2522-5/00	Fabricação de caldeiras geradoras de vapor, exceto para aquecimento central e para veículos	2%
2531-4/01	Produção de forjados de aço	2%
2531-4/02	Produção de forjados de metais não ferrosos e suas ligas	2%

2532-2/01	Produção de artefatos estampados de metal	2%
2532-2/02	Metalurgia do pó	2%
2539-0/00	Serviços de usinagem, solda, tratamento e revestimento em metais	2%
2541-1/00	Fabricação de artigos de cutelaria	2%
2542-0/00	Fabricação de artigos de serralheria, exceto esquadrias	2%
2543-8/00	Fabricação de ferramentas	2%
2550-1/01	Fabricação de equipamento bélico pesado, exceto veículos militares de combate	2%
2550-1/02	Fabricação de armas de fogo e munições	2%
2591-8/00	Fabricação de embalagens metálicas	2%
2592-6/01	Fabricação de produtos de trefilados de metal padronizados	2%
2592-6/02	Fabricação de produtos de trefilados de metal, exceto padronizados	2%
2593-4/00	Fabricação de artigos de metal para uso doméstico e pessoal	2%
2599-3/01	Serviços de confecção de armações metálicas para a construção	2%
2599-3/99	Fabricação de outros produtos de metal não especificados anteriormente	2%
2610-8/00	Fabricação de componentes eletrônicos	1%
2621-3/00	Fabricação de equipamentos de informática	1%
2622-1/00	Fabricação de periféricos para equipamentos de informática	1%
2631-1/00	Fabricação de equipamentos transmissores de comunicação, peças e acessórios	2%
2632-9/00	Fabricação de aparelhos telefônicos e de outros equipamentos de comunicação, peças e acessórios	2%
2640-0/00	Fabricação de aparelhos de recepção, reprodução, gravação e amplificação de áudio e vídeo	2%
2651-5/00	Fabricação de aparelhos e equipamentos de medida, teste e controle	1%
2652-3/00	Fabricação de cronômetros e relógios	1%
2660-4/00	Fabricação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação	1%
2670-1/01	Fabricação de equipamentos e instrumentos ópticos, peças e acessórios	1%
2670-1/02	Fabricação de aparelhos fotográficos e cinematográficos, peças e acessórios	1%
2680-9/00	Fabricação de mídias virgens, magnéticas e ópticas	1%
2710-4/01	Fabricação de geradores de corrente contínua e alternada, peças e acessórios	2%
2710-4/02	Fabricação de transformadores, indutores, conversores, sincronizadores e semelhantes, peças e acessórios	2%
2710-4/03	Fabricação de motores elétricos, peças e acessórios	2%
2721-0/00	Fabricação de pilhas, baterias e acumuladores elétricos, exceto para veículos automotores	2%
2722-8/01	Fabricação de baterias e acumuladores para veículos automotores	2%
2722-8/02	Recondicionamento de baterias e acumuladores para veículos automotores	2%
2731-7/00	Fabricação de aparelhos e equipamentos para distribuição e controle de energia elétrica	2%
2732-5/00	Fabricação de material elétrico para instalações em circuito de consumo	2%
2733-3/00	Fabricação de fios, cabos e condutores elétricos isolados	2%
2740-6/01	Fabricação de lâmpadas	2%
2740-6/02	Fabricação de luminárias e outros equipamentos de iluminação	2%

2751-1/00	Fabricação de fogões, refrigeradores e máquinas de lavar e secar para uso doméstico, peças e acessórios	3%
2759-7/01	Fabricação de aparelhos elétricos de uso pessoal, peças e acessórios	3%
2759-7/99	Fabricação de outros aparelhos eletrodomésticos não especificados anteriormente, peças e acessórios	3%
2790-2/01	Fabricação de eletrodos, contatos e outros artigos de carvão e grafita para uso elétrico, eletroímãs e isoladores	2%
2790-2/02	Fabricação de equipamentos para sinalização e alarme	2%
2790-2/99	Fabricação de outros equipamentos e aparelhos elétricos não especificados anteriormente	2%
2811-9/00	Fabricação de motores e turbinas, peças e acessórios, exceto para aviões e veículos rodoviários	2%
2812-7/00	Fabricação de equipamentos hidráulicos e pneumáticos, peças e acessórios, exceto válvulas	2%
2813-5/00	Fabricação de válvulas, registros e dispositivos semelhantes, peças e acessórios	2%
2814-3/01	Fabricação de compressores para uso industrial, peças e acessórios	2%
2814-3/02	Fabricação de compressores para uso não industrial, peças e acessórios	2%
2815-1/01	Fabricação de rolamentos para fins industriais	2%
2815-1/02	Fabricação de equipamentos de transmissão para fins industriais, exceto rolamentos	2%
2821-6/01	Fabricação de fornos industriais, aparelhos e equipamentos não elétricos para instalações térmicas, peças e acessórios	2%
2821-6/02	Fabricação de estufas e fornos elétricos para fins industriais, peças e acessórios	2%
2822-4/01	Fabricação de máquinas, equipamentos e aparelhos para transporte e elevação de pessoas, peças e acessórios	2%
2822-4/02	Fabricação de máquinas, equipamentos e aparelhos para transporte e elevação de cargas, peças e acessórios	2%
2823-2/00	Fabricação de máquinas e aparelhos de refrigeração e ventilação para uso industrial e comercial, peças e acessórios	2%
2824-1/01	Fabricação de aparelhos e equipamentos de ar condicionado para uso industrial	2%
2824-1/02	Fabricação de aparelhos e equipamentos de ar condicionado para uso não industrial	2%
2825-9/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para saneamento básico e ambiental, peças e acessórios	2%
2829-1/01	Fabricação de máquinas de escrever, calcular e outros equipamentos não eletrônicos material para escritório, peças e acessórios	2%
2829-1/99	Fabricação de outras máquinas e equipamentos de uso geral não especificados anteriormente, peças e acessórios	2%
2831-3/00	Fabricação de tratores agrícolas, peças e acessórios	2%
2832-1/00	Fabricação de equipamentos para irrigação agrícola, peças e acessórios	2%
2833-0/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para a agricultura e pecuária, peças e acessórios, exceto para irrigação	2%
2840-2/00	Fabricação de máquinas-ferramenta, peças e acessórios	2%
2851-8/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para a prospecção e extração de petróleo, peças e acessórios	2%
2852-6/00	Fabricação de outras máquinas e equipamentos para uso na extração mineral, peças e acessórios, exceto na extração de petróleo	2%
2853-4/00	Fabricação de tratores, peças e acessórios, exceto agrícolas	2%
2854-2/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para terraplenagem, pavimentação e construção, peças e acessórios, exceto tratores	2%
2861-5/00	Fabricação de máquinas para a indústria metalúrgica, peças e acessórios, exceto máquinas-ferramenta	2%
2862-3/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para as indústrias de alimentos, bebidas e fumo, peças e acessórios	2%
2863-1/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para a indústria têxtil, peças e acessórios	2%
2864-0/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para as indústrias do vestuário, do couro e de calçados, peças e acessórios	2%

2865-8/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para as indústrias de celulose, papel e papelão e artefatos, peças e acessórios	2%
2866-6/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para a indústria do plástico, pelat e acessórios	2%
2869-1/00	Fabricação de máquinas e equipamentos para uso industrial específico não especificados anteriormente, peças e acessórios	2%
2910-7/01	Fabricação de automóveis, camionetas e utilitários	2%
2910-7/02	Fabricação de chassis com motor para automóveis, camionetas e utilitários	2%
2910-7/03	Fabricação de motores para automóveis, camionetas e utilitários	2%
2920-4/01	Fabricação de caminhões e ônibus	1%
2920-4/02	Fabricação de motores para caminhões e ônibus	1%
2930-1/01	Fabricação de cabines, carrocerias e reboques para caminhões	2%
2930-1/02	Fabricação de carrocerias para ônibus	2%
2930-1/03	Fabricação de cabines, carrocerias e reboques para outros veículos automotores, exceto caminhões e ônibus	2%
2941-7/00	Fabricação de peças e acessórios para o sistema motor de veículos automotores	2%
2942-5/00	Fabricação de peças e acessórios para os sistemas de marcha e transmissão de veículos automotores	2%
2943-3/00	Fabricação de peças e acessórios para o sistema de freios de veículos automotores	2%
2944-1/00	Fabricação de peças e acessórios para o sistema de direção e suspensão de veículos automotores	2%
2945-0/00	Fabricação de material elétrico e eletrônico para veículos automotores, exceto baterias	2%
2949-2/01	Fabricação de bancos e estofados para veículos automotores	2%
2949-2/99	Fabricação de outras peças e acessórios para veículos automotores não especificadas anteriormente	2%
2950-6/00	Recondicionamento e recuperação de motores para veículos automotores	2%
3011-3/01	Construção de embarcações de grande porte	2%
3011-3/02	Construção de embarcações para uso comercial e para usos especiais, exceto de grande porte	2%
3012-1/00	Construção de embarcações para esporte e lazer	2%
3031-8/00	Fabricação de locomotivas, vagões e outros materiais rodantes	1%
3032-6/00	Fabricação de peças e acessórios para veículos ferroviários	1%
3041-5/00	Fabricação de aeronaves	1%
3042-3/00	Fabricação de turbinas, motores e outros componentes e peças para aeronaves	1%
3050-4/00	Fabricação de veículos militares de combate	2%
3091-1/00	Fabricação de motocicletas, peças e acessórios	1%
3092-0/00	Fabricação de bicicletas e triciclos não motorizados, peças e acessórios	1%
3099-7/00	Fabricação de equipamentos de transporte não especificados anteriormente	1%
3101-2/00	Fabricação de móveis com predominância de madeira	2%
3102-1/00	Fabricação de móveis com predominância de metal	2%
3103-9/00	Fabricação de móveis de outros materiais, exceto madeira e metal	2%
3104-7/00	Fabricação de colchões	2%
3211-6/01	Lapidação de gemas	1%
3211-6/02	Fabricação de artefatos de joalheria e ourivesaria	1%
3211-6/03	Cunhagem de moedas e medalhas	1%

3212-4/00	Fabricação de bijuterias e artefatos semelhantes	1%
3220-5/00	Fabricação de instrumentos musicais, peças e acessórios	1%
3230-2/00	Fabricação de artefatos para pesca e esporte	2%
3240-0/01	Fabricação de jogos eletrônicos	1%
3240-0/02	Fabricação de mesas de bilhar, de sinuca e acessórios não associada à locação	1%
3240-0/03	Fabricação de mesas de bilhar, de sinuca e acessórios associada à locação	1%
3240-0/99	Fabricação de outros brinquedos e jogos recreativos não especificados anteriormente	1%
3250-7/01	Fabricação de instrumentos não eletrônicos e utensílios para uso médico, cirúrgico, odontológico e de laboratório	2%
3250-7/02	Fabricação de mobiliário para uso médico, cirúrgico, odontológico e de laboratório	2%
3250-7/03	Fabricação de aparelhos e utensílios para correção de defeitos físicos e aparelhos ortopédicos em geral sob encomenda	2%
3250-7/04	Fabricação de aparelhos e utensílios para correção de defeitos físicos e aparelhos ortopédicos em geral, exceto sob encomenda	2%
3250-7/05	Fabricação de materiais para medicina e odontologia	2%
3250-7/06	Serviços de prótese dentária	2%
3250-7/07	Fabricação de artigos ópticos	2%
3250-7/08	Fabricação de artefatos de tecido não tecido para uso odonto-médico-hospitalar	2%
3291-4/00	Fabricação de escovas, pincéis e vassouras	1%
3292-2/01	Fabricação de roupas de proteção e segurança e resistentes a fogo	1%
3292-2/02	Fabricação de equipamentos e acessórios para segurança pessoal e profissional	1%
3299-0/01	Fabricação de guarda-chuvas e similares	1%
3299-0/02	Fabricação de canetas, lápis e outros artigos para escritório	1%
3299-0/03	Fabricação de letras, letreiros e placas de qualquer material, exceto luminosos	1%
3299-0/04	Fabricação de painéis e letreiros luminosos	1%
3299-0/05	Fabricação de aviamentos para costura	1%
3299-0/99	Fabricação de produtos diversos não especificados anteriormente	1%
3311-2/00	Manutenção e reparação de tanques, reservatórios metálicos e caldeiras, exceto para veículos	1%
3312-1/01	Manutenção e reparação de equipamentos transmissores de comunicação	1%
3312-1/02	Manutenção e reparação de aparelhos e instrumentos de medida, teste e controle	1%
3312-1/03	Manutenção e reparação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação	1%
3312-1/04	Manutenção e reparação de equipamentos e instrumentos ópticos	1%
3313-9/01	Manutenção e reparação de geradores, transformadores e motores elétricos	1%
3313-9/02	Manutenção e reparação de baterias e acumuladores elétricos, exceto para veículos	1%
3313-9/99	Manutenção e reparação de máquinas, aparelhos e materiais elétricos não especificados anteriormente	1%
3314-7/01	Manutenção e reparação de máquinas motrizes não elétricas	1%
3314-7/02	Manutenção e reparação de equipamentos hidráulicos e pneumáticos, exceto válvulas	1%
3314-7/03	Manutenção e reparação de válvulas industriais	1%
3314-7/04	Manutenção e reparação de compressores	1%
3314-7/05	Manutenção e reparação de equipamentos de transmissão para fins industriais	1%
3314-7/06	Manutenção e reparação de máquinas, aparelhos e equipamentos para instalações térmicas	1%

3314-7/07	Manutenção e reparação de máquinas e aparelhos de refrigeração e ventilação para uso industrial e comercial	1%
3314-7/08	Manutenção e reparação de máquinas, equipamentos e aparelhos para transporte e elevação de cargas	1%
3314-7/09	Manutenção e reparação de máquinas de escrever, calcular e de outros equipamentos não eletrônicos para escritório	1%
3314-7/10	Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente	1%
3314-7/11	Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para agricultura e pecuária	1%
3314-7/12	Manutenção e reparação de tratores agrícolas	1%
3314-7/13	Manutenção e reparação de máquinas-ferramenta	1%
3314-7/14	Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para a prospecção e extração de petróleo	1%
3314-7/15	Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso na extração mineral, exceto na extração de petróleo	1%
3314-7/16	Manutenção e reparação de tratores, exceto agrícolas	1%
3314-7/17	Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos de terraplenagem, pavimentação e construção, exceto tratores	1%
3314-7/18	Manutenção e reparação de máquinas para a indústria metalúrgica, exceto máquinas-ferramenta	1%
3314-7/19	Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para as indústrias de alimentos, bebidas e fumo	1%
3314-7/20	Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para a indústria têxtil, do vestuário, do couro e calçados	1%
3314-7/21	Manutenção e reparação de máquinas e aparelhos para a indústria de celulose, papel e papelão e artefatos	1%
3314-7/22	Manutenção e reparação de máquinas e aparelhos para a indústria do plástico	1%
3314-7/99	Manutenção e reparação de outras máquinas e equipamentos para usos industriais não especificados anteriormente	1%
3315-5/00	Manutenção e reparação de veículos ferroviários	1%
3316-3/01	Manutenção e reparação de aeronaves, exceto a manutenção na pista	1%
3316-3/02	Manutenção de aeronaves na pista	1%
3317-1/01	Manutenção e reparação de embarcações e estruturas flutuantes	1%
3317-1/02	Manutenção e reparação de embarcações para esporte e lazer	1%
3319-8/00	Manutenção e reparação de equipamentos e produtos não especificados anteriormente	1%
3321-0/00	Instalação de máquinas e equipamentos industriais	2%
3329-5/01	Serviços de montagem de móveis de qualquer material	2%
3329-5/99	Instalação de outros equipamentos não especificados anteriormente	2%
3511-5/00	Geração de energia elétrica	2%
3512-3/00	Transmissão de energia elétrica	2%
3513-1/00	Comércio atacadista de energia elétrica	2%
3514-0/00	Distribuição de energia elétrica	2%
3520-4/01	Produção de gás; processamento de gás natural	1%
3520-4/02	Distribuição de combustíveis gasosos por redes urbanas	1%
3530-1/00	Produção e distribuição de vapor, água quente e ar condicionado	1%
3600-6/01	Captação, tratamento e distribuição de água	2%
3600-6/02	Distribuição de água por caminhões	2%
3701-1/00	Gestão de redes de esgoto	3%
3702-9/00	Atividades relacionadas a esgoto, exceto a gestão de redes	3%
3811-4/00	Coleta de resíduos não perigosos	3%
3812-2/00	Coleta de resíduos perigosos	3%

3821-1/00	Tratamento e disposição de resíduos não perigosos	3%
3822-0/00	Tratamento e disposição de resíduos perigosos	3%
3831-9/01	Recuperação de sucatas de alumínio	3%
3831-9/99	Recuperação de materiais metálicos, exceto alumínio	3%
3832-7/00	Recuperação de materiais plásticos	3%
3839-4/01	Usinas de compostagem	3%
3839-4/99	Recuperação de materiais não especificados anteriormente	3%
3900-5/00	Descontaminação e outros serviços de gestão de resíduos	3%
4110-7/00	Incorporação de empreendimentos imobiliários	2%
4120-4/00	Construção de edifícios	3%
4211-1/01	Construção de rodovias e ferrovias	2%
4211-1/02	Pintura para sinalização em pistas rodoviárias e aeroportos	2%
4212-0/00	Construção de obras de arte especiais	2%
4213-8/00	Obras de urbanização - ruas, praças e calçadas	2%
4221-9/01	Construção de barragens e represas para geração de energia elétrica	3%
4221-9/02	Construção de estações e redes de distribuição de energia elétrica	3%
4221-9/03	Manutenção de redes de distribuição de energia elétrica	3%
4221-9/04	Construção de estações e redes de telecomunicações	3%
4221-9/05	Manutenção de estações e redes de telecomunicações	3%
4222-7/01	Construção de redes de abastecimento de água, coleta de esgoto e construções correlatas, exceto obras de irrigação	3%
4222-7/02	Obras de irrigação	3%
4223-5/00	Construção de redes de transportes por dutos, exceto para água e esgoto	3%
4291-0/00	Obras portuárias, marítimas e fluviais	3%
4292-8/01	Montagem de estruturas metálicas	3%
4292-8/02	Obras de montagem industrial	3%
4299-5/01	Construção de instalações esportivas e recreativas	3%
4299-5/99	Outras obras de engenharia civil não especificadas anteriormente	3%
4311-8/01	Demolição de edifícios e outras estruturas	2%
4311-8/02	Preparação de canteiro e limpeza de terreno	2%
4312-6/00	Perfurações e sondagens	2%
4313-4/00	Obras de terraplenagem	2%
4319-3/00	Serviços de preparação do terreno não especificados anteriormente	2%
4321-5/00	Instalação e manutenção elétrica	2%
4322-3/01	Instalações hidráulicas, sanitárias e de gás	2%
4322-3/02	Instalação e manutenção de sistemas centrais de ar condicionado, de ventilação e refrigeração	2%
4322-3/03	Instalações de sistema de prevenção contra incêndio	2%
4329-1/01	Instalação de painéis publicitários	2%
4329-1/02	Instalação de equipamentos para orientação à navegação marítima fluvial e lacustre	2%
4329-1/03	Instalação, manutenção e reparação de elevadores, escadas e esteiras rolantes, exceto de fabricação própria	2%
4329-1/04	Montagem e instalação de sistemas e equipamentos de iluminação e sinalização em vias públicas, portos e aeroportos	2%

4329-1/05	Tratamentos térmicos, acústicos ou de vibração	2%
4329-1/99	Outras obras de instalações em construções não especificadas anteriormente	2%
4330-4/01	Impermeabilização em obras de engenharia civil	2%
4330-4/02	Instalação de portas, janelas, tetos, divisórias e armários embutidos de qualquer material	2%
4330-4/03	Obras de acabamento em gesso e estuque	2%
4330-4/04	Serviços de pintura de edifícios em geral	2%
4330-4/05	Aplicação de revestimentos e de resinas em interiores e exteriores	2%
4330-4/99	Outras obras de acabamento da construção	2%
4391-6/00	Obras de fundações	3%
4399-1/01	Administração de obras	3%
4399-1/02	Montagem e desmontagem de andaimes e outras estruturas temporárias	3%
4399-1/03	Obras de alvenaria	3%
4399-1/04	Serviços de operação e fornecimento de equipamentos para transporte e elevação de cargas e pessoas para uso em obras	3%
4399-1/05	Perfuração e construção de poços de água	3%
4399-1/99	Serviços especializados para construção não especificados anteriormente	3%
4511-1/01	Comércio a varejo de automóveis, camionetas e utilitários novos	2%
4511-1/02	Comércio a varejo de automóveis, camionetas e utilitários usados	2%
4511-1/03	Comércio por atacado de automóveis, camionetas e utilitários novos e usados	2%
4511-1/04	Comércio por atacado de caminhões novos e usados	2%
4511-1/05	Comércio por atacado de reboques e semirreboques novos e usados	2%
4511-1/06	Comércio por atacado de ônibus e microônibus novos e usados	2%
4512-9/01	Representantes comerciais e agentes do comércio de veículos automotores	2%
4512-9/02	Comércio sob consignação de veículos automotores	2%
4520-0/01	Serviços de manutenção e reparação mecânica de veículos automotores	2%
4520-0/02	Serviços de lanternagem ou funilaria e pintura de veículos automotores	2%
4520-0/03	Serviços de manutenção e reparação elétrica de veículos automotores	2%
4520-0/04	Serviços de alinhamento e balanceamento de veículos automotores	2%
4520-0/05	Serviços de lavagem, lubrificação e polimento de veículos automotores	2%
4520-0/06	Serviços de borracharia para veículos automotores	2%
4520-0/07	Serviços de instalação, manutenção e reparação de acessórios para veículos automotores	2%
4530-7/01	Comércio por atacado de peças e acessórios novos para veículos automotores	2%
4530-7/02	Comércio por atacado de pneumáticos e câmaras de ar	2%
4530-7/03	Comércio a varejo de peças e acessórios novos para veículos automotores	2%
4530-7/04	Comércio a varejo de peças e acessórios usados para veículos automotores	2%
4530-7/05	Comércio a varejo de pneumáticos e câmaras de ar	2%
4530-7/06	Representantes comerciais e agentes do comércio de peças e acessórios novos e usados para veículos automotores	2%
4541-2/01	Comércio por atacado de motocicletas e motonetas	2%
4541-2/02	Comércio por atacado de peças e acessórios para motocicletas e motonetas	2%
4541-2/03	Comércio a varejo de motocicletas e motonetas novas	2%
4541-2/04	Comércio a varejo de motocicletas e motonetas usadas	2%

4541-2/05	Comércio a varejo de peças e acessórios para motocicletas e motonetas	2%
4542-1/01	Representantes comerciais e agentes do comércio de motocicletas e motonetas, peças e acessórios	2%
4542-1/02	Comércio sob consignação de motocicletas e motonetas	2%
4543-9/00	Manutenção e reparação de motocicletas e motonetas	2%
4611-7/00	Representantes comerciais e agentes do comércio de matérias-primas agrícolas e animais vivos	2%
4612-5/00	Representantes comerciais e agentes do comércio de combustíveis, minerais, produtos siderúrgicos e químicos	2%
4613-3/00	Representantes comerciais e agentes do comércio de madeira, material de construção e ferragens	2%
4614-1/00	Representantes comerciais e agentes do comércio de máquinas, equipamentos, embarcações e aeronaves	2%
4615-0/00	Representantes comerciais e agentes do comércio de eletrodomésticos, móveis e artigos de uso doméstico	2%
4616-8/00	Representantes comerciais e agentes do comércio de têxteis, vestuário, calçados e artigos de viagem	2%
4617-6/00	Representantes comerciais e agentes do comércio de produtos alimentícios, bebidas e fumo	2%
4618-4/01	Representantes comerciais e agentes do comércio de medicamentos, cosméticos e produtos de perfumaria	2%
4618-4/02	Representantes comerciais e agentes do comércio de instrumentos e materiais odontológico-hospitalares	2%
4618-4/03	Representantes comerciais e agentes do comércio de jornais, revistas e outras publicações	2%
4618-4/99	Outros representantes comerciais e agentes do comércio especializado em produtos não especificados anteriormente	2%
4619-2/00	Representantes comerciais e agentes do comércio de mercadorias em geral não especializado	2%
4621-4/00	Comércio atacadista de café em grão	2%
4622-2/00	Comércio atacadista de soja	2%
4623-1/01	Comércio atacadista de animais vivos	2%
4623-1/02	Comércio atacadista de couros, lãs, peles e outros subprodutos não comestíveis de origem animal	2%
4623-1/03	Comércio atacadista de algodão	2%
4623-1/04	Comércio atacadista de fumo em folha não beneficiado	2%
4623-1/05	Comércio atacadista de cacau	2%
4623-1/06	Comércio atacadista de sementes, flores, plantas e gramas	2%
4623-1/07	Comércio atacadista de sisal	2%
4623-1/08	Comércio atacadista de matérias-primas agrícolas com atividade de fracionamento e acondicionamento associada	2%
4623-1/09	Comércio atacadista de alimentos para animais	2%
4623-1/99	Comércio atacadista de matérias-primas agrícolas não especificadas anteriormente	2%
4631-1/00	Comércio atacadista de leite e laticínios	2%
4632-0/01	Comércio atacadista de cereais e leguminosas beneficiados	2%
4632-0/02	Comércio atacadista de farinhas, amidos e féculas	2%
4632-0/03	Comércio atacadista de cereais e leguminosas beneficiados, farinhas, amidos e féculas, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada	2%

4633-8/01	Comércio atacadista de frutas, verduras, raízes, tubérculos, hortaliças e legumes frescos	2%
4633-8/02	Comércio atacadista de aves vivas e ovos	2%
4633-8/03	Comércio atacadista de coelhos e outros pequenos animais vivos para alimentação	2%
4634-6/01	Comércio atacadista de carnes bovinas e suínas e derivados	1%
4634-6/02	Comércio atacadista de aves abatidas e derivados	1%
4634-6/03	Comércio atacadista de pescados e frutos do mar	1%
4634-6/99	Comércio atacadista de carnes e derivados de outros animais	1%
4635-4/01	Comércio atacadista de água mineral	1%
4635-4/02	Comércio atacadista de cerveja, chope e refrigerante	1%
4635-4/03	Comércio atacadista de bebidas com atividade de fracionamento e acondicionamento associada	1%
4635-4/99	Comércio atacadista de bebidas não especificadas anteriormente	1%
4636-2/01	Comércio atacadista de fumo beneficiado	1%
4636-2/02	Comércio atacadista de cigarros, cigarrilhas e charutos	1%
4637-1/01	Comércio atacadista de café torrado, moído e solúvel	1%
4637-1/02	Comércio atacadista de açúcar	1%
4637-1/03	Comércio atacadista de óleos e gorduras	1%
4637-1/04	Comércio atacadista de pães, bolos, biscoitos e similares	1%
4637-1/05	Comércio atacadista de massas alimentícias	1%
4637-1/06	Comércio atacadista de sorvetes	1%
4637-1/07	Comércio atacadista de chocolates, confeitos, balas, bombons e semelhantes	1%
4637-1/99	Comércio atacadista especializado em outros produtos alimentícios não especificados anteriormente	1%
4639-7/01	Comércio atacadista de produtos alimentícios em geral	1%
4639-7/02	Comércio atacadista de produtos alimentícios em geral, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada	1%
4641-9/01	Comércio atacadista de tecidos	1%
4641-9/02	Comércio atacadista de artigos de cama, mesa e banho	1%
4641-9/03	Comércio atacadista de artigos de armarinho	1%
4642-7/01	Comércio atacadista de artigos do vestuário e acessórios, exceto profissionais e de segurança	1%
4642-7/02	Comércio atacadista de roupas e acessórios para uso profissional e de segurança do trabalho	1%
4643-5/01	Comércio atacadista de calçados	1%
4643-5/02	Comércio atacadista de bolsas, malas e artigos de viagem	1%
4644-3/01	Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso humano	1%
4644-3/02	Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso veterinário	1%
4645-1/01	Comércio atacadista de instrumentos e materiais para uso médico, cirúrgico, hospitalar e de laboratórios	1%
4645-1/02	Comércio atacadista de próteses e artigos de ortopedia	1%
4645-1/03	Comércio atacadista de produtos odontológicos	1%
4646-0/01	Comércio atacadista de cosméticos e produtos de perfumaria	1%
4646-0/02	Comércio atacadista de produtos de higiene pessoal	1%
4647-8/01	Comércio atacadista de artigos de escritório e de papelaria	1%
4647-8/02	Comércio atacadista de livros, jornais e outras publicações	1%
4649-4/01	Comércio atacadista de equipamentos elétricos de uso pessoal e doméstico	1%
4649-4/02	Comércio atacadista de aparelhos eletrônicos de uso pessoal e doméstico	1%

4649-4/03	Comércio atacadista de bicicletas, triciclos e outros veículos recreativos	1%
4649-4/04	Comércio atacadista de móveis e artigos de colchoaria	1%
4649-4/05	Comércio atacadista de artigos de tapeçaria, persianas e cortinas	1%
4649-4/06	Comércio atacadista de lustres, luminárias e abajures	1%
4649-4/07	Comércio atacadista de filmes, CDs, DVDs, fitas e discos	1%
4649-4/08	Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliar	1%
4649-4/09	Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliar, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada	1%
4649-4/10	Comércio atacadista de jóias, relógios e bijuterias, inclusive pedras preciosas e semipreciosas lapidadas	1%
4649-4/99	Comércio atacadista de outros equipamentos e artigos de uso pessoal e doméstico não especificados anteriormente	1%
4651-6/01	Comércio atacadista de equipamentos de informática	1%
4651-6/02	Comércio atacadista de suprimentos para informática	1%
4652-4/00	Comércio atacadista de componentes eletrônicos e equipamentos de telefonia e comunicação	1%
4661-3/00	Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso agropecuário; partes e peças	1%
4662-1/00	Comércio atacadista de máquinas, equipamentos para terraplenagem, mineração e construção; partes e peças	1%
4663-0/00	Comércio atacadista de máquinas e equipamentos para uso industrial; partes e peças	1%
4664-8/00	Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odontológico-hospitalar; partes e peças	1%
4665-6/00	Comércio atacadista de máquinas e equipamentos para uso comercial; partes e peças	1%
4669-9/01	Comércio atacadista de bombas e compressores; partes e peças	1%
4669-9/99	Comércio atacadista de outras máquinas e equipamentos não especificados anteriormente; partes e peças	1%
4671-1/00	Comércio atacadista de madeira e produtos derivados	1%
4672-9/00	Comércio atacadista de ferragens e ferramentas	1%
4673-7/00	Comércio atacadista de material elétrico	1%
4674-5/00	Comércio atacadista de cimento	1%
4679-6/01	Comércio atacadista de tintas, vernizes e similares	1%
4679-6/02	Comércio atacadista de mármore e granitos	1%
4679-6/03	Comércio atacadista de vidros, espelhos e vitrais	1%
4679-6/04	Comércio atacadista especializado de materiais de construção não especificados anteriormente	1%
4679-6/99	Comércio atacadista de materiais de construção em geral	1%
4681-8/01	Comércio atacadista de álcool carburante, biodiesel, gasolina e demais derivados de petróleo, exceto lubrificantes, não realizado por transportador retalhista (T.R.R.)	1%
4681-8/02	Comércio atacadista de combustíveis realizado por transportador retalhista (T.R.R.)	1%
4681-8/03	Comércio atacadista de combustíveis de origem vegetal, exceto álcool carburante	1%
4681-8/04	Comércio atacadista de combustíveis de origem mineral em bruto	1%
4681-8/05	Comércio atacadista de lubrificantes	1%
4682-6/00	Comércio atacadista de gás liquefeito de petróleo (GLP)	1%
4683-4/00	Comércio atacadista de defensivos agrícolas, adubos, fertilizantes e corretivos do solo	1%
4684-2/01	Comércio atacadista de resinas e elastômeros	1%

4684-2/02	Comércio atacadista de solventes	1%
4684-2/99	Comércio atacadista de outros produtos químicos e petroquímicos não especificados anteriormente	1%
4685-1/00	Comércio atacadista de produtos siderúrgicos e metalúrgicos, exceto para construção	1%
4686-9/01	Comércio atacadista de papel e papelão em bruto	1%
4686-9/02	Comércio atacadista de embalagens	1%
4687-7/01	Comércio atacadista de resíduos de papel e papelão	1%
4687-7/02	Comércio atacadista de resíduos e sucatas não metálicos, exceto de papel e papelão	1%
4687-7/03	Comércio atacadista de resíduos e sucatas metálicos	1%
4689-3/01	Comércio atacadista de produtos da extração mineral, exceto combustíveis	1%
4689-3/02	Comércio atacadista de fios e fibras beneficiados	1%
4689-3/99	Comércio atacadista especializado em outros produtos intermediários não especificados anteriormente	1%
4691-5/00	Comércio atacadista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios	1%
4692-3/00	Comércio atacadista de mercadorias em geral, com predominância de insumos agropecuários	1%
4693-1/00	Comércio atacadista de mercadorias em geral, sem predominância de alimentos ou de insumos agropecuários	1%
4711-3/01	Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – hipermercados	2%
4711-3/02	Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios – supermercados	2%
4712-1/00	Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - minimercados, mercearias e armazéns	1%
4713-0/01	Lojas de departamentos ou magazines	1%
4713-0/02	Lojas de variedades, exceto lojas de departamentos ou magazines	1%
4713-0/03	Lojas duty free de aeroportos internacionais	1%
4721-1/01	Padaria e confeitaria com predominância de produção própria	1%
4721-1/02	Padaria e confeitaria com predominância de revenda	1%
4721-1/03	Comércio varejista de laticínios e frios	1%
4721-1/04	Comércio varejista de doces, balas, bombons e semelhantes	1%
4722-9/01	Comércio varejista de carnes - açougues	1%
4722-9/02	Peixaria	1%
4723-7/00	Comércio varejista de bebidas	1%
4724-5/00	Comércio varejista de hortifrutigranjeiros	1%
4729-6/01	Tabacaria	1%
4729-6/99	Comércio varejista de produtos alimentícios em geral ou especializado em produtos alimentícios não especificados anteriormente	1%
4731-8/00	Comércio varejista de combustíveis para veículos automotores	1%
4732-6/00	Comércio varejista de lubrificantes	1%
4741-5/00	Comércio varejista de tintas e materiais para pintura	1%
4742-3/00	Comércio varejista de material elétrico	1%
4743-1/00	Comércio varejista de vidros	1%
4744-0/01	Comércio varejista de ferragens e ferramentas	1%
4744-0/02	Comércio varejista de madeira e artefatos	1%
4744-0/03	Comércio varejista de materiais hidráulicos	1%
4744-0/04	Comércio varejista de cal, areia, pedra britada, tijolos e telhas	1%

4744-0/05	Comércio varejista de materiais de construção não especificados anteriormente	1%
4744-0/99	Comércio varejista de materiais de construção em geral	1%
4751-2/00	Comércio varejista especializado de equipamentos e suprimentos de informática	1%
4752-1/00	Comércio varejista especializado de equipamentos de telefonia e comunicação	1%
4753-9/00	Comércio varejista especializado de eletrodomésticos e equipamentos de áudio e vídeo	1%
4754-7/01	Comércio varejista de móveis	1%
4754-7/02	Comércio varejista de artigos de colchoaria	1%
4754-7/03	Comércio varejista de artigos de iluminação	1%
4755-5/01	Comércio varejista de tecidos	1%
4755-5/02	Comercio varejista de artigos de armário	1%
4755-5/03	Comercio varejista de artigos de cama, mesa e banho	1%
4756-3/00	Comércio varejista especializado de instrumentos musicais e acessórios	1%
4757-1/00	Comércio varejista especializado de peças e acessórios para aparelhos eletroeletrônicos para uso doméstico, exceto informática e comunicação	1%
4759-8/01	Comércio varejista de artigos de tapeçaria, cortinas e persianas	1%
4759-8/99	Comércio varejista de outros artigos de uso pessoal e doméstico não especificado anteriormente	1%
4761-0/01	Comércio varejista de livros	1%
4761-0/02	Comércio varejista de jornais e revistas	1%
4761-0/03	Comércio varejista de artigos de papelaria	1%
4762-8/00	Comércio varejista de discos, CDs, DVDs e fitas	1%
4763-6/01	Comércio varejista de brinquedos e artigos recreativos	1%
4763-6/02	Comércio varejista de artigos esportivos	1%
4763-6/03	Comércio varejista de bicicletas e triciclos; peças e acessórios	1%
4763-6/04	Comércio varejista de artigos de caça, pesca e camping	1%
4763-6/05	Comércio varejista de embarcações e outros veículos recreativos; peças e acessórios	1%
4771-7/01	Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas	1%
4771-7/02	Comércio varejista de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas	1%
4771-7/03	Comércio varejista de produtos farmacêuticos homeopáticos	1%
4771-7/04	Comércio varejista de medicamentos veterinários	1%
4772-5/00	Comércio varejista de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal	1%
4773-3/00	Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos	1%
4774-1/00	Comércio varejista de artigos de óptica	1%
4781-4/00	Comércio varejista de artigos do vestuário e acessórios	1%
4782-2/01	Comércio varejista de calçados	1%
4782-2/02	Comércio varejista de artigos de viagem	1%
4783-1/01	Comércio varejista de artigos de joalheria	1%
4783-1/02	Comércio varejista de artigos de relojoaria	1%
4784-9/00	Comércio varejista de gás liquefeito de petróleo (GLP)	1%
4785-7/01	Comércio varejista de antiguidades	1%
4785-7/99	Comércio varejista de outros artigos usados	1%
4789-0/01	Comércio varejista de suvenires, bijuterias e artesanatos	1%
4789-0/02	Comércio varejista de plantas e flores naturais	1%

4789-0/03	Comércio varejista de objetos de arte	1%
4789-0/04	Comércio varejista de animais vivos e de artigos e alimentos para animais de estimação	1%
4789-0/05	Comércio varejista de produtos saneantes domissanitários	1%
4789-0/06	Comércio varejista de fogos de artifício e artigos pirotécnicos	1%
4789-0/07	Comércio varejista de equipamentos para escritório	1%
4789-0/08	Comércio varejista de artigos fotográficos e para filmagem	1%
4789-0/09	Comércio varejista de armas e munições	1%
4789-0/99	Comércio varejista de outros produtos não especificados anteriormente	1%
4911-6/00	Transporte ferroviário de carga	1%
4912-4/01	Transporte ferroviário de passageiros intermunicipal e interestadual	1%
4912-4/02	Transporte ferroviário de passageiros municipal e em região metropolitana	1%
4912-4/03	Transporte metroviário	1%
4921-3/01	Transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, municipal	3%
4921-3/02	Transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, intermunicipal em região metropolitana	3%
4922-1/01	Transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, intermunicipal, exceto em região metropolitana	3%
4922-1/02	Transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, interestadual	3%
4922-1/03	Transporte rodoviário coletivo de passageiros, com itinerário fixo, internacional	3%
4923-0/01	Serviço de táxi	3%
4923-0/02	Serviço de transporte de passageiros - locação de automóveis com motorista	3%
4924-8/00	Transporte escolar	3%
4929-9/01	Transporte rodoviário coletivo de passageiros, sob regime de fretamento, municipal	3%
4929-9/02	Transporte rodoviário coletivo de passageiros, sob regime de fretamento, intermunicipal, interestadual e internacional	3%
4929-9/03	Organização de excursões em veículos rodoviários próprios, municipal	3%
4929-9/04	Organização de excursões em veículos rodoviários próprios, intermunicipal, interestadual e internacional	3%
4929-9/99	Outros transportes rodoviários de passageiros não especificados anteriormente	3%
4930-2/01	Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, municipal	3%
4930-2/02	Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional	3%
4930-2/03	Transporte rodoviário de produtos perigosos	3%
4930-2/04	Transporte rodoviário de mudanças	3%
4940-0/00	Transporte dutoviário	1%
4950-7/00	Trens turísticos, teleféricos e similares	1%
5011-4/01	Transporte marítimo de cabotagem - Carga	1%
5011-4/02	Transporte marítimo de cabotagem - passageiros	1%
5012-2/01	Transporte marítimo de longo curso - Carga	1%
5012-2/02	Transporte marítimo de longo curso - Passageiros	1%
5021-1/01	Transporte por navegação interior de carga, municipal, exceto travessia	1%
5021-1/02	Transporte por navegação interior de carga, intermunicipal, interestadual e internacional, exceto travessia	1%

5022-0/01	Transporte por navegação interior de passageiros em linhas regulares, municipal, exceto travessia	1%
5022-0/02	Transporte por navegação interior de passageiros em linhas regulares, intermunicipal, interestadual e internacional, exceto travessia	1%
5030-1/01	Navegação de apoio marítimo	1%
5030-1/02	Navegação de apoio portuário	1%
5091-2/01	Transporte por navegação de travessia, municipal	2%
5091-2/02	Transporte por navegação de travessia, intermunicipal	2%
5099-8/01	Transporte aquaviário para passeios turísticos	2%
5099-8/99	Outros transportes aquaviários não especificados anteriormente	2%
5111-1/00	Transporte aéreo de passageiros regular	3%
5112-9/01	Serviço de táxi aéreo e locação de aeronaves com tripulação	3%
5112-9/99	Outros serviços de transporte aéreo de passageiros não regular	3%
5120-0/00	Transporte aéreo de carga	2%
5130-7/00	Transporte espacial	1%
5211-7/01	Armazéns gerais - emissão de warrant	2%
5211-7/02	Guarda-móveis	2%
5211-7/99	Depósitos de mercadorias para terceiros, exceto armazéns gerais e guarda-móveis	2%
5212-5/00	Carga e descarga	2%
5221-4/00	Concessionárias de rodovias, pontes, túneis e serviços relacionados	1%
5222-2/00	Terminais rodoviários e ferroviários	1%
5223-1/00	Estacionamento de veículos	1%
5229-0/01	Serviços de apoio ao transporte por táxi, inclusive centrais de chamada	1%
5229-0/02	Serviços de reboque de veículos	1%
5229-0/99	Outras atividades auxiliares dos transportes terrestres não especificadas anteriormente	1%
5231-1/01	Administração da infraestrutura portuária	1%
5231-1/02	Operações de terminais	1%
5232-0/00	Atividades de agenciamento marítimo	1%
5239-7/00	Atividades auxiliares dos transportes aquaviários não especificadas anteriormente	1%
5240-1/01	Operação dos aeroportos e campos de aterrissagem	1%
5240-1/99	Atividades auxiliares dos transportes aéreos, exceto operação dos aeroportos e campos de aterrissagem	1%
5250-8/01	Comissaria de despachos	1%
5250-8/02	Atividades de despachantes aduaneiros	1%
5250-8/03	Agenciamento de cargas, exceto para o transporte marítimo	1%
5250-8/04	Organização logística do transporte de carga	1%
5250-8/05	Operador de transporte multimodal - OTM	1%
5310-5/01	Atividades do Correio Nacional	3%
5310-5/02	Atividades de franqueadas e permissionárias do Correio Nacional	3%
5320-2/01	Serviços de malote não realizados pelo Correio Nacional	3%
5320-2/02	Serviços de entrega rápida	3%
5510-8/01	Hotéis	1%

5510-8/02	Apart-hotéis	1%
5510-8/03	Motéis	1%
5590-6/01	Albergues, exceto assistenciais	1%
5590-6/02	Campings	1%
5590-6/03	Pensões (alojamento)	1%
5590-6/99	Outros alojamentos não especificados anteriormente	1%
5611-2/01	Restaurantes e similares	1%
5611-2/02	Bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas	1%
5611-2/03	Lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares	1%
5612-1/00	Serviços ambulantes de alimentação	1%
5620-1/01	Fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para empresas	1%
5620-1/02	Serviços de alimentação para eventos e recepções - bufê	1%
5620-1/03	Cantinas - serviços de alimentação privativos	1%
5620-1/04	Fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para consumo domiciliar	1%
5811-5/00	Edição de livros	1%
5812-3/00	Edição de jornais	1%
5813-1/00	Edição de revistas	1%
5819-1/00	Edição de cadastros, listas e de outros produtos gráficos	1%
5821-2/00	Edição integrada à impressão de livros	1%
5822-1/00	Edição integrada à impressão de jornais	1%
5823-9/00	Edição integrada à impressão de revistas	1%
5829-8/00	Edição integrada à impressão de cadastros, listas e de outros produtos gráficos	1%
5911-1/01	Estúdios cinematográficos	1%
5911-1/02	Produção de filmes para publicidade	1%
5911-1/99	Atividades de produção cinematográfica, de vídeos e de programas de televisão não especificadas anteriormente	1%
5912-0/01	Serviços de dublagem	1%
5912-0/02	Serviços de mixagem sonora em produção audiovisual	1%
5912-0/99	Atividades de pós-produção cinematográfica, de vídeos e de programas de televisão não especificadas anteriormente	1%
5913-8/00	Distribuição cinematográfica, de vídeo e de programas de televisão	1%
5914-6/00	Atividades de exibição cinematográfica	1%
5920-1/00	Atividades de gravação de som e de edição de música	1%
6010-1/00	Atividades de rádio	1%
6021-7/00	Atividades de televisão aberta	3%
6022-5/01	Programadoras	3%
6022-5/02	Atividades relacionadas à televisão por assinatura, exceto programadoras	3%
6110-8/01	Serviços de telefonia fixa comutada - STFC	2%
6110-8/02	Serviços de redes de transportes de telecomunicações - SRTT	2%
6110-8/03	Serviços de comunicação multimídia - SCM	2%
6110-8/99	Serviços de telecomunicações por fio não especificados anteriormente	2%
6120-5/01	Telefonia móvel celular	2%
6120-5/02	Serviço móvel especializado - SME	2%

6120-5/99	Serviços de telecomunicações sem fio não especificados anteriormente	2%
6130-2/00	Telecomunicações por satélite	2%
6141-8/00	Operadoras de televisão por assinatura por cabo	2%
6142-6/00	Operadoras de televisão por assinatura por micro-ondas	2%
6143-4/00	Operadoras de televisão por assinatura por satélite	2%
6190-6/01	Provedores de acesso às redes de comunicações	2%
6190-6/02	Provedores de voz sobre protocolo internet - VOIP	2%
6190-6/99	Outras atividades de telecomunicações não especificadas anteriormente	2%
6201-5/00	Desenvolvimento de programas de computador sob encomenda	1%
6202-3/00	Desenvolvimento e licenciamento de programas de computador customizáveis	1%
6203-1/00	Desenvolvimento e licenciamento de programas de computador não customizáveis	1%
6204-0/00	Consultoria em tecnologia da informação	1%
6209-1/00	Suporte técnico, manutenção e outros serviços em tecnologia da informação	1%
6311-9/00	Tratamento de dados, provedores de serviços de aplicação e serviços de hospedagem na internet	1%
6319-4/00	Portais, provedores de conteúdo e outros serviços de informação na internet	1%
6391-7/00	Agências de notícias	1%
6399-2/00	Outras atividades de prestação de serviços de informação não especificadas anteriormente	1%
6410-7/00	Banco Central	1%
6421-2/00	Bancos comerciais	3%
6422-1/00	Bancos múltiplos, com carteira comercial	3%
6423-9/00	Caixas econômicas	3%
6424-7/01	Bancos cooperativos	1%
6424-7/02	Cooperativas centrais de crédito	1%
6424-7/03	Cooperativas de crédito mútuo	1%
6424-7/04	Cooperativas de crédito rural	1%
6431-0/00	Bancos múltiplos, sem carteira comercial	3%
6432-8/00	Bancos de investimento	1%
6433-6/00	Bancos de desenvolvimento	1%
6434-4/00	Agências de fomento	1%
6435-2/01	Sociedades de crédito imobiliário	1%
6435-2/02	Associações de poupança e empréstimo	1%
6435-2/03	Companhias hipotecárias	1%
6436-1/00	Sociedades de crédito, financiamento e investimento - financeiras	1%
6437-9/00	Sociedades de crédito ao microempreendedor	1%
6440-9/00	Arrendamento mercantil	1%
6450-6/00	Sociedades de capitalização	1%
6461-1/00	Holdings de instituições financeiras	1%
6462-0/00	Holdings de instituições não financeiras	1%
6463-8/00	Outras sociedades de participação, exceto holdings	1%
6470-1/01	Fundos de investimento, exceto previdenciários e imobiliários	1%

6470-1/02	Fundos de investimento previdenciários	1%
6470-1/03	Fundos de investimento imobiliários	1%
6491-3/00	Sociedades de fomento mercantil — factoring	1%
6492-1/00	Securitização de créditos	1%
6493-0/00	Administração de consórcios para aquisição de bens e direitos	1%
6499-9/01	Clubes de investimento	1%
6499-9/02	Sociedades de investimento	1%
6499-9/03	Fundo garantidor de crédito	1%
6499-9/04	Caixas de financiamento de corporações	1%
6499-9/05	Concessão de crédito pelas OSCIP	1%
6499-9/99	Outras atividades de serviços financeiros não especificadas anteriormente	1%
6511-1/01	Seguros de vida	1%
6511-1/02	Planos de auxílio-funeral	1%
6512-0/00	Seguros não vida	1%
6520-1/00	Seguros-saúde	2%
6530-8/00	Resseguros	1%
6541-3/00	Previdência complementar fechada	1%
6542-1/00	Previdência complementar aberta	1%
6550-2/00	Planos de saúde	2%
6611-8/01	Bolsa de valores	1%
6611-8/02	Bolsa de mercadorias	1%
6611-8/03	Bolsa de mercadorias e futuros	1%
6611-8/04	Administração de mercados de balcão organizados	1%
6612-6/01	Corretoras de títulos e valores mobiliários	1%
6612-6/02	Distribuidoras de títulos e valores mobiliários	1%
6612-6/03	Corretoras de câmbio	1%
6612-6/04	Corretoras de contratos de mercadorias	1%
6612-6/05	Agentes de investimentos em aplicações financeiras	1%
6613-4/00	Administração de cartões de crédito	1%
6619-3/01	Serviços de liquidação e custódia	1%
6619-3/02	Correspondentes de instituições financeiras	1%
6619-3/03	Representações de bancos estrangeiros	1%
6619-3/04	Caixas eletrônicos	1%
6619-3/05	Operadoras de cartões de débito	1%
6619-3/99	Outras atividades auxiliares dos serviços financeiros não especificadas anteriormente	1%
6621-5/01	Peritos e avaliadores de seguros	1%
6621-5/02	Auditoria e consultoria atuarial	1%
6622-3/00	Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde	1%
6629-1/00	Atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente	1%

6630-4/00	Atividades de administração de fundos por contrato ou comissão	2%
6810-2/01	Compra e venda de imóveis próprios	1%
6810-2/02	Aluguel de imóveis próprios	1%
6821-8/01	Corretagem na compra e venda e avaliação de imóveis	1%
6821-8/02	Corretagem no aluguel de imóveis	1%
6822-6/00	Gestão e administração da propriedade imobiliária	1%
6911-7/01	Serviços advocatícios	1%
6911-7/02	Atividades auxiliares da justiça	1%
6911-7/03	Agente de propriedade industrial	1%
6912-5/00	Cartórios	1%
6920-6/01	Atividades de contabilidade	1%
6920-6/02	Atividades de consultoria e auditoria contábil e tributária	1%
7020-4/00	Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica	1%
7111-1/00	Serviços de arquitetura	1%
7112-0/00	Serviços de engenharia	1%
7119-7/01	Serviços de cartografia, topografia e geodésia	1%
7119-7/02	Atividades de estudos geológicos	1%
7119-7/03	Serviços de desenho técnico relacionados à arquitetura e engenharia	1%
7119-7/04	Serviços de perícia técnica relacionados à segurança do trabalho	1%
7119-7/99	Atividades técnicas relacionadas à engenharia e arquitetura não especificadas anteriormente	1%
7120-1/00	Testes e análises técnicas	3%
7210-0/00	Pesquisa e desenvolvimento experimental em ciências físicas e naturais	1%
7220-7/00	Pesquisa e desenvolvimento experimental em ciências sociais e humanas	1%
7311-4/00	Agências de publicidade	1%
7312-2/00	Agenciamento de espaços para publicidade, exceto em veículos de comunicação	1%
7319-0/01	Criação de estandes para feiras e exposições	1%
7319-0/02	Promoção de vendas	1%
7319-0/03	Marketing direto	1%
7319-0/04	Consultoria em publicidade	1%
7319-0/99	Outras atividades de publicidade não especificadas anteriormente	1%
7320-3/00	Pesquisas de mercado e de opinião pública	2%
7410-2/01	Design	1%
7410-2/02	Decoração de interiores	1%
7420-0/01	Atividades de produção de fotografias, exceto aérea e submarina	1%
7420-0/02	Atividades de produção de fotografias aéreas e submarinas	1%
7420-0/03	Laboratórios fotográficos	1%
7420-0/04	Filmagem de festas e eventos	1%
7420-0/05	Serviços de microfilmagem	1%
7490-1/01	Serviços de tradução, interpretação e similares	1%
7490-1/02	Escafandria e mergulho	1%

7490-1/03	Serviços de agronomia e de consultoria às atividades agrícolas e pecuárias	1%
7490-1/04	Atividades de intermediação e agenciamento de serviços e negócios em geral, exceto imobiliários	1%
7490-1/05	Agenciamento de profissionais para atividades esportivas, culturais e artísticas	1%
7490-1/99	Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente	1%
7500-1/00	Atividades veterinárias	1%
7711-0/00	Locação de automóveis sem condutor	1%
7719-5/01	Locação de embarcações sem tripulação, exceto para fins recreativos	1%
7719-5/02	Locação de aeronaves sem tripulação	1%
7719-5/99	Locação de outros meios de transporte não especificados anteriormente, sem condutor	1%
7721-7/00	Aluguel de equipamentos recreativos e esportivos	1%
7722-5/00	Aluguel de fitas de vídeo, DVDs e similares	1%
7723-3/00	Aluguel de objetos do vestuário, joias e acessórios	1%
7729-2/01	Aluguel de aparelhos de jogos eletrônicos	1%
7729-2/02	Aluguel de móveis, utensílios e aparelhos de uso doméstico e pessoal; instrumentos musicais	1%
7729-2/03	Aluguel de material médico	1%
7729-2/99	Aluguel de outros objetos pessoais e domésticos não especificados anteriormente	1%
7731-4/00	Aluguel de máquinas e equipamentos agrícolas sem operador	1%
7732-2/01	Aluguel de máquinas e equipamentos para construção sem operador, exceto andaimes	1%
7732-2/02	Aluguel de andaimes	1%
7733-1/00	Aluguel de máquinas e equipamentos para escritórios	1%
7739-0/01	Aluguel de máquinas e equipamentos para extração de minérios e petróleo, sem operador	1%
7739-0/02	Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador	1%
7739-0/03	Aluguel de palcos, coberturas e outras estruturas de uso temporário, exceto andaimes	1%
7739-0/99	Aluguel de outras máquinas e equipamentos comerciais e industriais não especificados anteriormente, sem operador	1%
7740-3/00	Gestão de ativos intangíveis não financeiros	1%
7810-8/00	Seleção e agenciamento de mão de obra	2%
7820-5/00	Locação de mão de obra temporária	2%
7830-2/00	Fornecimento e gestão de recursos humanos para terceiros	2%
7911-2/00	Agências de viagens	1%
7912-1/00	Operadores turísticos	1%
7990-2/00	Serviços de reservas e outros serviços de turismo não especificados anteriormente	1%
8011-1/01	Atividades de vigilância e segurança privada	3%
8011-1/02	Serviços de adestramento de cães de guarda	3%
8012-9/00	Atividades de transporte de valores	3%
8020-0/00	Atividades de monitoramento de sistemas de segurança	2%
8030-7/00	Atividades de investigação particular	3%
8111-7/00	Serviços combinados para apoio a edifícios, exceto condomínios prediais	3%
8112-5/00	Condomínios prediais	3%
8121-4/00	Limpeza em prédios e em domicílios	3%
8122-2/00	Imunização e controle de pragas urbanas	3%

8129-0/00	Atividades de limpeza não especificadas anteriormente	3%
8130-3/00	Atividades paisagísticas	1%
8211-3/00	Serviços combinados de escritório e apoio administrativo	1%
8219-9/01	Fotocópias	1%
8219-9/99	Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anteriormente	1%
8220-2/00	Atividades de teleatendimento	3%
8230-0/01	Serviços de organização de feiras, congressos, exposições e festas	1%
8230-0/02	Casas de festas e eventos	1%
8291-1/00	Atividades de cobranças e informações cadastrais	1%
8292-0/00	Envasamento e empacotamento sob contrato	2%
8299-7/01	Medição de consumo de energia elétrica, gás e água	1%
8299-7/02	Emissão de vales-alimentação, vales-transporte e similares	1%
8299-7/03	Serviços de gravação de carimbos, exceto confecção	1%
8299-7/04	Leiloeiros independentes	1%
8299-7/05	Serviços de levantamento de fundos sob contrato	1%
8299-7/06	Casas lotéricas	1%
8299-7/07	Salas de acesso à internet	1%
8299-7/99	Outras atividades de serviços prestados principalmente às empresas não especificadas anteriormente	1%
8411-6/00	Administração pública em geral	2%
8412-4/00	Regulação das atividades de saúde, educação, serviços culturais e outros serviços sociais	2%
8413-2/00	Regulação das atividades econômicas	2%
8421-3/00	Relações exteriores	2%
8422-1/00	Defesa	2%
8423-0/00	Justiça	2%
8424-8/00	Segurança e ordem pública	2%
8425-6/00	Defesa Civil	2%
8430-2/00	Seguridade social obrigatória	2%
8511-2/00	Educação infantil - creche	1%
8512-1/00	Educação infantil - pré-escola	1%
8513-9/00	Ensino fundamental	1%
8520-1/00	Ensino médio	1%
8531-7/00	Educação superior - graduação	1%
8532-5/00	Educação superior - graduação e pós-graduação	1%
8533-3/00	Educação superior - pós-graduação e extensão	1%
8541-4/00	Educação profissional de nível técnico	1%
8542-2/00	Educação profissional de nível tecnológico	1%
8550-3/01	Administração de caixas escolares	1%
8550-3/02	Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares	1%
8591-1/00	Ensino de esportes	1%
8592-9/01	Ensino de dança	1%
8592-9/02	Ensino de artes cênicas, exceto dança	1%

8592-9/03	Ensino de música	1%
8592-9/99	Ensino de arte e cultura não especificado anteriormente	1%
8593-7/00	Ensino de idiomas	1%
8599-6/01	Formação de condutores	1%
8599-6/02	Cursos de pilotagem	1%
8599-6/03	Treinamento em informática	1%
8599-6/04	Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial	1%
8599-6/05	Cursos preparatórios para concursos	1%
8599-6/99	Outras atividades de ensino não especificadas anteriormente	1%
8610-1/01	Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências	2%
8610-1/02	Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências	2%
8621-6/01	UTI móvel	2%
8621-6/02	Serviços móveis de atendimento a urgências, exceto por UTI móvel	2%
8622-4/00	Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências	2%
8630-5/01	Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos	2%
8630-5/02	Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares	2%
8630-5/03	Atividade médica ambulatorial restrita a consultas	2%
8630-5/04	Atividade odontológica com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos	2%
8630-5/05	Atividade odontológica sem recursos para realização de procedimentos cirúrgicos	2%
8630-5/06	Serviços de vacinação e imunização humana	2%
8630-5/07	Atividades de reprodução humana assistida	2%
8630-5/99	Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente	2%
8640-2/01	Laboratórios de anatomia patológica e citológica	1%
8640-2/02	Laboratórios clínicos	1%
8640-2/03	Serviços de diálise e nefrologia	1%
8640-2/04	Serviços de tomografia	1%
8640-2/05	Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia	1%
8640-2/06	Serviços de ressonância magnética	1%
8640-2/07	Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética	1%
8640-2/08	Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ECG, EEG e outros exames análogos	1%
8640-2/09	Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos	1%
8640-2/10	Serviços de quimioterapia	1%
8640-2/11	Serviços de radioterapia	1%
8640-2/12	Serviços de hemoterapia	1%
8640-2/13	Serviços de litotripsia	1%
8640-2/14	Serviços de bancos de células e tecidos humanos	1%
8640-2/99	Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente	1%
8650-0/01	Atividades de enfermagem	1%
8650-0/02	Atividades de profissionais da nutrição	1%
8650-0/03	Atividades de psicologia e psicanálise	1%

8650-0/04	Atividades de fisioterapia	1%
8650-0/05	Atividades de terapia ocupacional	1%
8650-0/06	Atividades de fonoaudiologia	1%
8650-0/07	Atividades de terapia de nutrição enteral e parenteral	1%
8650-0/99	Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente	1%
8660-7/00	Atividades de apoio à gestão de saúde	1%
8690-9/01	Atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana	1%
8690-9/02	Atividades de banco de leite humano	1%
8690-9/99	Outras atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente	1%
8711-5/01	Clínicas e residências geriátricas	1%
8711-5/02	Instituições de longa permanência para idosos	1%
8711-5/03	Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes	1%
8711-5/04	Centros de apoio a pacientes com câncer e com AIDS	1%
8711-5/05	Condomínios residenciais para idosos e deficientes físicos	1%
8712-3/00	Atividades de fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio	1%
8720-4/01	Atividades de centros de assistência psicossocial	1%
8720-4/99	Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificadas anteriormente	1%
8730-1/01	Orfanatos	1%
8730-1/02	Albergues assistenciais	1%
8730-1/99	Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares não especificadas anteriormente	1%
8800-6/00	Serviços de assistência social sem alojamento	1%
9001-9/01	Produção teatral	3%
9001-9/02	Produção musical	3%
9001-9/03	Produção de espetáculos de dança	3%
9001-9/04	Produção de espetáculos circenses, de marionetes e similares	3%
9001-9/05	Produção de espetáculos de rodeios, vaquejadas e similares	3%
9001-9/06	Atividades de sonorização e de iluminação	3%
9001-9/99	Artes cênicas, espetáculos e atividades complementares não especificadas anteriormente	3%
9002-7/01	Atividades de artistas plásticos, jornalistas independentes e escritores	3%
9002-7/02	Restauração de obras de arte	3%
9003-5/00	Gestão de espaços para artes cênicas, espetáculos e outras atividades artísticas	3%
9101-5/00	Atividades de bibliotecas e arquivos	1%
9102-3/01	Atividades de museus e de exploração de lugares e prédios históricos e atrações similares	1%
9102-3/02	Restauração e conservação de lugares e prédios históricos	1%
9103-1/00	Atividades de jardins botânicos, zoológicos, parques nacionais, reservas ecológicas e áreas de proteção ambiental	1%
9200-3/01	Casas de bingo	1%
9200-3/02	Exploração de apostas em corridas de cavalos	1%
9200-3/99	Exploração de jogos de azar e apostas não especificados anteriormente	1%
9311-5/00	Gestão de instalações de esportes	1%

9312-3/00	Clubes sociais, esportivos e similares	1%
9313-1/00	Atividades de condicionamento físico	1%
9319-1/01	Produção e promoção de eventos esportivos	1%
9319-1/99	Outras atividades esportivas não especificadas anteriormente	1%
9321-2/00	Parques de diversão e parques temáticos	1%
9329-8/01	Discotecas, danceterias, salões de dança e similares	1%
9329-8/02	Exploração de boliches	1%
9329-8/03	Exploração de jogos de sinuca, bilhar e similares	1%
9329-8/04	Exploração de jogos eletrônicos recreativos	1%
9329-8/99	Outras atividades de recreação e lazer não especificadas anteriormente	1%
9411-1/00	Atividades de organizações associativas patronais e empresariais	1%
9412-0/00	Atividades de organizações associativas profissionais	1%
9420-1/00	Atividades de organizações sindicais	3%
9430-8/00	Atividades de associações de defesa de direitos sociais	1%
9491-0/00	Atividades de organizações religiosas	1%
9492-8/00	Atividades de organizações políticas	1%
9493-6/00	Atividades de organizações associativas ligadas à cultura e à arte	1%
9499-5/00	Atividades associativas não especificadas anteriormente	1%
9511-8/00	Reparação e manutenção de computadores e de equipamentos periféricos	1%
9512-6/00	Reparação e manutenção de equipamentos de comunicação	1%
9521-5/00	Reparação e manutenção de equipamentos eletroeletrônicos de uso pessoal e doméstico	1%
9529-1/01	Reparação de calçados, bolsas e artigos de viagem	1%
9529-1/02	Chaveiros	1%
9529-1/03	Reparação de relógios	1%
9529-1/04	Reparação de bicicletas, triciclos e outros veículos não motorizados	1%
9529-1/05	Reparação de artigos do mobiliário	1%
9529-1/06	Reparação de joias	1%
9529-1/99	Reparação e manutenção de outros objetos e equipamentos pessoais e domésticos não especificados anteriormente	1%
9601-7/01	Lavanderias	1%
9601-7/02	Tinturarias	1%
9601-7/03	Toalheiros	1%
9602-5/01	Cabeleireiros	1%
9602-5/02	Outras atividades de tratamento de beleza	1%
9603-3/01	Gestão e manutenção de cemitérios	1%
9603-3/02	Serviços de cremação	1%
9603-3/03	Serviços de sepultamento	1%
9603-3/04	Serviços de funerárias	1%
9603-3/05	Serviços de somatoconservação	1%
9603-3/99	Atividades funerárias e serviços relacionados não especificados anteriormente	1%
9609-2/01	Clínicas de estética e similares	1%
9609-2/02	Agências matrimoniais	1%

9609-2/03	Alojamento, higiene e embelezamento de animais	1%
9609-2/04	Exploração de máquinas de serviços pessoais acionadas por moeda	1%
9609-2/99	Outras atividades de serviços pessoais não especificadas anteriormente	1%
9700-5/00	Serviços domésticos	-
9900-8/00	Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais	1%

5.2.5. Comunicação de Resultado de Exame Médico

INSS		COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE EXAME MÉDICO	
SEGURADO		DOCUMENTO DE INSCRIÇÃO	NB
ENDEREÇO		LOCAL E DATA	
O RESULTADO DA PERÍCIA MÉDICA A QUE O SEGURADO ACIMA SE SUBMETEU, NESTA DATA, PARA FINS DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE, ESTÁ INDICADO NA CONCLUSÃO ABAIXO:			
CONCLUSÃO TIPO 1 NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO OBSERVAÇÃO: A PRESENTE COMUNICAÇÃO VALE COMO O "CERTIFICADO DE CAPACIDADE" PREVISTO NA LETRA A DO § 1º DO ART. 29 DA LEI 3.807, DE 26-8-60.		CONCLUSÃO TIPO 2 EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO ATÉ OBSERVAÇÃO: A PRESENTE COMUNICAÇÃO VALE TAMBÉM — DEPOIS DADA E INDICADA ACIMA — COMO O "CERTIFICADO DE CAPACIDADE" PREVISTO NA LETRA A DO § 1º DO ART. 29 DA LEI 3.807, DE 26-8-60.	
CONCLUSÃO TIPO 3 NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO POR MOTIVO DE MOLÉSTIA, O CASO SE ENQUADRA NO ART. 393 DA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO		CONCLUSÃO TIPO 4 EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO: A DATA DA REALIZAÇÃO DO PRÓXIMO EXAME SERÁ COMUNICADA AO SEGURADO POR OCASIÃO DO PAGAMENTO DO BENEFÍCIO.	
QUANDO A CONCLUSÃO É A DO TIPO 2 OU A DO TIPO 4, A PRESENTE COMUNICAÇÃO VALE TAMBÉM PARA OS EFEITOS DO ART. 25 DA LEI 3.807, DE 26-8-60 (PAGAMENTO DOS PRIMEIROS 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO).			
CIENTE			
ASSINATURA DO SEGURADO			
ENDEREÇO DO ÓRGÃO LOCAL			
MÉDICO - PERITO			

RECURSO À JRPS

1 — Da cessação do auxílio-doença ou da aposentadoria por invalidez, comunicada de acordo com a conclusão “tipo 2”, poderá o segurado recorrer para a JRPS, no prazo de trinta dias, a contar:

- a) da data do recebimento desta comunicação ou da data da cessação do benefício, se esta comunicação lhe tiver sido entregue antes da cessação;
- b) da data do término das mensalidades de recuperação, se for o caso, e se o segurado não tiver feito o recurso de acordo com a letra *a*;
- c) da data da ciência do indeferimento do pedido de reconsideração, se o beneficiário o tiver feito.

2 — Nas cessações de aposentadoria por invalidez com direito a mensalidades de recuperação integrais e reduzidas, será aberto o prazo de 30 dias para recurso à JRPS, normalmente, nas hipóteses citadas nas letras *a* e *b* acima. A situação prevista na letra *c* somente terá cabimento se o segurado tiver feito o pedido de reconsideração, imediatamente, ao próprio médico que proferiu a conclusão.

Os demais pedidos de reconsideração (um no período de mensalidades reduzidas de 50% e outro no de 2/3), se indeferidos, não abrem prazo para recurso à JRPS.

NOTA — O recurso à JRPS deverá dar entrada no setor de benefícios mais próximo da residência do beneficiário. Convém ressaltar que a eventual demora do despacho do mesmo não implicará qualquer ônus para o Instituto, cabendo ao interessado a responsabilidade pelos prejuízos que possa ter.

5.2.6. Prazo de prescrição

O prazo de prescrição para o ajuizamento da ação de acidente do trabalho é de 5 anos, contados da data do evento lesivo ou do aparecimento da doença profissional ou do trabalho, nos termos do disposto no art. 18 da Lei n. 6.367/76. Todavia, a Súmula 230 estabelece como marco inicial dessa contagem o exame pericial que comprovar a enfermidade ou verificar a natureza da incapacidade.

Para as ações de reparação de dano causado por ilícito civil o prazo de prescrição é de 3 anos, nos termos do art. 206, § 3.º, V, do Código Civil.

Não ocorre prescrição extintiva contra os absolutamente incapazes (art. 198, I, do CC), que, como se sabe, são os menores de 16 anos, os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos e os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade (art. 3.º, I, II e III, do CC), tanto nas ações de responsabilidade acidentária como nas ações de responsabilidade civil.

Finalmente, é obrigatório o exame necroscópico quando a morte resulta de acidente do trabalho, o qual somente será pago quando realizado por perito inoficial fora dos Institutos de Medicina Legal.

CAPÍTULO 6

Causalidade Médico-Legal do Dano

Sumário: 6.1. Conceito. 6.2. Energias de ordem mecânica. 6.2.1. Classificação dos instrumentos mecânicos. 6.2.2. Instrumentos cortantes. 6.2.2.1. Lesões produzidas por instrumentos cortantes. 6.2.3. Instrumentos contundentes. 6.2.3.1. Lesões produzidas por instrumentos contundentes. 6.2.3.2. Explosão. 6.2.4. Instrumentos cortocotundentes. 6.2.4.1. Lesões produzidas por instrumentos cortocotundentes. 6.2.5. Instrumentos perfurantes e perfurocortantes. 6.2.5.1. Lesões produzidas por instrumentos perfurantes e perfurocortantes. 6.2.6. Lesões produzidas por instrumentos perfurocontundentes. 6.2.6.1. Classificação das armas de fogo. 6.2.6.2. Munição. 6.2.6.3. Noções de Balística. 6.2.6.4. Estudo das lesões produzidas por projéteis de armas de fogo. 6.2.6.5. Causa jurídica da lesão. 6.2.6.6. Classificação dos tiros quanto a distância. 6.2.6.7. Perícia médico-legal. 6.2.6.8. Deflagração retardada de cartucho. 6.3. Energias de ordem física. 6.3.1. Temperatura. 6.3.1.1. Termonoses. 6.3.1.2. Queimaduras. 6.3.1.2.1. Classificação das queimaduras. 6.3.1.2.2. Teorias sobre a morte por queimaduras. 6.3.1.2.3. Etiologia médico-legal das queimaduras. 6.3.1.2.4. Problemas médico-forenses. 6.3.1.3. Oscilações de temperatura. 6.3.1.4. Frio. 6.3.2. Eletricidade. 6.3.2.1. Fulminação e fulguração. 6.3.2.2. Eletroplessão. 6.3.2.2.1. Etiologia médico-legal da morte por eletroplessão. 6.3.3. Pressão atmosférica. 6.3.3.1. Mal das montanhas ou dos aviadores. 6.3.3.2. Doença dos caixões ou mal dos escafandristas. 6.3.3.3. Luz e som. 6.4. Energias de ordem química. 6.4.1. Vitriologem. 6.4.1.1. Perícia médico-legal. 6.4.2. Venenos. 6.5. Energias de ordem físico-química. 6.5.1. Asfixiologia forense. 6.5.2. Asfixias em geral. 6.5.3. Fisiopatologia e sintomatologia. 6.5.4. Características das asfixias mecânicas em geral. 6.5.5. Classificação das asfixias. 6.5.5.1. Enforcamento. 6.5.5.1.1. Mecanismos fisiopatológicos no enforcamento. 6.5.5.1.2. Lesões anatomopatológicas. 6.5.5.1.3. Sinais externos. 6.5.5.1.4. Sinais internos. 6.5.5.1.5. Explicação da morte no enforcamento. 6.5.5.2. Estrangulamento. 6.5.5.2.1. Fisiopatologia. 6.5.5.2.2. Sintomatologia. 6.5.5.2.3. Sinais externos do estrangulamento. 6.5.5.2.4. Sinais internos do estrangulamento. 6.5.5.2.5. Sinais a distância. 6.5.5.2.6. Diagnóstico médico-legal do estrangulamento. 6.5.5.3. Esganadura. 6.5.5.3.1. Sinais externos a distância. 6.5.5.3.2. Sinais externos locais. 6.5.5.3.3. Sinais locais profundos. 6.5.5.3.4. Sinais a distância. 6.5.5.4. Sufocação. 6.5.5.4.1. Sufocação direta. 6.5.5.4.2. Sufocação indireta. 6.5.5.5. Afogamento. 6.5.5.5.1. Sintomatologia fisiopatológica. 6.5.5.5.2. Sinais da submersão — asfixia. 6.5.5.5.3. Tempo da submersão. 6.5.5.6. Asfixia por gases. 6.6. Energias de ordem bioquímica. 6.6.1. Inanição. 6.7. Energias de ordem biodinâmica. 6.7.1. Choque. 6.7.2. Classificação. 6.7.3. Exame cadavérico. 6.8. Energias de ordem mista. 6.8.1. Fadiga.

6.1. Conceito

Compreende este capítulo o estudo das energias que, ofendendo a integridade física ou a saúde — quer do ponto de vista anatômico, quer do ponto de vista fisiológico ou mental —, ocasionam lesões corporais e morte.

São de sete ordens os grupos de energias produtoras do dano: mecânica, física, química, físico-química, bioquímica, biodinâmica e mista.

6.2. Energias de ordem mecânica

São as energias que, atuando mecanicamente sobre o corpo, modificam, completa ou parcialmente, o seu estado de repouso ou de movimento (*vide* n. 4.2.2.4).

São agentes dessas energias:

- 1) armas naturais — mãos, pés, cotovelos, joelhos, cabeça, dentes, unhas;
- 2) armas propriamente ditas — armas de fogo, punhal, soco-ínglês, cassetete, pejeuzeira, peixeira, tacape, borduna;
- 3) armas eventuais — navalha, lâmina de barbear, canivete, faca, barra de ferro, balaústre, bengala, foice, facão de mato, podão;
- 4) maquinismos e peças de máquinas;
- 5) animais — cão, gato, leão, macaco, onça, lobo, tigre de bengala;
- 6) meios diversos — quedas, explosões, precipitações.

As energias de ordem mecânica atuam por pressão, percussão, tração, compressão, torção, sucção, explosão, contrachoque, deslizamento e distensão.

As lesões internas ou externas podem ser produzidas pelas energias mecânicas de forma ativa, em que o agente vulnerante, possuído de força viva, ou “força de choque”, cujo efeito é proporcional a seu peso e velocidade, projeta-se contra o corpo que está parado; passivamente, quando o corpo em movimento é lançado contra o *agens vulnerans*, que está sem movimento aparente; ou mista, quando o corpo e o instrumento, ambos em movimento, chocam-se mutuamente.

A intensidade e a gravidade do trauma dependem da “força de choque”, da importância da região atingida e da maior ou menor resistência tissular.

6.2.1. Classificação dos instrumentos mecânicos

Segundo o contato, o modo de ação e as características que imprimem às lesões, classificam-se os instrumentos mecânicos em: cortantes, contundentes, cortocotundentes, perfurantes, perfurocortantes e perfurocontundentes. Destarte, eles produzem, respectivamente, feridas incisivas, contusas (e contusões), punctórias, perfuroincisivas, cortocontusas e perfurocontusas.

Não existem instrumentos dilacerantes, contusodilacerantes, perfurodilacerantes, cortodilacerantes; dessa forma, não há de falar o perito em feridas dilacerantes, contusodilacerantes, perfurodilacerantes, cortodilacerantes, teoricamente produzidas por esses inexistentes instrumentos.

Desse modo, ferimento lacerocotuso nada mais é que solução de continuidade em meio a uma ação contundente, ou seja, ferida contusa.

6.2.2. Instrumentos cortantes

São os que, agindo por um gume afiado, por pressão e deslizamento, linear ou obliquamente sobre a pele e os órgãos, produzem soluções de continuidade chamadas feridas incisivas.

Não existem feridas cortantes; cortantes são os instrumentos que as produzem.

A despeito de impropriedade semântica, reserva-se na prática o nome *incisão* ou *abscisão* à ferida provocada por médico em ato operatório.

São instrumentos cortantes a navalha, o bisturi, a faca, as lâminas de barbear, as lâminas metálicas de borda linear, os estilhaços de vidro, o papel, o capim-navalha.

Os instrumentos cortantes não serão confundidos com os instrumentos cortocotundentes, como a foice, o machado, o podão, o espadagão, a roda de trem, que agem mais pelo peso e pela força com que são empregados do que pelo gume.

A aplicação perpendicular à superfície corporal de instrumento cortante, de gume afiado, produz lesão incisa linear, salvo quando compromete pregas cutâneas, *in exemplis*, o cotovelo, o pulso, em que resultará lesão em zigzague. Uma das margens será em bisel, a outra formando retalho agudo, se a incidência do *instrumentum* se fizer obliquamente.

A profundidade da ferida incisa depende de gume afiado, da intensidade de manejo do instrumento e da resistência dos tegumentos, pois, em qualquer circunstância, o efeito produzido por uma mesma força depende da natureza da superfície e dos planos subjacentes sobre os quais é aplicada.

Pouco profundas, habitualmente as feridas incisivas não penetram as grandes cavidades torácica e abdominal. No tórax, amiúde, os ossos detêm a marcha do instrumento. Pode ocorrer lesão das grandes articulações. No abdome, o emprego de instrumento cortante, como a navalha, notadamente em indivíduos magros, com intensa força agressora, pode ocasionar evisceração.

Caracterizam as feridas incisivas:

- 1) Margens nítidas e regulares, quanto mais afiado seja o corte do instrumento utilizado.
- 2) Ausência de lacínia de tecidos no fundo da lesão, explicada pelo afiamento do instrumento.
- 3) Ausência de contusão em torno da lesão, porque o gume se limita a seccionar os tecidos, sem mortificá-los.
- 4) Predomínio sobre a largura e a profundidade, que se mostra sempre mais acentuada na parte média da ferida.
- 5) Extremidade distal habitualmente mais superficial que a extremidade proximal e em forma de cauda de escoriação. A cauda de escoriação ou *cauda de saída* é produzida na epiderme no instante que precede a ação final do instrumento sobre a pele. Desse modo, é a cauda de escoriação observada na extremidade distal do ferimento inciso, onde o instrumento cortante foi afastado do corpo. Tem importância para indicar a causa jurídica de morte e a postura adotada pelo agressor. Importa saber que a cauda de escoriação pode faltar.
- 6) Vistas, teoricamente, em corte perpendicular, teriam aspecto angular em V, de abertura externa, se o instrumento cortante agiu linearmente.
- 7) Hemorragia geralmente abundante, consoante o grau de vascularização da região anatômica lesada.
- 8) Secção perpendicular às linhas de força da pele e dos órgãos determina pronunciado afastamento das margens da ferida incisa (*vide Esgorjamento*, n. 6.2.2.1, letra a).

Interessa ao cirurgião e ao legista conhecer a ordem de sucessão de duas lesões que se entrecruzam ou coincidem em alguns pontos, o que se faz pela coaptação dos bordos da ferida incisa que se presume ter sido produzida por primeiro. Supondo ocorra coaptação concomitante dos bordos da outra lesão — embora com uma interrupção ao atingir a anterior —, o fato indicará que ela foi provocada posteriormente, quando a primeira estava de margens abertas.

A gravidade e a letalidade das feridas incisivas dependem de sua profundidade e, principalmente, do dano que produziram em órgãos de particular importância da

economia, como os feixes vasculonervosos, os tendões etc. Deste modo, a lesão poderá variar, desde o mais simples ferimento inciso da superfície cutânea às mais sérias destruições das partes moles externas e internas e do próprio esqueleto osteocartilaginoso.

As lesões superficiais cicatrizam, em geral, rapidamente, formando cicatriz linear, nos tegumentos em estado trófico normal. Dessarte, todo tecido vascularizado cicatriza melhor do que o pobre em vasos, posto que neste a pouca vascularização traz como consequência uma quantidade menor de princípios metabólicos e teor diminuído em oxigênio, o que dificulta a evolução do processo de reparação tecidual. Esse *reliquat* pode não existir em incisão horizontalizada, assentada em certas regiões do corpo, como a suprapúbiana, quando não há grande comprometimento das linhas de força ou de tração da pele.

Nos melanodermas, as feridas incisais e as incisões tendem a proliferar exuberantemente e a constituir *queloides*.

A *cicatriz hipertrófica* e a *cicatriz retrátil* não se veixam com a cicatriz quelóide.

Quelóide (do grego “chele”, garra de animal) é a cicatriz em crescimento progressivamente invasor, saliente e dura, de coloração vermelha, superfície lisa e tamanho e forma variáveis e, por vezes, aspecto caprichoso, que, nos indivíduos predispostos, sobretudo, mas não necessariamente melanodermas, se manifesta inclusive nas suturas perfeitas que cicatrizaram por primeira intenção.

Hipertrófica é a cicatriz que tende a tornar-se menos vascularizada, menos proeminente e mais pálida, no elástico do tempo, conseqüente à hiperplasia intersticial do tecido fibroso, conferindo à pele uma dureza característica que pode variar desde a consistência elástica até a lenhosa.

Aproveita informar que cicatrizes queloides e hipertróficas são histologicamente indistinguíveis, vez que não há diferenças laboratoriais ou anatomopatológicas entre elas, posto que em ambas ocorre formação excessiva de tecido colágeno disposto em espirais ou nódulos compactos em arranjos concêntricos, embora tenham, como foi visto, comportamento clínico divergente.

A *cicatriz retrátil* dificulta os movimentos e fissa-se com facilidade. A retração resulta da contração das feridas que se curam. Não são concordes as opiniões sobre o mecanismo gerador da cicatriz retrátil. Alguns atribuem responsabilidade à tração centrípeta exercida sobre as margens da ferida pelo tecido de granulação central que nela se forma; outros julgam que a dinâmica da maior parte da retração depende dos bordos da ferida que se cura, negando papel de destaque ao tecido de granulação. Nossa posição é a de que uma cicatriz que cruza perpendicularmente as linhas de força da pele está sujeita alternativamente a tensões de tração e relaxamento e a mudanças constantes do *tensio* resultantes da atividade da musculatura subjacente, gerando, em consequência, nas primeiras etapas, a hipertrofia, vermelha e turgente, da cicatriz e, posteriormente, retração, quando a área lesada é submetida à contração inexorável se os tecidos vizinhos não são suficientemente frouxos para permiti-la (*vide n. 6.2.5.1 e 10.11*).

Os ferimentos incisais, com perda de substância, em certas regiões do corpo, como a orelha, o nariz, as mamas e o pênis, amiúde geram lesões deformantes, indicativas da intenção do agressor de estigmatizar (*animus deformandi*) de modo permanente o ofendido.

Convém lembrar, por sua importância médico-legal, as feridas incisais assentadas no bordo cubital do antebraço, na mão e em sua face palmar, nos dedos ou, mesmo, no dorso do pé, características de *lesões de defesa*.

A evolução cicatricial de uma ferida incisa permite a presunção da data de sua produção. Na vertente, convém recordar que a capacidade de cicatrização é inerente a todo organismo vivo, objetivando a reparação da solução de continuidade de seus tecidos, resultante, principalmente, da ação de um instrumento mecânico, de vez que, outros agentes, como os térmicos, químicos e bacterianos, condicionam métodos diversos de regeneração, inclusive tratamento.

Distinguem-se três fases no processo de formação de uma cicatriz incisa:

a) *Fase inicial ou de quiescência*: inicia-se, simultaneamente à produção do ferimento dos tecidos, graças ao surgimento de coágulo sanguíneo, seguido de exsudato-serofibrinoso, cujos elementos celulares (leucócitos, histiócitos ou macrófagos) concentram-se na área lesada, visando remover os tecidos desvitalizados e as bactérias presentes, por ação enzimática associada à *fagocitose*, impedindo, assim, a disseminação da infecção. Paralelamente, proliferam as *células endoteliais dos capilares* e do *revesti mento epitelial*, visante, este, a restabelecer a continuidade da pele.

b) *Fase de fibroplasia ou de proliferação celular*: amiúde tem início no segundo dia através de uma intensa reprodução de fibroblastos que estavam quiescentes por vários anos, os quais passam a secretar e depositar no *tecido de granulação* as *fibras colágenas*, desde os bordos da lesão, justapondo-as, à quisa de malhas, e aumentando a sua resistência à tração.

O aspecto do *tecido de granulação* varia com o grau de infecção, edema, traumatismos repetidos, tipo de tecido lesado (tendão, músculos, serosas), fatores que, num sentido amplo, podem ser catalogados como *humorais*, hipoproteinemia, carência de vitamina C etc. A despeito, será, *grosso modo*, delgado, firme, circundado pelo crescimento imediato do *tecido epitelial* das margens dos ferimentos incisais e de tonalidade rosácea até o sexto dia. Nas lesões abertas do tipo *vesicação* das queimaduras de 3.º grau, avulsão traumática da pele ou a sua excisão cirúrgica desacompanhada de reparação, o crescimento do *tecido epitelial* se inicia apenas depois de formada a tecedura de granulação que servirá de *substractum* para o novo epitélio, o qual se mostra primeiramente mono e posteriormente, poliestratificado.

c) *Fase de maturação*: também chamada *fase de retração cicatricial*, se inicia por volta do sexto dia pós-trauma, por uma intensificação de produção de *fibras colágenas pelos fibroblastos e elaboração do colágeno*. É o *colágeno* uma proteína complexa que constitui a substância intercelular do *tecido conjuntivo* responsável pela união das diferentes partes orgânicas, regressão do edema e proliferação celular e vascular, características da reação inflamatória (vasodilatação, aumento do fluxo sanguíneo, presença de histiócitos ou macrófagos, enzimas etc.). Nesta fase a cicatriz, de *rósea*, passa a mostrar coloração *branca nacarada*, a partir da segunda semana de sua produção.

Bem se vê, conforme já se apontou, que a observação da coloração de um ferimento em evolução cicatricial e/ou seu minucioso estudo histológico permite a presunção da data de sua produção.

Talqualmente se dá empregando-se métodos de coloração do *ferro coloidal* de Hale, da *reticulina* pela prata, ou, ainda, a *metacromasia*.

Metacromasia é a coloração de um tecido em vermelho, por uma tinta azul básica indicativa da presença de *mucopolissacarídeos*, nos primeiros cinco dias, em condições normais, bem como o faz a coloração positiva de *ferro coloidal*, de Hale.

A sua determinação também pode ser feita pela dosagem de *hexosamina*.

A coloração pela prata é específica da *reticulina*, “considerada como o elemento intermediário entre a substância fundamental e o colágeno” (Orlando Lodovivi). Por fim, o *colágeno* poderá ser evidenciado, a partir do sexto dia, pela dosagem química de *hidroxiprolina*, aminoácido apenas nele presente.

Se é fácil ao perito diagnosticar ferida incisa, precisar o tipo de agente vulnerante que produziu a lesão reveste-se de grande dificuldade, sendo-lhe praticamente impossível individualizar o instrumento causador dela.

6.2.2.1. Lesões produzidas por instrumentos cortantes

Os instrumentos cortantes produzem lesões no pescoço chamadas esgorjamento, degolamento e decapitação.

Esgorjamento são as lesões produzidas por instrumentos cortantes (eventualmente, por instrumentos cortocontundentes) nas regiões anterior, lateral, anterolateral ou laterolateral do pescoço.

Degolamento são as seções assentadas na região cervical.

Decapitação é o ato de separar completamente a cabeça do corpo, produzido especialmente por instrumentos cortocontundentes, como roda de trem, espadagão, foice, machado.

a) *Esgorjamento* — No esgorjado, as lesões incisais, de profundidade variável, situam-se entre o laringe e o osso hioide, ou sobre o laringe, raramente acima ou abaixo desses limites. A ferida incisional pode ser única ou múltipla, ou, ainda, fazer-se acompanhar de soluções de continuidade dos tegumentos, menores, próximas ou a elas unidas. O acentuado afastamento das margens da ferida, pela ação dos músculos da gorja sobre a elasticidade e tonicidade dos tecidos, compeliu Strassman à impressão de que “falta um pedaço do pescoço” (*vide n. 10.11, subitem 2*). Variável, a profundidade da lesão se detém no laringe, sendo, porém, possível, conforme a intensidade de manejo do instrumento, atingir a coluna vertebral.

A direção transversal ou oblíqua do ferimento constitui importante elemento na determinação da causa jurídica da morte. Assim é que no autocídio, em que o instrumento cortante é empunhado pela mão direita, predomina a direção transversal ou a descendente para a direita. Nos mancinistas ou canhoteiros, a direção é descendente para a esquerda. A orientação da lesão incisa, descendente para a esquerda ou de verticalidade na lateral do pescoço, é mais frequente no homicídio.

A sobrevida no esgorjamento manifesta importantes sequelas da glote, afonia e disfagia por secções nervosas, abolição da sensibilidade, infecções intercorrentes etc.

A morte é determinada pela secção dos nervos frênico e vagossimpático; por anemia aguda conseqüente à hemorragia fulminante originada pela lesão dos grandes vasos do pescoço (nas secções completas da carótida a hemorragia é tão violenta que, em geral, o ofendido não é socorrido a tempo, sobrevivendo a morte com rapidez); embolia gasosa, e por asfixia, por introdução hemática nas vias respiratórias.

b) *Degolamento* — Caracterizam degolamento as lesões provocadas por instrumentos cortantes na região posterior do pescoço, na nuca.

Como no esgorjamento, essas lesões podem, eventualmente, ser produzidas também por instrumentos cortocontundentes.

A morte pode ocorrer por hemorragia fulminante, quando vasos de grosso calibre são atingidos, ou por lesão da medula, se o golpe, profundo ou violento, atingir a coluna cervical.

Na determinação da causa jurídica da morte, além da direção do ferimento e da *cauda de escoriação*, já referidas, colaboram as seguintes observações:

- 1) O esgorjamento e o degolamento indicam homicídio, suicídio ou excepcionalmente, acidente.
- 2) Esgorjamento e degolamento profundos, concomitantes, que atinjam a coluna vertebral, serão homicídio.
- 3) Esgorjamento por violento golpe que atinja a coluna cervical é sugestivo de homicídio.
- 4) Degolamento com lesão da medula é, amiúde, homicídio.
- 5) O emprego de vários meios de morte (tiros, venenos) fala de suicídio.

6) Os instrumentos atípicos (tesouras, estilhaços de vidro, lâminas metálicas) sugerem suicídio.

7) A presença de sangue nas mãos, em lesões múltiplas, afirma suicídio.

As lesões incisivas tegumentares dos punhos e do cotovelo podem ocasionar a morte por hemorragia contínua oriunda de secção de vasos calibrosos. Essas regiões têm a predileção dos suicidas femininos, os quais seccionam com lâmina de barbear os vasos dos punhos e imergem estes em água morna, objetivando acelerar o esvaimento de sangue.

Por fim, a literatura médico-legal registra, em todo o mundo, lesões incisivas nos órgãos genitais masculinos, criminosas ou automutilantes.

6.2.3. Instrumentos contundentes

Instrumento contundente é todo agente mecânico, líquido, gasoso ou sólido, rombo, que, atuando violentamente por pressão, explosão, flexão, torção, sucção, percussão, distensão, compressão, descompressão, arrastamento, deslizamento, contragolpe, ou de forma mista, traumatiza o organismo.

São instrumentos contundentes: as armas naturais (mãos, pés, cabeça, joelhos), as armas ocasionais (bengala, barra de ferro, tijolo, balaústre, mão de pilão), as saliências obtusas e as superfícies duras (solo, pavimentos), os desabamentos, as explosões, os acidentes de veículos, os atropelamentos.

6.2.3.1. Lesões produzidas por instrumentos contundentes

Todos eles podem agir de forma ativa, de forma passiva ou de modo misto, determinando lesões superficiais e profundas, denominadas contusão e ferida contusa.

Contusão é a denominação genérica do derramamento de sangue nos interstícios tissulares, sem qualquer efração dos tegumentos, conseqüente a uma ação traumática sobre o organismo.

Dessarte, contusão é lesão fechada com comprometimento do tecido celular subcutâneo e integridade real ou aparente da pele e das mucosas.

Ferida contusa é contusão que sofreu solução de continuidade pela ação traumática do instrumento vulnerante; é contusão aberta.

O dano corporal produzido por essa forma de energia mecânica compreende:

A) Contusões

1) *Escoriação* — A pele é formada por duas túnicas: a epiderme e a derme. Essas duas túnicas básicas da pele formam, na realidade, um sistema interligado e único. Dessa sorte, qualquer agressão comprometedora de uma das camadas terá efeito também na outra.

Epiderme é a túnica mais externa, sendo desprovida de vasos. A epiderme é constituída por sete estratos celulares de estrutura e espessura diferentes entre si, denominadas, da profundidade para a superfície, camada germinativa ou basal, corpo mucoso, camada granulosa, estrato intermédio, estrato lúcido ou transparente, camada córnea e estrato de descamação permanente.

A epiderme está em constante renovação. Para isso, as células da camada germinativa, situada na região mais profunda da epiderme, como que “empurradas” pelas células congêneres mais recentemente criadas, migram continuamente para a periferia, onde chegam intensamente queratinizadas e já sem vida, para serem eliminadas da superfície do tegumento cutâneo por uma descamação contínua e imperceptível. E assim sucessivamente. É bem de ver que, em todas as camadas, os elementos celulares sofrem transformações graduais objetivando, ao final, a completa queratinização da epiderme.

Derme é a camada mais profunda da pele, constituída por duas porções: uma superficial, a derme papilar, e outra profunda, o córion ou derme propriamente dita.

A derme papilar estrema para fora com a camada basal da epiderme, sendo sulcada por nervos e vasos sanguíneos de limitada atividade fisiológica, porém de grande capacidade reacional em face das agressões internas ou externas; e abundantes fibras elásticas de permeio com numerosas células conjuntivas e células musculares lisas (*músculos erectores pilorum*). E, profundamente, com o córion ou derme propriamente dita, constituída por tecido conjuntivo denso, rico em fibras colágenas, fibras elásticas, vasos sanguíneos, ramos neurais, glândulas sudoríparas, folículos pilosos profundos, eventualmente com glândulas sebáceas, músculos eretores dos folículos pilosos e fibras musculares estriadas.

Escoriar é desepitelizar a derme papilar (escoriação típica), ou o córion (escoriação atípica), deixando-os desnudos.

Para produzir a escoriação o agente lesivo age tangencialmente por uma superfície mais ou menos plana, por deslizamento ou atrito e pressão, comprometendo apenas a epiderme, ou, algumas vezes, as cristas papilares dérmicas.

No vivo, o sangue ou a linfa sugilada a modo de transpiração *in nape* recobre a escoriação formando “crosta”, que se despreza da lesão em poucos dias, da periferia para o centro, sem subsistência de vestígios, quando só a epiderme foi lesada, ou com persistência de uma área despigmentada se as cristas papilares dérmicas foram atingidas.

De qualquer forma ocorre o *restitutio in integrum*, por reepitelização.

Logo, não há formação de quelóide nas escoriações, nem de cicatriz.

*Crosta*s são concreções mais ou menos consistentes, de coloração variável do amarelo-claro ao amarelo-escuro, quase negro, que se formam na superfície da pele escoriada mercê do dessecamento de serosidade, ou do sangue.

Quando por sobre uma escoriação se forma crosta branca-amarelada é sinal de que as papilas dérmicas não foram lesionadas; inversamente, crosta amarronzada indica que as papilas dérmicas foram seccionadas.

No cadáver, ou quando o óbito sobrevém imediatamente após o trauma, não surge serosidade e sangue e a crosta sero-hemática não se forma, favorecendo a desidratação tissular e o aspecto coriáceo, pergaminhado, da escoriação.

Pergaminhamento é, então, sinal de escoriação *post mortem* (vide n. 10.11, subitem 3).

As escoriações são popularmente chamadas esfoladuras, arranhões, erosões. Contudo, não se confunde escoriação com erosão. As erosões, embora sejam, também, perdas de substância interessando as camadas superficiais da pele, não têm origem traumática, sendo produzidas lentamente por ação de elementos corrosivos ou por certos processos patológicos, como, por exemplo, o cancro sífilítico (vide n. 7.1, subitem 1).

A lesão tangencial da epiderme e/ou das cristas papilares dérmicas reveste-se de máximo interesse médico-legal, pois, amiúde, permite traduzir fenômeno vital, identificar o instrumento contundente, afirmar a data aproximada da produção do dano corporal, indicar a natureza do atentado e elucidar simulações.

No que concerne ao diagnóstico de fenômeno vital, a escoriação produzida no cadáver pergaminha.

Quanto à forma do *instrumentum contundens*, os aspectos curvos, semilunar e linear falam de unhas humanas; lesões alongadas, paralelas, lembram garras de animais. Os pneus produzem escoriações em forma de faixas. Os martelos, como os utilizados na cozinha, os saltos de sapatos femininos e outros tipos de objetos e as impressões dentárias (quase semicirculares) podem reproduzir sobre a pele impressão aproximada de sua forma real.

A data aproximada de produção da lesão é indicada pela observação criteriosa da crosta e da coloração concernente ao tempo de reepitelização.

No que tange à natureza do atentado, escoriações semilunares, tipicamente produzidas por fâneros cutâneos, localizadas em torno da boca e narinas, do pescoço e nas circunvizinhanças da genitália externa feminina e do ânus, sugerem, respectivamente, que a vítima pode ter sofrido tentativa ou consumação de sufocação, esganadura, estupro, atentado pederástico.

Escoriações múltiplas, de formas diversas, em diferentes áreas do corpo, sugerem *traumatismos successivus*; escoriações de formas idênticas, mesmo assestadas em diversas regiões corporais, lembram sevícias.

Os legisperitos não desconhecem as escoriações dos simuladores, que se autolesionam para fingir, como exemplo, agressão policial.

Aplica-se à escoriação, muita vez, o chamado “princípio da insignificância”, quando resultante de agressão moderada em que o agente não agiu com *animus necandi*. Com efeito, sob o prisma médico-legal, escoriação é lesão corporal leve, *crime migado* ou *de bagatela* em que ao dano anatômico não corresponde nenhum dano funcional. “Todavia, um levíssimo arranhão, ainda que ontologicamente constitua lesão no sentido médico-legal, é irrelevante para o Direito Penal, que se preocupa apenas com a ofensa efetiva e idônea à integridade corporal ou à saúde. Não é razoável e repugna até o bom-senso que se louvando numa interpretação inflexível pretenda-se, em casos de tal bagatela, proclamar-se a existência de um fato típico diante da insignificância da lesão” (Diomar Ackel Filho, O princípio da insignificância no direito penal, *JTACrimSP*, 94:72, 1988).

“Se foram levíssimas as lesões corporais sofridas pela vítima é de se aplicar a teoria da insignificância” (*JTACrimSP*, 88:407).

“Se a lesão foi considerada de pequena monta, afastada a tipicidade, há de se aplicar o princípio da insignificância” (*JTACrimSP*, 75:307).

“Crime considerado ‘de bagatela’ não pode merecer punição severa, ainda porque não houve prejuízo para a vítima” (*JTACrimSP*, 91:320).

Aliás, em sendo possível ajustar o dano na categoria de *crime migado*, aos órgãos encarregados da *persecutio criminis in iudicio* (Polícia Judiciária e Ministério Público) aventamos, respeitosamente, por nos parecer melhor, a adoção da conduta de absterem-se de atuar, coerentes com o salutar princípio consubstanciado no velho prolóquio: *minima non curat praetor* (o Estado não cuida de causas insignificantes), objetivando evitar remora judiciária e que da ação penal advenham maiores inconvenientes que vantagens.

2) *Equimose* — É o nome que se dá à infiltração e coagulação do sangue extravasado nas malhas dos tecidos, sem efração deles. O sangue hemorrágico infiltra-se nos interstícios íntegros, sem aninhamento, originando a equimose.

A equimose é superficial quando resulta da ruptura, geralmente, de capilares cutâneos, e profunda, se conseqüente a lesão de vasos mais calibrosos das vísceras, dos músculos ou dos ossos.

A intensidade e o tamanho da equimose dependem do instrumento produtor, do grau de violência, das condições anatômicas e de vascularização da região lesada, da constituição pessoal, do sexo, da idade e da higidez do ofendido. Desse modo, a maior frouxidão dos tecidos, como a tela subcutânea das pálpebras e da bolsa escrotal, e a riqueza vascular favorecem a infiltração do derrame hemático, com formação de grandes equimoses.

A forma das *Ekchymosis* é muito variável. Em geral, mais ou menos circulares, se examinadas decorrido pouco tempo após o trauma, podem reproduzir a forma do instrumento contundente.

Puntiformes, recebem o nome de petéquias. Serão chamadas *vibices* quando tomam a forma alongada, em estrias. *Sugilação* é um aglomerado de petéquias; *sufusão*, ampla área de efusão sanguínea.

Há quem dê o nome de *equimona* a uma equimose de grande proporção.

A efusão de sangue pode surgir logo após o traumatismo, ou horas ou dias depois. Também não é obrigatório se manifeste na sede da lesão. Assim é que uma contusão cranioencefálica pode gerar, posteriormente, equimoses palpebrais, subconjuntivais etc.; na sufocação indireta por compressão do tórax e/ou do tórax e abdome, às vezes, surgem sufusões na cabeça e no pescoço, formando a *máscara equimótica de Morestin*.

A equimose superficial evolui por uma contínua sucessão de cores, que se inicia pelos bordos, chamada por Legrand du Saulle *espectro equimótico*. O espectro equimótico se explica pelo fato de que os glóbulos vermelhos destruídos liberam hemoglobina da qual resultam, após progressivos processos de redução, pigmentos de hematoïdina e hemossiderina, responsáveis pela mudança de cor das equimoses no decorrer de sua reabsorção. Tem importância pericial para determinar, em alguns casos, a data provável da agressão. Em geral, é lívida ou vermelho-bronzada no 1.º dia; arroxeada entre o 2.º e o 3.º; azul entre o 4.º e o 6.º; esverdeada entre o 7.º e o 10.º; amarelo-esverdeada entre o 10.º e o 12.º; amarelada entre o 12.º e o 17.º dias, ou mais.

O *espectro equimótico* nem sempre obedece a essa cronologia. As petéquias tendem a desaparecer em 4 a 5 dias. Nas pálpebras e na bolsa escrotal a porosidade do tecido conjuntivo favorece a oxigenação, impedindo a transformação da oxiemoglobina e sua decomposição. A efusão de sangue tende a desaparecer em período de tempo menor na criança e no jovem. A absorção dos pigmentos costuma ser mais lenta nas grandes sufusões sanguíneas, profundas. No cadáver não ocorre essa evolução cromática da equimose até o surgimento dos fenômenos putrefativos, após a autólise.

O *espectro equimótico* vale para a efusão de sangue com cerca de 2 a 3 centímetros.

A equimose profunda tem coloração vermelho-escura, que não modifica durante todo o tempo de sua evolução no vivo, ou até que se manifestem os sinais putrefativos no cadáver.

Sob a ação da força da gravidade e maior lassidão dos tecidos, pode a equimose profunda migrar para outras regiões corporais, distantes da sede do traumatismo.

A equimose tem extraordinária importância médico-legal, pois, na maioria das vezes, permite ao legisperito:

- a) Precisar a sede da contusão.
- b) Determinar a data provável da violência.
- c) Indicar o instrumento contundente: são sempre alongadas, em faixa ou estrias, as equimoses provocadas por cassetete, varas, correias; arredondadas, se produzidas pelas polpas digitais.
- d) Afirmar a natureza do atentado: as resultantes da aplicação violenta da *pulpa digitalis*, no pescoço, sugerem esganadura, e na face interna das coxas, tentativa de estupro ou atentado ao pudor (*vide* n. 10.11).
- e) Traduzir fenômeno vital: fala a favor de traumatismo no vivo a firme aderência do sangue infiltrado e até coagulado, se recente, nas malhas dos tecidos. As equimoses *post mortem* incisas mostram fluidez do sangue ou fraca coagulação, não aderente às malhas tissulares.

No cadáver, mesmo algumas horas após a morte, podem ser produzidas efusões sanguíneas em tudo semelhantes às que se formam no vivo contundido.

Os legisperitos estabelecerão diagnóstico diferencial da equimose com as hipóstases, as equimoses espontâneas *post mortem*, as pseudoequimoses, as equimoses emotivas, chamadas equimoses e, popularmente, “pisaduras” e “ronchas”, as equimoses por esforço e as que surgem no curso de certas doenças (púrpuras, epilepsia, bócio, tabes, escorbuto, tifo, varíola, esclerose em placas), certos tipos de envenenamento (fósforo etc.).

E sempre saberão esclarecer a simulação de equimoses nos detentos, soldados, operários, histéricos, neuróticos etc.

3) *Hematoma* — É uma coleção hemática, um *thrombos traumatikos* produzido pelo sangue extravasado de vasos mais calibrosos, não capilares, que descola a pele e afasta a trama dos tecidos formando uma cavidade circunscrita, onde se aninha.

Causa sensação de flutuação se a parte central do hematoma permaneceu em estado líquido ou de crepitação sanguínea resultante da fragmentação de coágulos, pela pressão digital, a quem apalpa a região ofendida.

Faz relevo na pele, discreto, e é de absorção mais lenta do que a equimose. Importa saber que se aplicam ao hematoma algumas das indicações do valor médico-legal da equimose.

4) *Bossa sanguínea* — É hematoma em que o derrame sanguíneo, impossibilitado de se difundir nos tecidos moles em geral, por planos ósseos subjacentes, como na cabeça, coleciona, determinando a formação de verdadeiras bolsas, pronunciadamente salientes na superfície cutânea. No couro cabeludo é conhecida vulgarmente por “galo” (*vide* n. 12.5.2.1).

5) *Bossas linfáticas* — Denominadas derrames subcutâneos de serosidade de Morell-Lavallée, são coleções de linfa, proveniente dos linfáticos traumatizados, produzidas por contusões tangenciais, como acontece nos atropelamentos em que os pneus, por atrição, descolam a pele formando grandes bolsas linfáticas entre o plano ósseo e os tegumentos.

B) *Ferida contusa*

É solução de continuidade dos tecidos produzida por tração, explosão, arrastamento, compressão, percussão, pressão, de intensidade suficiente para vencer a resistência e a elasticidade dos tecidos moles.

É contusão aberta.

Tem caracteres próprios que permitem distingui-la das demais feridas:

- a) forma, fundo e vertentes irregulares;
- b) bordos escoriados;
- c) descolamento da pele próxima;
- d) ângulos obtusos;
- e) derrame hemorrágico externo menos intenso do que na ferida incisa;
- f) aspecto tormentoso em seu interior;
- g) retalhos conservados em forma de ponte, unindo as margens da lesão, contrastando com os tecidos mortificados;
- h) nervos, vasos ou tendões conservados no fundo da lesão.

No couro cabeludo o plano ósseo subjacente favorece a produção de ferida contusa linear, com aparente aspecto de ferida incisa. Os legisperitos, observando minuciosamente as escoriações dos bordos, as bridas e mortificações dos tecidos, a forma irregular etc., saberão estabelecer diagnóstico diferencial entre a lesão aparentemente incisa e a ferida contusa do couro cabeludo, ou de qualquer outra região.

1) *Contusões do crânio* — Os instrumentos contundentes, atuando violentamente, ocasionam hematomas, feridas contusas, lesões encefálicas e fraturas dos ossos da abóbada com ou sem afundamento, da base e da abóbada à base do crânio.

A caixa craniana é formada por duas lâminas de tecido compacto, a tábua externa e a tábua interna — em geral, esta é mais delgada que aquela —, e por uma camada de tecido esponjoso, muito variável em sua espessura, situada entre elas, o *diploe*. Esta camada mediana, de consistência diversa das outras tábuas, atua como verdadeiro amortecedor esponjoso, diminuindo o impacto do traumatismo e determinando, amiúde, fratura incompleta: a lesão circunscribe-se a uma das lâminas ósseas, interna ou externa, da abóbada craniana. Há, também, fraturas completas, com afundamento, cominutivas, com as esquirolas lesando a massa encefálica, determinadas por contragolpe (caída sobre os pés, impacto indireto no queixo), ou por compressão bilateral sobre a base do crânio.

As soluções de continuidade dos ossos da base do crânio comumente são produzidas por uma queda sobre o mento, a qual provoca o afundamento da cavidade glenoide, pelo choque transmitido ao côndilo da mandíbula; ou por uma força que, aplicada sobre o apêndice nasal, fratura a lâmina do etmoide; ou por uma queda sobre os pés, sobre os joelhos ou sobre os isquions, em que a coluna cervical, detida em sua caída antes que o crânio, forma um fuste rígido e agride, a modo de aríete, o contorno do *foramen occipital*; ou, ainda, de forma indireta, transversalmente, por explosão, toda vez que uma compressão bilateral intensa é aplicada sobre o crânio ou há aumento brusco da pressão intracraniana, determinado, por exemplo, pela penetração de um projétil de arma de fogo, dotado de intensa força viva, nos ossos da abóbada (*vide* p. 309).

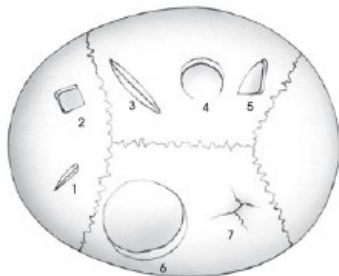


Figura 30. Aspecto das fraturas assentadas na abóbada do crânio, consoante o formato dos instrumentos: 1. perfurocortante de um só gume; 2. martelo quadrangular; 3. sabre de cavalaria; 4. martelo de base redonda; fratura parcial “em terraço”; 5. barra de ferro de borda retangular; 6. coice de cavalo: fratura com afundamento; 7. fratura estrelada.

As fraturas que se propagam da abóbada à base do crânio o fazem por pontos de menor resistência óssea, pois há uma zona que só dificilmente se rompe: é o centro de resistência de Félizet.

Esta afirmação de Félizet é explicada pela elasticidade relativa conferida pelas suturas e pela disposição arquitetônica das diferentes peças ósseas que constituem o crânio. Com efeito, as suturas desempenham importante papel de proteção contra as fraturas por aumentarem a elasticidade relativa do casco em todos os seus diâmetros e, principalmente, no sentido transversal. Com o cessamento do período osteossutural desaparece a elasticidade no crânio do velho, aumentando sobremaneira a sua fragilidade. Por isso é que, quando se deixa o crânio, em que as suturas se ossificaram, cair desde certa altura, ordinariamente ele se rompe em vários pedaços. Contusões que se limitam a reduzir tão somente até um centímetro o diâmetro transversal do crânio, amiúde, não o fraturam. As fraturas do crânio ocorrerão se o traumatismo for suficientemente intenso para vencer o limite de elasticidade do casco conferido pelas suturas, ou seja, para deprimir o osso em mais de um centímetro de profundidade. É comum romper-se primeiro a tábuca interna, por ser o seu raio de curvatura menor do que o da tábuca externa. Ademais, examinando-se atentamente a arquitetura dos crânios em geral, constata-se existirem em todos eles segmentos ósseos espessos e mais sólidos, chamados *pontos ou áreas reforçadas*, ao lado de áreas ósseas delgadas e mais frágeis, os *pontos débeis*. As fraturas que se irradiam da abóbada à base do crânio o fazem pelos pontos débeis e frequentemente ficam aí localizadas; há casos, entretanto, em que se irradiam de uma área débil à outra vizinha, “franqueando, por conseguinte, uma das vigas do crânio, embora, em semelhante caso, sempre sigam uma via anatômica bem definida, o ponto débil de sustentação” (L. Testut e O. Jacob, *Tratado de anatomia topográfica*, Salvat Ed., 1952, p. 22).

Nas contusões do crânio a *simples inspeção* já poderá mostrar a natureza externa da lesão, que varia desde pisadura do couro cabeludo, com ou sem hematoma, ou, então, apenas ferimentos cortocontusos deste até os mais graves casos de danos que exibem fraturas cominutivas ou fraturas com afundamento, ou, ainda, “em terraço”, com lesão da duramáter e perda de substância cerebral. Contudo, o fato de, externamente, a lesão parecer de natureza leve, jamais permitirá, por si só, ajuizar da gravidade do trauma, pois os quadros clínico e radiológico podem estar em completo desacordo com a mesma.

Fraturas da abóbada craniana com *afundamento* são aquelas em que os fragmentos das tábuas ósseas, resultantes do trauma direto sobre o casco, se desalinham em direção ao seu plano primitivo. São fraturas *cominutivas* determinadas por objetos de pequena superfície (cassetete, martelo, seixo ou calhau, pelota), dotados de grande energia cinética relacionada à violência com que o agente traumatizante golpeia o epicrânio ou à velocidade no instante em que se choca com o instrumento contundente.

Se apenas parte da superfície de impacto do instrumento contundente, e não a área total, afundar o pericrânio, resultará um tipo de fratura dita “em terraço”.

Do traumatismo craniano podem resultar:

— *Comoção cerebral*, descarga funcional do sistema nervoso central sem lesão macro ou microscópica do encéfalo, em que se manifestam palidez, bradifigmia, hiporreflexia, dilatação das pupilas, incontinência esfíncteriana, abolição dos movimentos e diminuição ou perda, reversível e transitória, da função dos neurônios responsáveis pela consciência e pela elaboração intelectual. Pode ser sumariamente definida como uma descarga funcional do sistema nervoso desencadeadora de uma inibição brusca, temporal ou prolongada das funções dos centros neurais, caracterizada por abolição das faculdades intelectuais, diminuição ou perda das funções da vida de relação (sensibilidade e movimentos) acompanhada, muita vez, de síncope cardíaca e respiratória.

Seja embora frequentemente o mais leve dos tipos de acometimento cerebral, pode, no entanto, assumir aspectos graves e determinar *coma* profundo e morte.

— *Contusão cerebral*, que implica a existência de uma solução de continuidade, amiúde microscópica, localizada ou difusa, e situada em qualquer parte do encéfalo.

O dano cerebral contuso está, em geral mas não obrigatoriamente, localizado nas proximidades do ponto traumatizado, o que explica a ocorrência de quadros neurológicos aparentemente incongruentes. Como exemplo, certos traumatismos incidentes sobre a calvária que determinam graves alterações neurovegetativas em consequência de lesões assentadas no *tronco cerebral*.

Além dos sintomas descritos na *comoção cerebral*, são possíveis as convulsões e os espasmos.

— *Compressão cerebral*, provocada por hemorragia da artéria meningea média, ou da veia cortical subaracnóide.

É esse derrame hemático responsável pelo importantíssimo quadro neurológico chamado *lúcido intervalo*, em que o traumatizado craniano, estando aparentemente bem, decorrido período variável de tempo (a perda da consciência pode levar alguns minutos e, mesmo, horas, para se instalar, consoante seja a intensidade do *fluxo sanguíneo hemorrágico*, na medida em que se expande, coagula e comprime a massa cerebral, provocando, paulatinamente, *anoxia* do centro da percepção e da consciência), tem o estado clínico agravado, vindo a falecer.

Na necropsia se detecta, na região temporoparietal, um coágulo em forma de *barrete frígido* ou *casquete* entre a *dura-máter* e a face interna da calota craniana, salvo quando o *lúcido intervalo* decorre de edema encefálico ou de *higroma*.

— *Síndrome pós-concussão*, especialmente nos indivíduos que sofreram antanho, transtornos neurológicos ou de personalidade. Caracteriza-se por irritação, egoísmo, inquietude, desconsideração pelas pessoas, rebaixamento do poder de concentração e da consciência, embotamento emocional, falta de iniciativa, bradipsiquismo e possível intolerância por esforço mental ou físico.

Esta síndrome está particularmente associada ao tipo de lesão fechada onde os sinais de dano cerebral localizados são pequenos ou estão ausentes, podendo, entretanto, ocorrer também em outras afecções.

Ressalve-se que nem sempre o trauma craniano determina uma lesão neurológica sistematizada; antes, as áreas de contusão são múltiplas e multifárias, e, às vezes, contralaterais ao local do traumatismo primário.

Na sobrevida podem ocorrer sequelas neurológicas, psíquicas e infecções, a saber:

— Amnésia anterógrada, em que o ofendido não fixa os acontecimentos recentes, mas lembra o passado.

— Amnésia retrógrada, em que o vitimado esquece o passado, entendendo-se como tal dias ou semanas anteriores à ocorrência que a determinou, mas fixa os fatos recentes.

— Amnésia retroanterógrada, em que o indivíduo não fixa os fatos recentes nem lembra o passado. Quando se instala brusca e totalmente, chama-se *psicorrex* (*psique*, alma; *regnumi*, romper). Se não for psicorrex, a amnésia total deve ser encarada com reservas e lembrar simulação.

— Amnésia lacunar, em que ocorre perda transitória da memória relativa ao período em que foi insuficiente ou impossível a fixação.

Registramos a lei de Ribot — “Nas doenças da memória, as noções primeiro adquiridas serão as últimas a se perderem”.

A perda de memória admite explicação causal neurológica ou emocional, às vezes de difícil distinção. Nos casos de origem emocional, a amnésia inicia-se e termina insidiosamente; na vigência de lesão neurológica a perda de memória sobrevém subitamente relativa a fatos ocorridos.

Além disso, “nos casos de origem emocional ou de conversão o comportamento é ajustado e o relacionamento adequado, em contraste com o estado confusional, delirante e incapacitado do portador de lesão orgânica” (Isaac Mielnik).

— Epilepsia, do tipo jacksoniano, desencadeada por irritação do córtex cerebral, por coágulo sanguíneo ou por esquirola óssea. Caracteriza-se por acometer um determinado segmento de um dimídio (face, membro superior, membro inferior). Outras vezes, inicia-se numa região restrita deste dimídio e progride a todo um hemisfério ou, ainda, sucessivamente, generaliza-se.

— Perturbações mentais.

— Meningite.

— Pneumonia de decúbito.

— Afásias.

No adulto, uma força aplicada perpendicularmente à linha de junção craniana pode provocar *disjunção de suturas*.

2) *Contusões da coluna vertebral* — As contusões da *ráquis* podem ocasionar fraturas, luxações, lesões da medula, completa ou incompletamente (Síndrome de Brown-Sequard), comoção medular e mielopatias pós-traumáticas.

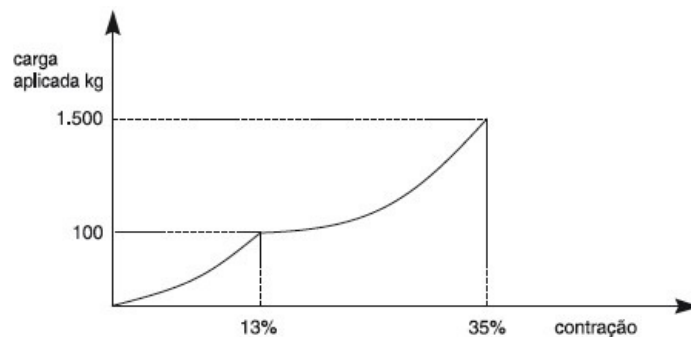
As fraturas cominutivas dos corpos vertebrais ou as luxações da coluna lesam, em geral, a medula. Segundo a violência do traumatismo, é possível o seccionamento completo da raque e da medula em segmentos diversos.

Traumatismo insuficiente para afetar a coluna vertebral pode provocar pequenos focos hemorrágicos, capilares, que determinam lesão da medula, *in exemplis*, a hematomielia.

Maior violência pode ocasionar comoção medular, representada por diminuição da sensibilidade, parestesias, impotência sexual, relaxamento dos esfíncteres, hemiplegia, quadriplegia.

Pode ainda suceder, decorridos alguns dias ou semanas após o trauma, de surgirem mielopatias.

Dependendo da intensidade, a compressão dos discos intervertebrais produz a ruptura deles. O gráfico ilustra a contração dos corpos intervertebrais lombares com a carga aplicada às vértebras, para indivíduos entre 40 e 60 anos.



Nele observa-se que o disco é aproximadamente elástico para cargas até 100kg, quando a relação contração-carga é linear; acima desse peso, essa relação se torna não linear, e quando a contração é de cerca de 35% ocorre a ruptura para uma carga de aproximadamente 1.500kg.

A carga máxima que produz ruptura do disco intervertebral varia com a localização da vértebra: 1.150kg para as vértebras torácicas inferiores, 450kg para as vértebras torácicas superiores e 320kg para as vértebras cervicais; todavia, a pressão exercida necessária para produzir a ruptura dos discos intervertebrais é a mesma para todas as vértebras.

3) *Contusões torácicas* — Conforme seja a intensidade de ação do instrumento contundente, podem ocorrer contusões das partes moles, sem fratura de costela, fratura simples de costela, fraturas múltiplas de costelas, afundamento do tórax, laceração ou ruptura dos pulmões, ruptura da aorta, ruptura de uma ou mais câmaras cardíacas.

a) *Contusão das partes moles* — Um traumatismo aplicado sobre as partes moles torácicas é extremamente doloroso e, mesmo sem lesões internas, pode desencadear hipotensão, por um mecanismo puramente neurogênico. Dependendo da intensidade de manejo do instrumento agressor, mesmo na ausência de dados de monta à parede torácica, tanto no adulto quanto notadamente na criança, em que a enorme flexibilidade das costelas integras transmite todo o impacto do agente traumatizante aos órgãos torácicos, pode determinar ruptura da aorta (lesões por deceleração) ou dos pulmões.

Não é de todo incomum o pneumotórax e o hemotórax após as contusões da parede torácica sem fratura de costela.

b) *Fratura simples de costelas* — São extremamente dolorosas.

Uma ponta óssea de costela fraturada pode perfurar o pulmão desencadeando pneumotórax.

Uma medida assaz eficaz contra a dor é o enfaixamento de toda a circunferência do tórax, durante expiração forçada, limitando a sua expansibilidade. É medida contraindicada nos velhos e nos portadores de doença pulmonar.

c) *Fraturas múltiplas de costelas* — Uma simples ação traumática sobre o tórax raramente produz esse tipo de lesão, pois, antes que os arcos costais se fraturem, todo o corpo do ofendido se desloca sob o impacto.

Para que haja fraturas de várias costelas é necessário intensa potência traumática, *in exemplis*, compressão entre dois veículos, roda de automóvel que passa sobre o tórax.

d) *Afundamento do tórax* — Da produção de fraturas múltiplas de costelas pode resultar perda de continuidade óssea com o restante da parede torácica, o que prejudica o poder aspirativo do hemotórax lesado. Ao exame clínico percebe-se o “movimento respiratório paradoxal”, em que a área afetada afunda na inspiração, ao contrário da restante caixa torácica. Dessa forma, um grande afundamento comporta-se mecanicamente como um pneumotórax hipertensivo, determinando alterações respiratórias e hemodinâmicas, podendo levar o paciente ao choque, por hemorragia, dor, anoxia por má ventilação e por desvio do mediastino.

Impõe-se aqui a radiografia do tórax para verificar a extensão das fraturas e a presença ou não de hemotórax e pneumotórax.

e) *Rupturas dos pulmões* — Em geral, são achados necroscópicos.

f) *Rupturas de uma ou mais câmaras cardíacas* — Contusões intensas do precórdio podem produzir desde simples equimoses subepicárdicas ou subendocárdicas até rupturas extensas de uma ou mais câmaras do coração.

O prognóstico do dano cardíaco depende da extensão e gravidade das lesões e da importância de outros danos associados.

4) *Contusões do abdome* — Contusão abdominal é o sofrimento do ventre, conseqüente a um agente traumático mecânico, sem solução de continuidade da parede. É devida, frequentemente, a atropelamentos, colisões de veículos, compressão por objetos pesados, quedas acidentais, ou tentativa de suicídio.

As contusões abdominais classificam-se em:

a) contusão da parede abdominal;

b) contusão abdominal com lesão visceral;

c) lesão visceral traumática sem contusão abdominal;

d) contusão retroperitoneal;

e) contusões mistas.

Conseqüente à atuação direta do objeto contundente sobre o abdome, ou da projeção deste sobre o instrumento contundente, resultam contusão da parede do ventre, localizada nos planos cutâneos ou músculo aponevrótico e/ou lesões de órgãos maciços e de vísceras ocas, dependendo do estado delas e da intensidade, da incidência e do ponto de aplicação da violência.

Desse modo, quando o traumatismo é aplicado sobre os hipocôndrios, os flancos, as fossas ilíacas, nos lombos, há tendência de ocorrer predominantemente ruptura de vísceras maciças; quando a violência atinge a região periumbilical, o epigastro ou o hipogastro, poderá acontecer ruptura de vísceras ocas.

Traumatismos de relativa intensidade podem provocar desde simples mossa até lacerações extensas e fragmentação de vísceras maciças, alteradas anatomicamente, ou não, por patologia anterior. Se não houver lesão na cápsula que envolve as vísceras parenquimatosas, formará hematoma subcapsular passível de romper-se, ou não, secundariamente, no curso de sua evolução. Vísceras ocas sofrerão, mais em suas partes fixas do que nos segmentos, que têm maior mobilidade, uma explosão de suas paredes se no momento da aplicação da violência sobre o abdome estiverem, por qualquer motivo, com pressão intraluminal aumentada.

Violência aplicada na região lombar ou sobre a bacia pode produzir dano de estruturas ou vísceras, na região retroperitoneal e até pancreatite, se o pâncreas permanecer aparentemente incólume.

Mais frequente é a ocorrência de contusões mistas, em que são comprometidos, simultaneamente, a parede abdominal, as vísceras situadas na cavidade celomática e os órgãos retroperitoneais.

Violência compressiva suficientemente para aumentar de modo exagerado a pressão intra-abdominal pode provocar ruptura das fibras musculares diafragmáticas.

As lesões do diafragma têm fisionomia sistemática, amíúde pouco expressiva. Os sinais, quer isolados, quer reunidos, que orientam o diagnóstico para o diafragma lesado são: dor ao nível da base do tórax, nos pontos correspondentes à inserção dos fascículos diafragmáticos nas costelas à pressão, à tosse ou ao respirar; dor no ombro, ao nível da articulação escápulo-umeral ou do acrômio — se a lesão diafragmática afeta o centro do músculo — ou algo mais abaixo, ao nível do bordo inferior do deltoide, se a lesão compromete a sua parte posterior.

No vivo, a ruptura de vísceras maciças, como o fígado, o baço, os rins, de prognóstico *quo ad vitam* reservado, grave, determina hemorragias com extravasamento de sangue total, quer nas cavidades, quer nos espaços intersticiais parietais ou retroperitoneais, traduzidas clinicamente por hipotensão arterial, pulso filiforme, extremidades frias, palidez da face, mucosas descoradas, angústia respiratória etc. (estado de choque).

A ruptura traumática dos rins serve como exemplo. Pode ela ser causada por ação direta — um coice, uma pancada, um pontapé; ou por ação indireta — queda sobre os pés, contração muscular, como acontece num salto, ao se fazer esforço.

Explica a ruptura renal traumática o mecanismo da tensão hidráulica do rim, pois se trata de víscera cheia de sangue contida na cápsula fibroadiposa pouco resistente e quase inextensível pela presença da fâscia retrorenal de Zuckerkandl. A contraprova consiste na dificuldade da ruptura do rim no cadáver, onde o órgão se encontra sem sangue arterial.

A contusão pode exibir aspectos morfológicos os mais diversos: cápsula renal indene, com formação de hematoma entre ela e o parênquima renal; lesão da cápsula com hematoma perirrenal; lesão na cápsula por infecção anterior; infiltração sanguínea ou hemorragia secundária na cápsula gordurosa; rupturas subcapsulares centrais ou periféricas; fissuras corticais lineares ou estreladas; rupturas intersticiais, renociliais ou totais e esmagamento ou trituração do rim etc.

Chamam a atenção para a gravidade do quadro o estado de choque e a hemorragia interna, o sinal do fundo do saco de Starjano (empastamento nessa região nos grandes hematomas), a dor, a contratura muscular, a hematúria.

Pielografia endovenosa se impõe, pois orienta quanto ao estado do rim traumatizado, como também do outro rim e de sua ausência ou anomalias congênitas, salvo no estado de choque.

A conduta terapêutica cirúrgica compreende: nefrorrafia, nefrectomia parcial ou total, descapsulização, enervação renal e fixação.

Estado de choque é alteração fisiopatológica de se esperar não apenas nos politraumatizados, em que se associam simultaneamente contusões cerebrais, fraturas

ósseas e contusões abdominais e/ou torácicas, mas também nos que foram submetidos a traumatismo do ventre de média ou grave intensidade. O estado de choque se instala por causas neurogênicas (dor por excitação traumática vagossimpática), hemorragias copiosas e sequestrações por perda hemática, proteica e hidroeletrólítica intersticial.

A ruptura de vísceras ocas, grave, e também de prognóstico reservado, apresenta ao legisperito sintomatologia inerente à peritonite: fácies peritonítica, imobilidade diafragmática, respiração rápida e superficial, náuseas e vômitos, timpanismo abdominal, dor, sinal de Blumberg positivo, ileo paralítico, hematêmese ou melena, ventre em tábua, desaparecimento da maciez hepática à percussão (sinal de Jobert).

Antes, porém, no período de estado, o indivíduo apresenta-se semi-inconsciente, com os olhos sem expressão e sem brilho, midríase, hiporreflexia, sede intensa, boca entreaberta e os membros inertes por hipotonia muscular, sudorese fria e viscosa, leve cianose labial e no pavilhão auricular contrastando visivelmente com acentuada palidez; hipotensão venosa precoce e taquicardia e hipotensão arterial tardias; oligúria; taquipneia superficial que, nos momentos que antecedem o óbito, se transforma em respiração lenta, profunda, suspirosa.

A ruptura de vísceras maciças é facilmente detectada pelos *expertus* na necropsia. Em se tratando de víscera oca, como o duodeno e o jejuno, que são frequentemente as mais atingidas por rupturas traumáticas, além da fundamental descoberta da solução de continuidade, encontrará o perito-médico líquido purulento e pútrido disseminado profusamente na cavidade celomática, grande quantidade de fibrilas e aderências de alças intestinais.

A ruptura de vísceras maciças pode ser de causa jurídica criminosa ou acidental. A chamada *explosão de víscera oca* será criminosa, acidental ou apenas ruptura consequente a doenças infecciosas dos órgãos abdominais dotados de luz, como apendicite aguda, diverticulites, úlcera perforada.

5) *Contusões de artérias* — O instrumento contundente, atuando numa região anatômica em que uma artéria, e. g., a femoral, a radial, repousa sobre um plano ósseo, poderá produzir contusão da *túnica adventícia* e da *túnica íntima* ou endotélio do vaso sanguíneo, ou a sua ruptura.

A contusão da adventícia (*vide* sinal de Friedberg) não é mais do que uma infiltração hemorrágica da bainha conjuntiva que, entretanto, entra fenômenos fisiopatológicos desproporcionais; assim é que a artéria se transforma em um cordão rígido, que não pulsa, pelo qual passa apenas um minguado filete de sangue, com reação vasoconstritora manifesta por isquemia periférica.

A contusão endotelial amiúde se associa à ruptura incompleta da túnica média arterial (*vide* sinal de Amussat). Como sequelas, podem resultar, no vivo, trombose, fenômenos vasomotores etc.

A ruptura traumática de artéria resulta em hemorragia; o sangue infiltrado nos planos de clivagem muscular gera hematoma difuso, com o rápido agravamento dos sinais periféricos impondo cirurgia de urgência (*vide* "Perigo de vida").

6) *Lesões traumáticas dos ossos* — Compreendem a contusão óssea e as fraturas.

a) *Contusão óssea* — É o efeito da ação dos instrumentos contundentes determinando extravasamento de sangue com formação de hematoma subperiosteal, quando o agente vulnerante atuou obliquamente ao eixo do osso determinando o deslocamento do periosteio, e equimose medular resultante de microfraturas de trabéculas ósseas do tecido esponjoso, mantendo-se, em ambas as formações, a integridade da estrutura da ossatura.

b) *Fraturas* — São soluções de continuidade, parcial ou total, dos ossos submetidos à ação de instrumentos contundentes.

À Medicina Legal interessam as fraturas verdadeiras ou traumáticas, observadas nos ossos são submetidos à ação de agentes vulnerantes.

São produzidas quando a força vulnerante vence a resistência e elasticidade do osso, por compressão, distensão, flexão, torção e contragolpe.

A compressão exercida perpendicularmente ao eixo do osso produz fratura e achatamento dele.

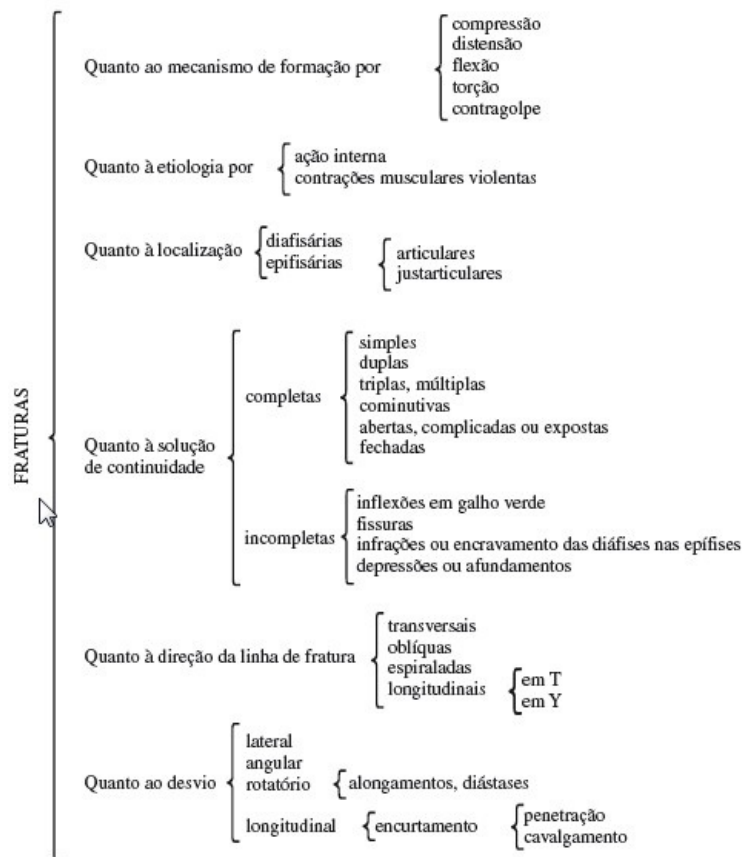
A distensão é causa de arrancamento das apófises ósseas.

A flexão acentuada ou retifica a curvatura dos ossos longos, fraturando-os.

A torção é modo de ação produtor de fraturas espiraladas, em geral ao nível dos membros inferiores.

O contragolpe amiúde produz fraturas indiretas distantes do ponto de aplicação do agente traumático, como nas quedas acidentais, em pé.

CLASSIFICAÇÃO DAS FRATURAS



Nas fraturas incompletas da clavícula, assaz comum nos trabalhos de parto distócicos, difíceis, quanto à fase expulsiva, que passam frequentemente despercebidas até que os pais notam um grande calo ósseo, uma semana ou mais após o nascimento, não há solução de continuidade do periosteio (*fracture en bois vert*). Diagnosticada precocemente, ainda antes do recebimento de alta do berçário, impõe-se o tratamento conservador incruento: mesmo a simples tentativa de contenção ou imobilização com esparadrapo produz os resultados almejados.

Nas fraturas completas da clavícula, em que ocorreu, portanto, comprometimento também do periosteio, os calos decorrentes de fragmentos mal ajustados são por vezes deveras molestos, quando não constituem, mesmo, pontas ósseas deslocadas que permanecem traumatizando os tecidos superficiais. Nesta hipótese, e nos casos de fratura *cominutiva* da clavícula, em que os fragmentos *em bisel* escapam à contenção tentada com material metálico, o tratamento de eleição consiste em liberar as esquirolas e ressecar, com rugina e pinça saca-bocados, a extremidade livre de cada um dos segmentos fixos, a fim de regularizar as superfícies de ruptura — confiando na ação do periosteio preservado para conseguir a reparação do osso com boa consolidação do foco.

O tratamento da fratura da clavícula pela ressecção dispensa o emprego de aparelhos de contenção no pós-operatório. Outrossim, permanece o paciente com seus movimentos livres desde a segunda semana, podendo retornar a todas as suas atividades corporais comuns, sem debilidade ou deformidade, ao cabo de três semanas do evento operatório, derrogando o conceito de que a duração média da incapacidade temporária de uma fratura da clavícula demanda dois meses e meio. E isto interessa sobremaneira à infartunística.

Nas fraturas completas cominutivas, os pequenos fragmentos ósseos são chamados esquirolas.

As fraturas completas dos ossos longos podem ser com ou sem cavalgamento, translação, decalagem, angulação. Ou podem ser cominutivas. Do ponto de vista ortopédico e médico-legal, a consolidação de fratura, com pequeno cavalgamento, sem interposição de massa muscular, ou nervos, admite *restitutio in integrum* e não deixa, portanto, seqüela funcional.

Quando a fratura ocorre no ponto de aplicação do *agens vulnerans*, é dita *direta*; quando produzida em região distante da que agiu o instrumento contundente — como nas quedas em pé, em que o contragolpe fratura a raque, a bacia ou a base do crânio —, é chamada *indireta*.

Os choques diretos tendem a produzir fraturas transversais, e as violências indiretas, fraturas oblíquas.

Clinicamente, sugerem fraturas: a dor, o hematoma subperiosteal, a deformação anômica da região comprometida, a impotência funcional e a crepitação. A crepitação é um ruído característico, semelhante ao quebrar de um galho seco, que dá ao tato do examinador a sensação de atrito entre duas superfícies rugosas, produzido pelos ossos fraturados.

O diagnóstico de certeza forma-se por radiografias. Estas devem ser repetidas, como controle de tratamento e para julgar inabilitação para a comum atividade corporal, logo que decorridos 30 dias do evento, se criminoso ou consequente a acidente do trabalho (exame complementar).

O exame radiológico indica a sede da lesão, o tipo de fratura, o tratamento a ser instituído e, ainda, nos ossos longos, a coaptação das extremidades lesadas, ou possível cavalgamento.

As fraturas dos ossos próprios do nariz, sem complicações, são consideradas lesões leves. As fraturas dos ossos longos e da maioria dos ossos chatos, com prognóstico *quo ad functionem* favorável, por demandar, morfofisiologicamente, mais de 30 dias para consolidar, caracterizam lesão corporal de natureza grave. Quando ocorre fixação dos fragmentos ósseos em posição viciosa podem resultar deformações, alterações anômicas visíveis ou perturbações funcionais, *in exemplis*, claudicação, se assentadas no membro inferior, constituindo lesão grave: debilidade permanente de membro, sentido ou função.

Na prática médico-pericial, pela ordem de frequência, são afetados os ossos longos, os ossos planos do crânio, a coluna vertebral, o gradil torácico e os ossos chatos.

O tempo de consolidação de uma fratura varia conforme o osso. Amiúde, dá-se ao cabo de 1 ou 2 meses, havendo, contudo, ossos que demandam mais tempo. O prazo médio de consolidação de uma fratura pode ainda variar segundo seja ela simples ou exposta e a sede em que se assentou, num mesmo osso. Como exemplos, citamos a fratura simples extracapsular do colo do fêmur, cujo tempo médio de consolidação óssea é de 2 a 6 meses, e a fratura simples diafisária femoral, que se cura, em geral, em 60 dias. Causas várias, como infecções, afeções calciprivas (raquitismo, osteomalácia, osteopatias), osteoporose senil, afastamento excessivo dos fragmentos, interposição de tecidos moles nos traços de fratura, falta ou defeito na contenção dos fragmentos, mantendo-se, *in casu*, mobilidade anormal bem evidente, podem retardar a consolidação óssea, gerando a *pseudoartrose*.

TEMPO MÉDIO DE CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA DAS FRATURAS SIMPLES E DE DURAÇÃO DA RESPECTIVA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

Osso fraturado	Prazo médio da consolidação óssea	Duração média da incapacidade temporária
Clavícula	25 dias	2 1/2 meses
extremidade superior	30 a 35 dias	2 1/2 meses
ÚMERO corpo	30 a 35 dias	2 1/2 meses
extremidade inferior	30 a 40 dias	3 meses
Olécrano	20 a 30 dias	2 meses
Antebraço (ambos os ossos)	25 a 35 dias	2 1/2 meses
Ulna	25 a 30 dias	2 meses
Extremidade inferior do rádio	25 a 30 dias	40 a 50 dias
Metacarpo	20 a 30 dias	2 a 3 meses
Falange	15 a 20 dias	1 1/2 mês
colo (extracapsular)	2 a 6 meses	6 meses
FÊMUR diáfise	60 dias	6 1/2 meses
subcondíliar	4 a 6 meses	6 1/2 meses
sub e intercondíliar	6 meses	1 ano
PATELA sem artrotomia	2 a 3 meses	6 meses a 1 ano
após sutura	1 mês	2 meses
Ambos os ossos da perna (fratura transversal)	35 a 40 dias	3 a 6 meses
Ambos os ossos da perna (fratura oblíqua)	3 meses	12 a 15 meses
Extremidade superior da perna	6 meses	12 a 18 meses
Tíbia	30 a 40 dias	3 meses
Fíbula	25 a 30 dias	2 a 3 meses
Bimaleolar por adução	25 a 30 dias	1 1/2 a 2 meses
Bimaleolar por abdução	40 a 60 dias	5 meses
Calcâneo por arrancamento	50 dias	3 a 4 meses
Tálus	2 meses	4 a 6 meses
Metatarso	20 a 30 dias	2 meses

7) *Luxação* — Articulação é o conjunto de partes moles e duras que estabelece a união entre dois ou mais ossos próximos.

Toda articulação é constituída por superfícies ósseas, partes moles interósseas, cápsula fibrosa e ligamentos.

Luxação é o afastamento repentino e duradouro de uma das extremidades ósseas da articulação, através de ruptura capsular.

É deslocamento permanente dos ossos integrantes de uma articulação, com desaparecimento da inter-relação de suas superfícies articulares.

É a ruptura da cápsula a lesão mais importante e que de pronto chama a atenção. Varia essa lesão desde a subluxação até a luxação completa, conforme seja a perda de contato, da congruência articular e o grau de afastamento traumático das superfícies articulares.

Nas sicondroses, o afastamento das extremidades articulares recebe o nome de *diástase*.

O competente lembrará das lesões associadas mais frequentes, como as rupturas tendíneas, as dilacerações de nervos e as fraturas justarticulares.

O exame radiográfico, obrigatório, mesmo nos casos clinicamente evidentes, objetiva a classificação do tipo de luxação e a verificação da existência de possíveis arrancamentos ósseos que, de outro modo, passariam despercebidos.

A luxação subglenóidea posterior é difícil de ser reconhecida na radiografia que, à primeira vista, parece normal.

Algumas se curam antes dos 30 dias, contados da data de produção da lesão; são lesões corporais de natureza leve. Outras, como a luxação do joelho, exigem imobilização por aparelho gessado semicircular ou circular (calça gessada), em posição de leve flexão, durante um período variável entre 4 e 6 semanas. A luxação do quadril é lesão grave, amiúde associada a fraturas do rebordo cotilóideo ou do fundo do acetábulo, que determina impotência funcional completa e patente encurtamento do membro. É possível estado de choque.

Impõe-se o exame complementar, nas luxações, anexado de radiografias, para indicar o perito à autoridade competente o *caput* ou alguma das qualificadoras

previstas nos §§ 1.º e 2.º do art. 129 do Código Penal.

Não se confundirá luxação com a ruptura dos meniscos, duas fibrocartilagens fixadas na superfície superior da tíbia, assaz frequente em atletas, principalmente nos profissionais de futebol.

8) *Entorse* — Na entorse, as extremidades ósseas da articulação executam um movimento que ultrapassa os limites fisiológicos, afastando-se temporariamente uma da outra para, a seguir, retomarem as suas relações anatômicas normais, acompanhado de ruptura ligamentar parcial ou completa. Consiste, então, a entorse na ruptura dos ligamentos consequente ao afastamento brusco das superfícies articulares sem luxações e quando sujeito à ação violenta e *indireta* do agente vulnerante.

Da *violatio corporis* resultam dor, edema, derrame intra-articular seroso ou serossanguinolento e impotência funcional de grau variável.

O exame radiológico se fará com a articulação em repouso, para evidenciar possíveis fraturas.

As entorses do tornozelo se curam habitualmente entre 2 ou 3 semanas; se houver comprovado comprometimento da solidez articular, 4 semanas. As entorses do joelho demandam um período variável de 4 a 6 semanas; nos casos considerados graves, um aparelho de gesso semicircular será aplicado, obrigatoriamente, do terço superior da coxa ao terço inferior da perna, durante 4 a 8 semanas. As entorses das pequenas articulações interfalângicas exigem contenção por meio de tiras estreitas de esparadrapo, durante 1 a 2 semanas. É possível, nos casos mais graves de entorse interfalângica, a região atingida permanecer deformada por edema residual, apesar dos cuidados ortopédicos. Ainda assim será lesão leve.

Como na luxação, na entorse que exigiu aplicação de aparelho gessado, uma vez retirado este, deve-se intensificar a reeducação muscular através de exercícios ativos e fisioterapias.

9) *Ruptura dos meniscos* — ImproPRIAMENTE chamada luxações dos meniscos, acomete sobretudo os jovens em práticas esportivas (futebol, esqui etc.), seja por tração, seja por compressão, ou no desempenho de certas profissões (mineiros). Este último exemplo interessa à infortunística.

Nos casos típicos, do esforço em flexão do joelho com movimento de rotação externa e de abdução da tíbia, sobrevém entorse. Ocorrendo soluções de continuidade dos meniscos estas podem ser: fissuração longitudinal (*menisque en anse de seau*), desdobramento em um plano horizontal (*meniscus bipartitus*), fratura vértico-transversal, relaxamento dos elementos de fixação das cápsulas anteriores ou laterais, ruptura do corno anterior, ruptura das inserções capsulares, ruptura dos ligamentos laterais, ruptura dos ligamentos cruzados, arrancamento das *spinas tibialis*.

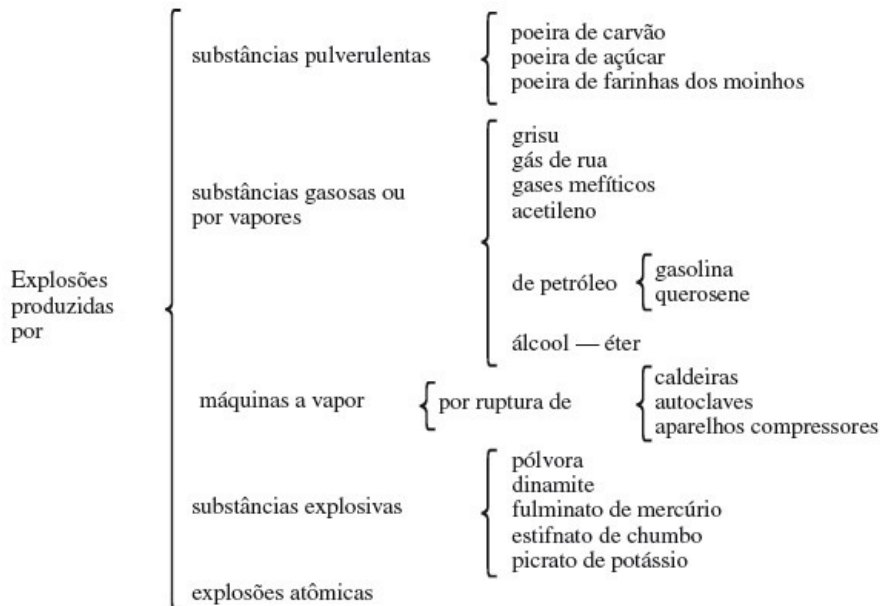
O menisco roto não cicatriza jamais, mercê da ausência de vasos sanguíneos que é própria desse tipo de tecido. É por isso o tratamento ortopédico simplesmente paliativo, razão pela qual a meniscectomia, ou seja, a sua ablação cirúrgica, se impõe.

6.2.3.2. Explosão

É a comoção violenta e subitânea seguida normalmente de detonação, motivada pela transformação química abrupta de substâncias que passam do estado sólido ou líquido ao estado gasoso, ou por excesso de tensão de um gás, com liberação de enormes pressões, seja em espaço isolado incapaz de as conter sob a pressão atmosférica, seja ao ar livre, produzindo amiúde ações mais ou menos destruidoras nos arredores, lesões corporais ou morte.

A explosão deflagrada por bombas atômicas e similares ocorre por fissão nuclear, em reações em cadeia, elevando os elementos radioativos à estratosfera em coluna de fumaça em forma de cogumelo gigante seguida, pouco tempo após, por uma verdadeira chuva radioativa, provocadora de morte e lesões corporais por queimaduras e por ação de radioatividade, cujos efeitos maléficis ainda hoje, decorridos tantos anos (foram lançadas em 1945 sobre Hiroshima e Nagasaki, no Japão, duas bombas atômicas), se fazem geneticamente sentir.

São numerosas as causas produtoras de explosões. Costumamos assim enumerá-las:



Substâncias pulverulentas em suspensão no ar, como as partículas de carvão, no interior das minas, ou de açúcar, nas usinas, em contato com uma chama podem inflamar-se rapidamente e causar explosões, com produção de óxido de carbono em quantidade intensamente asfíxiante para o ser humano.

Substâncias gasosas como o grisu, também chamado gás de pântano, gás de mina, metano e formeno, o gás de rua e os botijões de gás, os gases mefíticos, o acetileno, os vapores do petróleo (gasolina, querosene), o álcool e o éter, liquefeitos ou vaporizados, podem, respectivamente, no interior das minas de carvão, nas casas e restaurantes, nas fossas sanitárias, nas fábricas, nos fogões domésticos etc., provocar explosões frequentemente acidentais, algumas delas com intensidade suficiente para demolir paredes e tetos residenciais.

As explosões nas máquinas a vapor ocorrem por funcionamento defeituoso dos manômetros e das válvulas de segurança e por descuido dos operários. Interessam, por isso, à infortunística.

A pólvora negra e a piroxilada têm a propriedade de inflamar-se rapidamente e de detonar em espaço fechado, sendo um grama delas capaz de produzir, em média, 900cm³ de gás; a intensidade da explosão determina, frequentemente, graves acidentes e morte. A dinamite (TNT) provoca explosão ainda mais violenta — conforme a carga utilizada, implode edifícios e pontes e desloca rochas gigantescas —, da qual resulta volume gasoso 10 mil vezes maior que o volume inicial do explosivo. A dinamite detonada é responsável por lesões corporais gravíssimas e mortes acidentais, nos operários de pedreiras, ou criminosas, nos atentados políticos.

A *onda de pressão ou de choque*, que se propaga comumente com velocidade superior à do som, seguida por uma ação de sucção, geralmente débil, porém prolongada, sendo a primeira menos perigosa ao ar livre do que em ambientes fechados, originária da explosão, imprime força viva aos objetos próximos e ao corpo humano, projetando-os enérgica e bruscamente a distância, colidindo-os violentamente e produzindo graves lesões corporais, como decapitação, amputações, abertura das grandes cavidades, queimaduras, fraturas múltiplas, esquarteramento. Ocorre, ainda, desnudação, pela ação expansiva dos gases entre as vestes e a pele, ficando a superfície corporal com induto amarelado pelo picrato de potássio, ou escura, pela pólvora negra.

Quanto à causa jurídica das explosões, o suicídio, embora raríssimo, é possível. O homicídio, raro, registra exemplos nos atentados políticos pelo emprego de dinamite ou granadas de mão. O acidente é, inegavelmente, o responsável pelas grandes explosões, consoante estatística dos acidentes do trabalho.

O crime de explosão (art. 251 do CP) é de perigo comum, ou seja, de ocorrência concreta e não presumida de perigo à vida de uma pessoa, ou de um número indeterminado de pessoas, à integridade física ou patrimônio de outrem. Inexistindo tais fatores, a ação do agente não constituirá crime, podendo, não obstante, ser rotulada como infração regulamentar ou contravenção.

Explosão atômica

A explosão de uma bomba atômica de neutrônio ou de hidrogênio determina efeitos mecânicos, térmicos e radioativos.

Os *efeitos mecânicos* estão representados por uma *onda de pressão ou de choque* que, nas cidades japonesas, se fizeram sentir à distância de quilômetros, matando inúmeras pessoas por ruptura de vísceras ocas e maciças e hemorragia desses órgãos e de toda a superfície corporal.

Os *efeitos térmicos*, extremamente breves como um relâmpago e constituídos por um calor de milhares de graus centígrados e por raios ultravioleta e infravermelho, produzem, à distância de quilômetros, todos os graus de queimadura, ou seja, desde o simples eritema até a carbonização instantânea. Se o indivíduo submetido aos efeitos térmicos sobrevive, resultam áreas corporais extensas de cicatrizes queloidianas e discromias na pele.

Os *efeitos radioativos* são provocados pelos raios gama e pela radioatividade induzida pelos nêutrons liberados pela reação em cadeia na explosão da bomba. A radioatividade penetra no organismo por respiração ou ingestão e atua maleficamente sobre o tecido linfóide, a medula óssea, os órgãos sexuais, as paredes do intestino delgado, os pulmões, a tireoide, os ossos, os músculos. Assim, o indivíduo que se expõe à chuva radioativa sofre:

- 1) alteração dos elementos figurados do sangue semelhante às da agranulocitose, com focos hemorrágicos múltiplos e generalizados;
- 2) alteração da espermatogênese;
- 3) destruição da membrana de revestimento da parede do intestino delgado, o que favorece a contaminação de todo o organismo;
- 4) nos pulmões, esclerose, necrose e câncer;
- 5) na tireoide, o Iodo-131 provoca hipotireoidismo, necrose e câncer; mesmo um indivíduo que não tenha estado na área contaminada poderá sofrer essas lesões tireoidianas determinadas pelo Iodo-131 liberado, juntamente com o Estrôncio-90 e o Césio-137, pela fissão atômica; basta tomar o leite de uma vaca que se tenha alimentado num pasto atingido pelos resíduos radioativos;
- 6) o Estrôncio-90 deposita-se no esqueleto, principalmente de adolescentes em fase de crescimento, impedindo a absorção de cálcio, podendo provocar necrose e câncer nos ossos;
- 7) o Césio-137 aloja-se nos músculos, podendo causar distrofia e diminuição ou perda dos movimentos normais;
- 8) leucemia.

Tendo em vista os danos biológicos causados nos seres vivos pela radioatividade proveniente de fontes internas ou externas ao organismo, foram criadas organizações como a *International Commission on Radiological Protection* (ICRP) e a *International Commission on Radiation Units and Measurements* (ICRU), que definem as grandezas de medida da radiação e suas unidades e estabelecem os limites máximos permissíveis (LMP) de dose como meio de proteção aos que trabalham com esse tipo de energia e à população em geral.

No Brasil, a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) elaborou as chamadas “Normas Básicas de Proteção Radiológica”, que regem o uso da radiação no País. E definiu:

- trabalhador, como qualquer adulto passível de ser irradiado, regular ou ocasionalmente, durante e em consequência de seu labor;
- população em geral, como a *populatio* na sua maior parte e comum, excluindo obreiros e indivíduos do público;
- indivíduos do público, como o conjunto de pessoas que habitam nas imediações de usinas nucleares.

Os limites máximos permissíveis são orientados pelo termo convencional *Sievert* (Sv), que é a unidade de dose equivalente adotada pela ICRU a partir de 1975, em substituição ao *rem* (*roentgen equivalent man*), objetivando restringir os efeitos somáticos danosos ao trabalhador, na sua descendência direta, nos demais indivíduos do público e na população em geral.

A relação entre o *Sievert* e o *rem* é

$$1 \text{ Sv} = 100 \text{ rem}$$

A ICRP e a CNEN recomendam limites de doses equivalentes, diferentes para os trabalhadores com radiação e para a população em geral. Assim é que a ICRP fixou em 50mSv o limite máximo anual de dose equivalente para os que trabalham com radioatividade e em 5mSv a dose equivalente anual para indivíduos do público. Desse modo, como a carga horária de um obreiro com radiação é de 40 horas por semana durante 50 semanas por ano, e o limite máximo permissível é de 50mSv/ano, temos que,

$$\text{LMP} = \frac{50\text{mSv}}{50 \text{ semanas} \times 40\text{h/semana}} = 0,025 \frac{\text{mSv}}{\text{h}}$$

$$\text{ou } 0,025 \times 10^{-3} \times 100 \frac{\text{rem}}{\text{h}} = 2,5 \frac{\text{rem}}{\text{h}}$$

Visando limitar os riscos de contaminação radioativa do organismo, recomenda a ICRP que sejam observadas as precauções abaixo elencadas:

- a) usar máscaras, evitando inalação de gases radioativos;
- b) calçar luvas e vestuário especial;
- c) promover assepsia, sempre que necessário, das mãos, com água e sabão;
- d) não pipetar com a boca;
- e) não fumar nos locais de trabalho;
- f) permanecer o menor tempo possível próximo à fonte de irradiação;
- g) trabalhar à máxima distância possível da fonte de irradiação;
- h) usar blindagens adequadas, como detectores de material radioativo, dosímetro pessoal etc.

6.2.4. Instrumentos cortocotundentes

São os instrumentos que, agindo sobre a pele, músculos, tendões, órgãos ou esqueleto, por pressão, percussão e deslizamento, mais pelo próprio peso e intensidade de manejo do que pelo gume de que são dotados, produzem lesões chamadas feridas cortocotundas.

Integram essa classe de instrumentos a foice, o facão, o espadagão, o podão, a enxada, a motosserra, a serra elétrica, as rodas de trem, os dentes, as unhas, o zargunho, a zagaia, a moenda, o mondador.

6.2.4.1. Lesões produzidas por instrumentos cortocotundentes

A forma das feridas cortocotundas varia conforme a região comprometida e a intensidade de manejo, inclinação, peso e o fio cortante do instrumento. Destarte, sendo o corte afiado, preponderam as propriedades distintas das feridas incisais; caso contrário, prevalecem, nos tecidos, as características próprias de um ferimento contuso.

Habitualmente de prognóstico *quo ad vitam* grave, profundas, não raro comprometem os planos subjacentes gerando hemorragias copiosas, por secção de vasos calibrosos e, inclusive, fraturas. Nos membros ocasionam mochadura. A mordida do mamilo, nariz, orelha, muitas vezes, produz, por pressão e secção, deformidade permanente, conseqüente à perda de substância. A dentada no pescoço, nas mamas, na região suprapúbica, na face interna da coxa próximo aos genitais, nas costas, características dos assaltos sexuais, costuma deixar estampadas as impressões dos dentes em forma de duas linhas equimóticas em parênteses, sem efração dos tecidos ou com eles desgarradamente em bloco.

A dentada tem importância pericial para a identificação do agressor (*vide p. 95*).

O diagnóstico diferencial do dano cortocotundente far-se-á com as feridas incisais e com as feridas contusas, através de criterioso estudo das margens da lesão, sua profundidade, comprometimento dos planos subjacentes, órgãos e peças constitutivas do esqueleto, inclusive.

Instrumentos cotundentes ou cortocotundentes

- 1.º Quesito — Qual a natureza do instrumento submetido a exame?
- 2.º Quesito — Quais suas dimensões e qual o seu peso?
- 3.º Quesito — No estado atual podia ter sido utilizado eficazmente para uma agressão física?
- 4.º Quesito — Há, nele, manchas de sangue?
- 5.º Quesito — Em caso afirmativo, as manchas apresentam os caracteres das manchas de sangue humano?

6.2.5. Instrumentos perfurantes e perfurocortantes

São perfurantes os instrumentos puntiformes, finos, cilíndricos ou cilindrocônicos, com o comprimento predominando sobre a largura e a espessura, como alfinetes, agulhas, pregos, furador de gelo, estoque, estilete agulhado, espinhos etc. Agem simultaneamente por percussão ou pressão por um ponto, afastando fibras, sem seccioná-las. Os instrumentos perfurantes de forma excessivamente cilindrocônica podem, muito raramente, dilacerar algumas fibras dos tecidos.

São chamados perfurocortantes os instrumentos puntiformes, com o comprimento predominando sobre a largura e a espessura, dotados de gume ou corte. O contato desses instrumentos é feito por um ponto que atua simultaneamente por percussão ou pressão, afastando fibras e, por corte, seccionando-as. Existem ainda os

instrumentos de ponta e de arestas, contendo várias faces e múltiplos ângulos diedros, cortantes ou não, como a lima, a baioneta, o florete.

6.2.5.1. Lesões produzidas por instrumentos perfurantes e perfurocortantes

Os instrumentos perfurantes propriamente ditos determinam lesões em forma de ponto na pele, chamadas feridas punctórias, quase imperceptíveis, quando o instrumento for muito fino, com diminuto orifício de entrada, raro sangramento e um trajeto que, geralmente, termina em fundo de saco. O trajeto poderá aparentar desvios quando o instrumento compromete órgãos dotados de movimentos, como os pulmões, por exemplo.

Em ferida transfixante é possível orifício de saída em tudo similar ao de entrada, porém, com os bordos evertidos, quando a agressão se assenta nas mãos, braços, pernas, coxas.

Quando o instrumento for cônico e mais calibroso, o orifício de entrada e, quiçá, o de saída tomam forma de botoeira.

O aspecto dos ferimentos na pele é definido pelas leis de Filhos e pela lei de Langer.

Primeira Lei de Filhos — As soluções de continuidade são feridas que se assemelham às produzidas por instrumentos perfurocortantes de dois gumes e de lâmina achatada.

Segunda Lei de Filhos — Os instrumentos cilíndricos ou cilindrocônicos determinam direção constante para cada região do corpo onde as linhas de força tenham um só sentido.

Lei de Langer — Um instrumento cilíndrico, exercendo ação perfurante em um ponto da pele onde convergem linhas de força de sentidos diferentes, produz ferida triangular, ou em ponta de seta, ou mesmo em quadrilátero.

As feridas produzidas por instrumentos cilíndricos ou cilindrocônicos apresentam direção fixa para cada parte do corpo porque não seccionam as fibras do tegumento, limitando-se a afastá-las, ao contrário das causadas por instrumentos perfurocortantes, que não têm direção constante e podem, portanto, orientar-se em qualquer sentido, pois a secção tissular desorienta estruturalmente o grupamento de fibrilas da pele e das fibras estriadas dos músculos.

A maior parte — não toda ela — da pele que reveste a superfície corporal encontra-se submetida a tensão. Os diversos graus de tensão existentes na área da pele em que atua um instrumento perfurante cilíndrico ou cilindrocônico são responsáveis pelo aspecto do ferimento punctório que vai produzir e da cicatriz resultante, no vivo. Em 1861, Langer, apoiado em trabalho de Dupuytren, produziu inúmeros ferimentos em cadáveres e observou neles forma em botoeira, com o eixo maior das elipses dispostas em linhas de força, de tensão ou tração da pele. As linhas de Langer existem na pele e são perpendiculares à direção da contração muscular, numa determinada região. São constantes para cada região anatômica e paralelas às linhas de flexão do corpo, o que permite compreender as leis de Filhos. Em realidade não é apenas assim, pois foi modernamente confirmado que, em diversos segmentos do corpo, as linhas de força cruzam pregas cutâneas naturais, resultando ferimento de forma triangular, e até quadrilátera, e não elíptica, na pele, quando o instrumento perfurante é aplicado sobre um ponto de convergência de vários sistemas de linhas de máxima tensão. É o que explica a Lei de Langer.

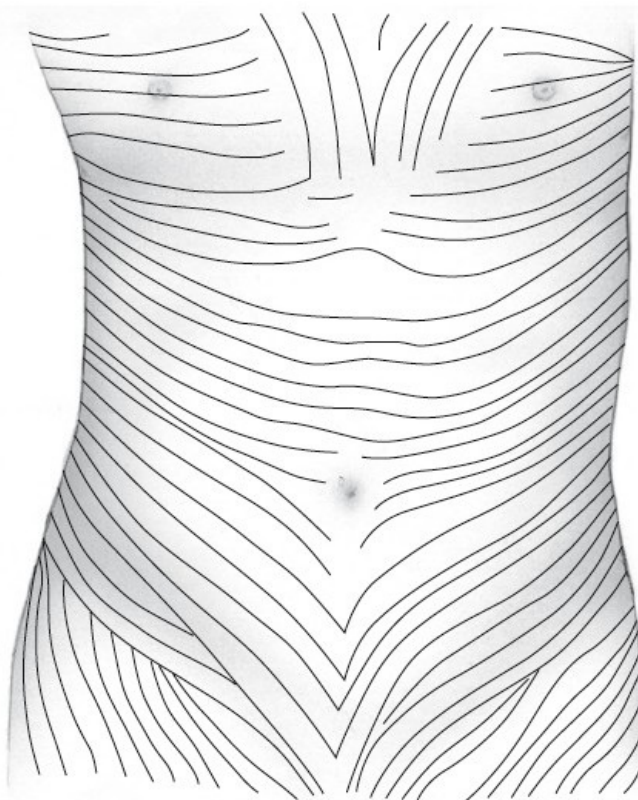


Figura 31. Distribuição das linhas de força no tronco, perpendicularmente à direção da atividade muscular.

Os instrumentos cilíndricos ou cilindrocônicos, notadamente mas não necessariamente calibrosos, produzem feridas elípticas, em botoeira, semelhantes às geradas por *agens vulnerans* de dois gumes e de lâmina achatada, graças à rede fibrosa móvel do derma. Ela é composta por cinco sistemas principais de redes, representadas por fibras colágenas, fibras elásticas, capilares, linfáticas e fibrilas nervosas. As fibras colágenas, em cortes histológicos simples da pele humana, plenamente relaxada antes da fixação, parecem dispostas ao azar. O estiramento gradativo da pele, enquanto se procede à fixação, mostra que parte das fibras colágenas passa a orientar-se seguindo a linha de distensão; com tensão máxima, praticamente todos os filamentos colagenosos estão alinhados, qualquer que seja o sentido em que se estira a *pellis*. Assim, parece que as fibras colágenas se dispõem na pele numa rede entremesclada de filamentos que assumem direção paralela à linha de distensão ao serem submetidas à tração em um sentido determinado. Na pele relaxada muitas fibras elásticas do derma unem-se terminolateralmente e têm disposição espiral em torno das fibras colagenosas. Na pele submetida à tração, também, as fibras elásticas alinham-se em direção da força mecânica aplicada e ficam interpostas entre os filamentos, com as fibras colágenas tentando promover o retorno do colágeno distendido a sua posição primitiva. O alargamento e o relaxamento da tensão são fenômenos viscoelásticos nos quais desempenha importante papel lubrificante, de uma parte, e de amortecedor contra mudanças excessivamente súbitas, de outra, o líquido intersticial. Desta forma, compreende-se por que os ferimentos produzidos por instrumentos perfurantes sobre as linhas de tensão máxima geram soluções de continuidade semelhantes às provocadas por instrumentos perfurocortantes de dois gumes e de lâmina achatada, tendendo a resultar, no vivo, conseqüente à agressão por essa última modalidade de objeto vulnerante, cicatriz tanto mais distendida ou hipertrofica quanto mais intensa for a tensão aumentada sobre a pele no momento da ofensa corporal.

Os instrumentos perfurocortantes de um gume produzem, na pele, ferida triangular de base correspondendo ao dorso do objeto, e os de dois gumes, solução de continuidade em fenda ou botoeira. Será em *bisel* se a arma agir obliquamente, e em *zigzague*, se atingir prega cutânea.

Ao perito não é fácil precisar a largura da lâmina pelo tamanho do ferimento, pois ele pode apresentar-se menor, pela elasticidade da pele parcialmente rechaçada, ou maior, como frequentemente acontece, por torção da arma ao ser retirada.

Os instrumentos de ponta e de arestas, quando cortantes, provocam, na pele, feridas com aspecto estrelado, correspondendo cada raio a um ângulo diedro afiado, e, se rombas, iguais às produzidas pelos instrumentos cilindrocônicos.

As lesões produzidas pelos instrumentos perfurantes e perfurocortantes caracterizam-se pelo predomínio da profundidade sobre a dimensão externa, podendo o agente vulnerante penetrar parcialmente no interior do corpo ou completamente, lesando paredes ósseas e vísceras ocas e/ou maciças. Pode, também, acontecer de

armas relativamente pequenas, de lâminas curtas, produzirem trajetos grandes, por compressão e depressão da parede abdominal pela violência do golpe, determinando as chamadas *lesões em acordeão* de Lacassagne.

Os órgãos parenquimatosos do abdome, como o fígado, o baço, atingidos por instrumentos dessa classe, apresentam ferimentos semelhantes aos da pele, porém maior que o diâmetro da arma de gume afiado.

É interessante notar que nos órgãos constituídos por túnicas fibrosas, como o estômago, o aspecto da ferida é semelhante ao da produzida por instrumento perfurocortante de dois gumes, acompanhando, porém, na serosa, o eixo da pequena e grande curvatura; na túnica muscular será transversal, e oblíqua na camada mucosa. Observa-se, assim, que a solução de continuidade obedece à disposição anatômica das túnicas serosa (longitudinal), muscular (circular) e mucosa (oblíqua) do órgão.

As lesões de vísceras maciças ou de grandes vasos, como a aorta, as artérias hipogástricas etc., determinam hemorragias intensas e morte. Quando são atingidas vísceras ocas, pode instalar-se a peritonite, por contaminação microbiana.

Os instrumentos perfurocortantes podem produzir, no tórax, ferimentos penetrantes e não penetrantes.

Os ferimentos não penetrantes são habitualmente desprovidos de gravidade e solucionados por simples desbridamento e suturas.

Os ferimentos pérfuro incisivos penetrantes ou transfixantes determinam lesões do diafragma, dos pulmões, hemotórax, hemopericárdio, dilacerações dos grandes brônquios e da traqueia, e do mediastino.

A lesão do diafragma, por essa classe de agente vulnerante, pode ser causa de contaminação do tórax ou de hérnia diafragmática.

A contaminação frequentemente ocorre por erro de conduta cirúrgica, ou seja, por abertura indevida do abdome em vez do tórax, o que faz com que a pressão pleural negativa aspire ar eventualmente séptico (fezes, líquido intestinal) até a cavidade torácica.

A hérnia diafragmática é mais comum nas lesões do hemidiafragma esquerdo, por verdadeira evisceração do abdome para o tórax.

As lesões penetrantes do tórax, amiúde, interessam apenas ao pulmão em sua periferia, pois ele ocupa quase toda a cavidade em que se encontra, e nem sempre exigem intervenção cirúrgica. No Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas, na cidade de São Paulo, encontrou-se indicação para toracotomia ou toracolaparotomia apenas em 22,5% dos casos em que somente o pulmão foi lesado; os demais 77,5% foram tratados com medidas conservadoras, nem por isso deixando de constituir a qualificadora perigo de vida.

O *hemotórax*, acúmulo de sangue na cavidade pleural, é a mais frequente complicação dos traumatismos do tórax.

O sangue pode ser originário dos pulmões, dos vasos intercostais e mamários, do mediastino (coração, aorta, vasos hilares pulmonares, veia cava e seus ramos maiores, baço, fígado e vasos abdominais), nos ferimentos torácicos ou torácico-abdominais.

A hemorragia costuma ser de pouca monta e cessar por si, quando são comprometidos vasos intrapulmonares, o que se explica pela pequena pressão na artéria pulmonar, que, geralmente, é 1/4 da sistêmica. Lesados os pulmões ou as estruturas mediastínicas, ocorrem hemorragias profusas e contínuas que, ao se organizarem, podem comprometer as funções respiratórias.

Os ferimentos perfuroincisivos do fígado ou do baço, comprometedores, também, do diafragma, podem produzir sangramento contínuo na cavidade pleural ou na cavidade torácica, exigindo toracolaparotomia.

O *hemopericárdio* é o acúmulo de sangue na cavidade pericárdica. Quando a solução de continuidade pericárdica permite perda sanguínea considerável para a cavidade torácica, ou para o exterior, não ocorre *tamponamento cardíaco*. Para que o tamponamento ocorra, é necessário que haja desajustamento entre o ferimento pericárdico e o orifício parietal de penetração do agente vulnerante, ou que o débito sanguíneo do dano cardíaco sobrepassasse de muito o débito através da parede parietal.

A capacidade normal do *perikardion* é de 180ml.

Duzentos a trezentos mililitros de sangue aprisionado no saco pericárdico provocam o *tamponamento cardíaco*, estase venosa periférica, hipotensão arterial progressiva, palidez, sudorese, extremidades frias e abafamento das bulhas cardíacas, além do aumento e imobilidade da imagem do coração, ao exame radioscópico; é a chamada *síndrome traumática de Beck*, que pode ser tratada por pericardiocentese ou por intervenção cirúrgica aberta.

A lesão de grandes brônquios e da traqueia intratorácica ocorre por secção parcial ou total desses órgãos, ocasionando pneumotórax hipertensivo, saída contínua de um grande fluxo de ar através de um dreno no tórax, falta de expansão pulmonar após drenagem pleural e intenso enfisema de mediastino e subcutâneo.

O diagnóstico de certeza é dado pela broncoscopia.

O *enfisema subcutâneo* é a presença de ar ou outro gás infiltrado por entre o tecido celular subcutâneo. Pode ser causado pela entrada de ar diretamente da atmosfera; por progressão de um enfisema mediastínico; por pneumotórax; por cânulas de traqueostomia mal-ajustadas; por drenos torácicos malcolocados; por ferimentos torácicos penetrantes malsuturados; por punções torácicas inadvertidas ou criminosas. Em geral, é de evolução benigna. Cessada a fonte de alimentação do enfisema, o ar é reabsorvido em algumas horas, ou dias.

O *enfisema mediastínico* é produzido por mecanismo idêntico ao do enfisema subcutâneo, por ruptura intraparenquimatosa do pulmão, ou de um grande brônquio ou da traqueia; eventualmente, por lesão do esôfago. Ocorre uma mudança no timbre da voz, tornando-a anasalada, caprina, pela infiltração de ar em certas porções do laringe, alterando suas características vibratórias. Benigno na maior parte dos casos, pode comprimir os troncos venosos do mediastino, ocasionando alterações hemodinâmicas graves (estase venosa por compressão das veias cavas), indicando toracotomia.

As lesões perfuroincisivas sobre a chamada *área perigosa de Ziedler*, cujos limites são delineados por uma linha transversal que passa pelo ângulo de Louis, e por outra, horizontal, na altura da extremidade anterior da décima costela, a linha paraaxilar direita e a linha axilar anterior esquerda, podem lesar o miocárdio ou as artérias coronárias e seus ramos.

A ferida cardiopericárdica pode ter a forma de acento circunflexo, de V, L, Z, assentada, em geral, no ventrículo direito, por mais exposto, porque o coração, já ferido, continua a contrair-se e se autolesiona no gume da arma.

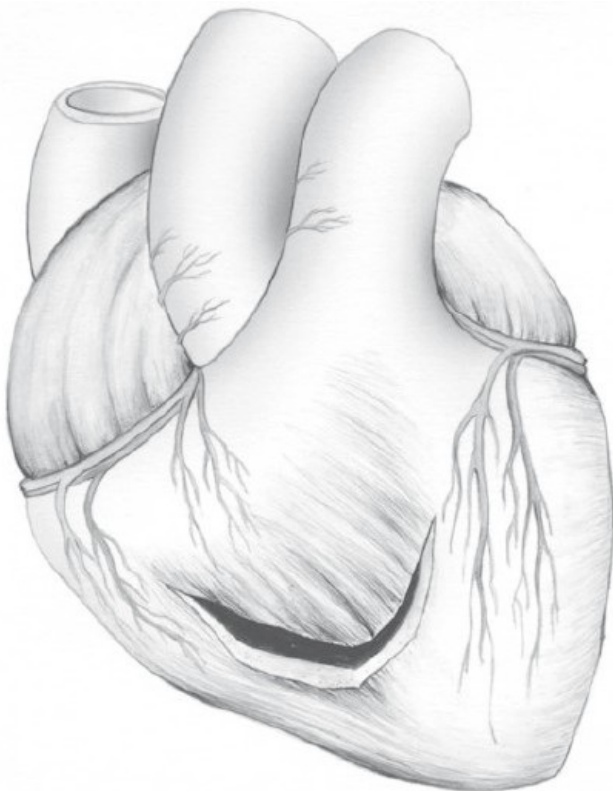


Figura 32. Aspecto de ferimento produzido por instrumento perfurocortante no coração; o órgão se autolesiona ao contrair-se sobre o gume da arma.

A morte por lesões perforantes ou perfuroincisas dos órgãos torácicos pode sobrevir por:

- 1) *Asfixia* — O hemotórax comprimindo os pulmões dificulta-lhes a expansibilidade, com prejuízo ventilatório.
- 2) *Um obstáculo instantâneo ao funcionamento do coração motivado, por exemplo, pelo comprometimento do feixe de Hiss* — Morte imediata.
- 3) *Hemopericárdio* — Morte rápida.
- 4) *Anemia aguda* — Morte rápida.
- 5) *Complicações piógenas: pericardite, piemia, empiema pleural, estenose cicatricial das válvulas auriculoventriculares* — Morte tardia.

Se a vítima sobrevive, podem ocorrer complicações infecciosas como o pneumotórax, a pleurisia, o abscesso pulmonar.

Quanto à causalidade jurídica, os instrumentos perforantes propriamente ditos, cilíndricos ou cilindrocônicos, em geral, determinam lesões acidentais de evolução benigna.

A literatura médico-legal registra *infanticidium* por agulha, introduzida no *bregma*.

O suicídio, por introdução de instrumento perforante na *área perigosa de Ziedler*, raro, é possível. É o histórico caso do Vice-Almirante Pierre Villeneuve, comandante da esquadra franco-espanhola, que, derrotado por Nelson, na batalha de Trafalgar, foi aprisionado e, após um ano, trocado, voltando para a França, onde suicidou-se lesando o miocárdio com uma agulha longa introduzida no precórdio, logo ao chegar.

Têm ocorrido homicídios por introdução de furador de gelo e agulhas longas na região precordial.

O homicídio praticado com instrumentos perfurocortantes (facadas, punhaladas) é assaz frequente. As lesões geralmente não apresentam sede fixa, podendo assestar no tronco ou em diferentes regiões do corpo.

Quanto a acidentes, ocorreram casos de facas que, ricocheteando violentamente contra superfícies sólidas, atingiram a vítima, causando-lhe a morte.

Os instrumentos de ponta e de arestas, raramente utilizados, falam a favor de acidentes ou de crimes.

Arma branca

- 1.º Quesito — Qual a natureza da arma submetida a exame?
- 2.º Quesito — Quais suas dimensões?
- 3.º Quesito — No estado atual podia ter sido utilizada eficazmente para uma agressão física?
- 4.º Quesito — Há, nela, manchas de sangue?
- 5.º Quesito — Em caso afirmativo, as manchas apresentam os caracteres das manchas de sangue humano?

6.2.6. Lesões produzidas por instrumentos perfurocontundentes

Não obstante certos instrumentos, como, por exemplo, a ponteira de guarda-chuva, produzirem lesões perfurocontundentes quando brandidos contra o corpo, aqui enquadraremos as lesões produzidas por projéteis de armas de fogo. Com efeito, os projéteis de armas de fogo, por sua peculiar ação, ao atuar sobre o alvo, concomitantemente perfurando-o e contundindo-o, caracterizam-se em instrumentos traumáticos perfurocontundentes. Os agentes dessa classe produzem, no organismo, lesões características, representadas por orifício de entrada, semelhante ao produzido por instrumentos perfurantes, mas com os bordos contundidos e mortificados, o trajeto e o orifício de saída, que eventualmente pode faltar, agindo, em geral, mais pela força propulsora de que são dotados, com predominância nítida da ação perfurante sobre a contundente. Os projéteis múltiplos, como os das armas de caça, podem produzir várias feridas em um único disparo.

Importa saber que os projéteis caracterizam instrumentos da classe perfurocontundentes, e as armas de fogo, simples agentes contundentes.

Estudaremos as armas de fogo, a munição, as noções gerais de balística e as lesões produzidas pelos agentes desse grupo.

6.2.6.1. Classificação das armas de fogo

Vários critérios têm sido adotados: as dimensões, o comprimento do cano, o sistema de munição, o aspecto da alma do cano, o modo de combustão e o calibre da arma.

Dimensões	portáteis	cano curto { revólveres, pistolas, garruchas
		cano longo { fuzis, mosquetões, rifles, espingardas, escopetas, carabinas, metralhadoras
	não portáteis	peças de artilharia
Munição	retocarga	por meio de pentes (pistolas) no tambor (revólveres) por balsa (garruchas e pistolas Derringer)
	antecarga	pela extremidade anterior do cano (boca)
Aspecto da alma do cano		liso ou raiado
Modo de combustão		espoleta, pederneira, pavio ou motula, percussão
Calibre da arma	real	em milímetros (Brasil, França) em centésimos de polegada (EUA) em milésimos de polegada (Inglaterra)
	nominal	número de projéteis por libra de peso

As armas portáteis, de cano curto e de cano longo, interessam particularmente para o estudo médico-legal pela frequência de uso e por produzirem lesões de gravidade variável, muitas vezes mortais, pelo projétil lançado a distância, pela súbita e violenta expansão dos gases consequentes à combustão da pólvora através da extremidade anterior aberta do cano.

As armas não portáteis, representadas pelas peças de artilharia, transportadas por animais de tração e veículos motorizados, por serem de uso exclusivamente bélico e agirem mais por explosão, não interessam à prática médico-forense.

Conforme o modo de munição, as armas de fogo podem ainda ser de retocarga, com a munição colocada em pentes, tambores e em câmaras especiais diretamente pela parte posterior do cano, e de antecarga, hoje praticamente em desuso, em que a pólvora, a bucha e os projéteis propriamente ditos são introduzidos pela boca da arma.

As armas de cano curto têm a alma do cano raiada, o mesmo ocorrendo com as de cano longo de precisão, como as carabinas esportivas empregadas no tiro ao alvo. As *raias* imprimem ao *ball bullet* movimento rotatório sobre o seu próprio eixo, no sentido dextrogiro ou levogiro, consoante sejam helicoidalmente espiraladas, respectivamente, para a direita ou para a esquerda. As espingardas de caça têm geralmente a alma do cano liso e excepcionalmente raiada. As armas de caça modernas, tipo *Hammerless*, além do cano liso, possuem um outro, esquerdo, *chokebored*, que, a certa distância da boca, tem o diâmetro menor, porém ainda liso e regularmente cilíndrico, que, diminuindo a dispersão dos grãos de chumbo, aumenta consideravelmente o seu poder de alcance. O perito, conhecedor desta particularidade, não se surpreenderá com os diferentes resultados obtidos ao experimentar cartuchos idênticos nesse tipo de espingarda.

Quanto ao modo de deflagrar a combustão, pode ser feito por pavio ou motula, pederneira, ou por espoleta previamente colocada no ouvido (armas primitivas) e por percussão na parte central ou lateral da escorva.

O melhor critério para classificação é o calibre da arma, seja em milímetros, ou centésimos ou milésimos de polegada (calibre real), ou por medidas convencionais (calibre nominal). Real é o calibre verdadeiro da arma; nominal é um calibre convencional referente à carga do cartucho contido numa libra de boticário (28,349g).

A determinação do calibre de uma arma de fogo varia nos países dos diferentes continentes. No Brasil, o calibre é real, medido em milímetros entre dois cheios da alma do cano, na boca da arma. Os americanos tomam-no junto à base do estojo do cartucho, em centésimos de polegada. Os ingleses utilizam o mesmo método, porém a medida do calibre é feita em milésimos de polegada. Disto resulta que o calibre 38 americano — 38 centésimos de polegada — corresponde ao 380 inglês, ou seja, 380 milésimos de polegada. Evidentemente, o calibre determinado por essa forma é superior ao da alma do cano da arma. O calibre nominal adotado para as armas de caça de cano liso corresponde ao número de projéteis contidos na carga, pesando no total uma libra. Desse modo, uma arma será de calibre 28 se sua carga constar de 28 projéteis uniformes, pesando no total uma libra de boticário. Exceção: nas armas para controle de motim a quantidade média de bagos de chumbo n. TTT e n. SG é de 32 e de 9 unidades, respectivamente, por cartucho.

Importa saber que, quanto maior o calibre nominal, menor será o calibre real da arma.

O calibre da arma é tomado pela introdução de duas hastas do paquímetro na alma do cano, entre dois cheios do raiamento. No projétil deflagrado toma-se a medida do calibre, por paquímetro, na superfície externa da base da bala, entre dois sulcos, dois vazios de duas raiais. Supondo esteja o projétil deformado, o perito efetuará várias medidas e concluirá pela média.

O poder de alcance de uma arma, isto é, a distância máxima a que pode lançar o projétil, é calculado pela medida do diâmetro do cano em milímetros multiplicada por 60, com velocidade inicial da bala igual ou inferior a 340m/s, à temperatura de 20°C. Dessa forma, uma arma com diâmetro de 20mm tem o poder de alcance de $20 \times 60 = 1.200$ metros. Para velocidades maiores existem tabelas de coeficientes de multiplicação, sendo a velocidade inicial determinada por cronógrafos elétricos e por computadores. Modo geral, diz-se que a velocidade inicial é em média de 250m/s para os revólveres e de mais de 700m/s nos fuzis.

Na avaliação do poder de alcance de uma arma de fogo, em razão da simetria, a trajetória deve achar-se no plano vertical que contém a velocidade inicial do projétil.

Cálculo da velocidade do projétil ao atingir o alvo

Imaginemos que um projétil do calibre 32, atingindo o corpo humano, afete apenas tecidos moles, calculando a profundidade de penetração em 1cm. Segundo Karl Sellier, a expressão abaixo fornece a penetração do *bullet* em tecidos moles:

$$B = 4,5 \frac{P}{S} \log \frac{V}{n84}$$

onde

B = penetração de projéteis, em cm;

P = peso do projétil expresso em *pond*; por exemplo, o calibre 32 equivale a 6,2 *pond*;

$$S = \text{área de secção do projétil} = \frac{\pi \times d^2}{4};$$

V = velocidade a ser calculada em m/s;

em que


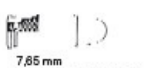




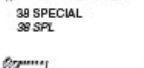
d = diâmetro do projétil em cm (por exemplo, calibre 32 é igual a 0,76cm).

Substituindo-se na expressão e tendo em mira os valores, tem-se:

V = 86m/s.

Curiosamente, afirma Karl Sellier que uma bala não perfura a pele humana se estiver com velocidade inferior a 50m/s.

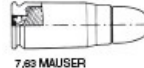
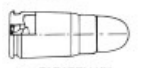
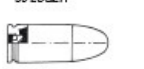
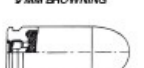
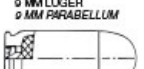
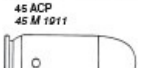

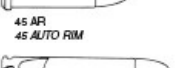
Os quadros das p. 308 e 309 especificam o peso e o tipo de *ball bullet*, o comprimento do cano, a velocidade e a energia a 4,6m da extremidade livre do provete nos disparos efetuados com cartuchos de fogo central fabricados pela Companhia Brasileira de Cartuchos (CBC), para revólveres, pistolas automáticas, carabinas, fuzis e metralhadoras.

	Bala <i>Bullet</i>	Velocidade a 4,6m da boca do cano do provete	Comprimento do cano do provete	Energia a 4,6 da boca do cano do provete	
	Peso	Tipos	Velocity at 15ft from muzzle of test barrel	Length of test barrel	Energy at 15 ft from muzzle of test barrel
	Weight	Type			
	3,24g	Encamisada	230m/s	51mm	9kgm
	50 grains	Full Metal Case	755 ft/s	2 in	65 ft lb
	4,60g	Encamisada	274m/s	102mm	18kgm
	71 grains	Full Metal Case	900 ft/s	4 in	130 ft lb
	5,50g	Chumbo	213m/s	99mm	15kgm
	85 grains	Lead	700 ft/s	3.91 in	108 ft lb
	6,25g	Chumbo	236m/s	135mm	18kgm
	96 grains	Lead	775 ft/s	5.32 in	130 ft lb
	8,10g	Chumbo	236m/s	135mm	22kgm
	125 grains	Lead	775 ft/s	5.32 in	159 ft lb
	10,24g	Chumbo	274m/s	196mm	39kgm
	158 grains	Lead	900 ft/s	7.71 in	282 ft lb
	10,24g	SE PO*	438m/s	254mm	124kgm
	158 grains	SJ HP*	1600 ft/s	10 in	897 ft lb
		SJ SP**			

* Semiencamisada Ponta Oca — *Semi Jacketed Hollow Point*

** Semiencamisada Ponta de Chumbo — *Semi Jacketed Soft Point*

NOTA: Espoleta tipo Berdan com mistura iniciadora não corrosiva e não mercúrica.

	Bala <i>Bullet</i>	Velocidade	Comprimento do cano do proвете	Energia a 4,6 da boca do cano do proвете	
	Peso <i>Weight</i>	Tipo <i>Type</i>	<i>Velocity</i>	<i>Length of test barrel</i>	<i>Energy at 15 ft from muzzle of test barrel</i>
	5,57g <i>86 grains</i>	Encamisada <i>Full Metal Case</i>	380m/s (2) <i>1247ft/s (2)</i>	127mm <i>5 in</i>	40Kgm <i>289 ft lb</i>
	6,03g <i>93 grains</i>	Encamisada <i>Full Metal Case</i>	363m/s (3) <i>1190 ft/s (3)</i>	114mm <i>4.5 in</i>	39kgm <i>282 ft lb</i>
	6,16g <i>95 grains</i>	Encamisada <i>Full Metal Case</i>	285m/s (1) <i>935 ft/s (1)</i>	102mm <i>4 in</i>	25kgm <i>181 ft lb</i>
	8,03g <i>124 grains</i>	Encamisada <i>Full Metal Case</i>	384m/s (5) <i>1260 ft/s (5)</i>	199mm <i>7.85 in</i>	59kgm <i>427 ft lb</i>
	14,90g <i>230 grains</i>	Encamisada <i>Full Metal Case</i>	253m/s (2) <i>830 ft/s (2)</i>	114mm <i>4.5 in</i>	47kgm <i>340 ft lb</i>
	14,90g <i>230 grains</i>	Encamisada <i>Full Metal Case</i>	—	—	—
	14,90g <i>230 grains</i>	Chumbo <i>Lead</i>	245m/s (2) <i>804 ft/s (2)</i>	152mm <i>6 in</i>	44kgm <i>318 ft lb</i>
	7,10g <i>110 grains</i>	Encamisada <i>Full Metal Case</i>	550m/s (4) <i>1805 ft/s (4)</i>	460mm <i>18 in</i>	107kgm <i>774 ft lb</i>

6.2.6.2. Munição

Nas armas de antecarga, “de carregar pela boca”, a munição é introduzida pelo cano do seguinte modo: primeiro a pólvora e a bucha, que são comprimidas moderadamente por uma vareta apropriada ou até improvisada, e, a seguir, o projétil ou os projéteis e nova bucha. A deflagração inicial da carga é feita pela percussão da espoleta pelo “cão”, colocada em orifício lateral da arma, chamado “ouvido”, acionada a tecla.

Gatilho é o mecanismo disparador da espoleta formado pelo percussor e pela tecla.

Nas armas de retrocarga, que recebem a carga pela culatra, a munição é representada pelo cartucho, constituído por cinco elementos: cápsula ou estojo, escorva, bucha, projétil e pólvora.

A *cápsula* pode ser de liga metálica amarelada ou branca ou de papelão prensado colorido e contém a pólvora, a bucha, a escorva e, em sua extremidade apical, incrustado, o projétil cilindro-cônico ou achatado, dito “canto-vivo”, ou então, quando seu uso se destina às armas de caça, de múltiplos chumbos esféricos em seu interior. Tem importância pericial principalmente para caracterizar os tipos de armas.

A *escorva* é a parte da munição correspondente à *espoleta*. É sobre esta que o percussor da arma age, acionado o gatilho, produzindo centelha que inflama a pólvora e deflagra a explosão. Contém principalmente *fulminato de mercúrio* ou *estifnato de chumbo* colocado nos cartuchos de percussão central numa cápsula metálica engastada no centro da sua base ou, nos que admitem picote lateral, em toda a sua orla.

A *bucha* é um disco de pequena espessura confeccionada com cartão, feltro, couro, cortiça ou metal, destinada a separar a pólvora do projétil.

A *carga* é constituída pela pólvora, sendo mais usadas a negra, antiga ou com fumaça, e a piroxilada, moderna ou sem fumaça.

A pólvora negra é formulada quimicamente por uma mistura de carvão, enxofre e salitre, gozando da propriedade de inflamar-se rapidamente, resultando da combustão intensa fuligem. Inflamada em espaço fechado, detona os gases, desenvolvendo quase instantaneamente o máximo de sua força viva.

A pólvora piroxilada é basicamente constituída por algodão-pólvora ou nitrocelulose. Chamada impropriamente de pólvora sem fumaça, queima rapidamente produzindo intensa expansão dos gases (1 grama gera 900cm³ de gases), deixando poucos resíduos fuliginosos, por combustão completa.

Após o disparo, exteriorizam-se violentamente pela boca do cano, acompanhando o projétil a curta distância, os gases de explosão, a chama, os grãos incombustos, a bucha ou resíduos e fuligem.

Os gases de explosão, em tiro encostado, produzem lesões de monta, tegumentares (*buracos de mina*) ou, quando insinuam-se no trajeto do projétil, viscerais. A excepcional violência dos gases de explosão pode ocasionar fraturas múltiplas das três lâminas da caixa craniana, com acentuada destruição da massa encefálica. Ocorre fato idêntico com os tiros deflagrados dentro da boca, por cartucho de festim.

A chama consequente à combustão da pólvora exterioriza-se em forma de cone, tanto maior quanto mais antiga for a arma, podendo causar queimaduras da pele, dos pelos e das vestes.

Os grãos incombustos da pólvora atuam como projéteis secundários que, incrustando-se na pele, determinam lesões denominadas “tatuagens das armas de fogo”, de cor negra, cinzenta ou esverdeada, consoante seja a pólvora negra ou piroxilada, constituindo-se em elemento de importância médico-judiciária para determinar o tipo de munição e a distância do tiro.

Nos tiros encostados, com a arma apoiada, é possível a penetração da bucha ou de seus resíduos no organismo.

A fuligem é responsável pelo chamado negro de fumo, mancha esfumada sobre a pele nos tiros com a arma apoiada ou à queima-roupa, que analisaremos quando estudarmos as lesões produzidas pelos instrumentos perfurocontundentes.

Nas armas antigas o projétil empregado era esférico. Nas armas de caça de cano liso os projéteis são grãos de chumbo esféricos, moles ou endurecidos. Nas armas de cano raiado o projétil consta da bala cilindrocônica, ou de *bullet* sem ogiva, achatado em sua extremidade anterior, dito “canto-vivo”, comumente empregado nos exercícios de tiro ao alvo por marcar acentuadamente o orifício na cartolina, facilitando a contagem dos pontos alcançados pelo atirador, e por conferir ao tiro maior precisão comparativamente ao projétil esférico, único, utilizado nas armas primitivas. Atualmente os projéteis esféricos são empregados apenas nas armas de caça de cano liso. Os cilindro-cônico e canto-vivo o são pelas armas raiadas — pistolas, revólveres, carabinas —, podendo, porém, eventualmente ser usados em armas de cano liso. São constituídos por chumbo endurecido, podendo ou não ser revestidos por uma camisa *maillechort* ou de outra liga adequada, que lhes confere maior resistência e impede que se deformem, fragmentem, sofram esmagamento e desvio de direção por obstáculo interposto em sua trajetória.

Projétil disparado por armas de grande calibre — 38, 44, 45, Magnum —, contra a cabeça, difunde, conforme o *princípio de Pascal*, intensa força viva ao líquido cefalorraquidiano e ao encéfalo, determinando súbito e violento aumento da pressão hidrostática, que, literalmente, estala o crânio.

E se a calvária é atingida tangencialmente por um projétil de arma de fogo, ocorre uma fragmentação extensa e múltipla da tábua óssea interna sendo as esquírolas resultantes, animadas por intensa força viva, projetadas a modo de *bullets* secundários na dura-máter e no cérebro, ocasionando-lhes um foco superficial de contusão e considerável destruição de sua massa.

6.2.6.3. Noções de Balística

A Balística estuda os mecanismos de disparo do projétil e seus vários movimentos dentro do cano da arma e no exterior. Divide-se, assim, em Balística interior e Balística exterior.

A Balística interior estuda os movimentos do projétil no interior do cano, a pressão dos gases, a velocidade inicial do *bullet* e a sua relação com a velocidade de recuo, a natureza da carga empregada e a sua influência quanto ao peso da bala, quanto ao calibre e o comprimento do cano. No interior do cano, pela violenta expansão dos gases, o projétil deflagrado está animado de grande velocidade e de movimentos de rotação em torno de seu maior eixo, originados pelas raiais helicoidais, espiraladas ora para a direita, ora para a esquerda, e número variável, visando garantir trajetória estável.

A Balística exterior estuda a origem da trajetória, a trajetória, a linha e o plano de tiro, o ângulo de tiro, a linha de mira, a linha e o ângulo de sítio, o alcance. Estuda, ainda, os movimentos do projétil no espaço e a influência que sobre ele exercem a força viva, a gravidade e a resistência do ar. Ao longo de sua trajetória, o projétil é acompanhado por ondas aerodinâmicas, subsônicas ou supersônicas, conforme seja a velocidade inferior ou superior à velocidade do som, vale dizer 340m/s, e por movimentos de impulsão, de rotação, vibratórios e de báscula, descrevendo nos percursos longos uma parábola. Dessa forma, um projétil disparado por revólver especial, calibre 38, por munição convencional, a 50 metros, atinge, em geral, o alvo 5cm abaixo do ponto mirado. Em alvo vertical (tronco de árvore, como exemplo) a 200 metros, devido à parábola que descreve, o projétil alcança o alvo 1,5m, ou mais, abaixo do ponto visado, se a mirada for oblíqua de aproximadamente 45° para o alto.

Interessa ao perito conhecer Balística para solucionar questões referentes às armas de fogo, permitindo-lhe esses conhecimentos determinar qual a arma de que proveio um projétil conhecido ou, apresentados o *bullet* e várias armas, apontar com certeza qual dentre elas o disparou.

6.2.6.4. Estudo das lesões produzidas por projéteis de armas de fogo

As lesões perfurocontundentes produzidas por projéteis de armas de fogo ensejam o estudo da ferida de entrada, do trajeto e do orifício de saída, a forma e a dimensão, e os elementos de vizinhança que habitualmente as acompanham.

Ferida de entrada

Pode ser consequente a projétil único ou a projéteis múltiplos e, ainda, dependente da distância de disparo, aos gases provenientes da combustão da pólvora e à bucha e seus resíduos.

Na pele o projétil ocasiona o *orifício de entrada e elementos de vizinhança* ou *zona de contornos*, alguns constantes, qualquer que seja o tipo de tiro, como a orla de contusão e o halo de enxugo, e outros que podem faltar, condicionados à distância do disparo, como a tatuagem, as queimaduras e o negro de fumo. Citamos, como exemplo, o tiro disparado a distância, por arma raiada, que sempre imprime na pele a *orla de contusão*, por mortificação e desepitelização dos tecidos, e a *orla de enxugo*, faltando os demais elementos do disparo referido.

Convém estudar a forma e a dimensão do orifício de entrada produzido na pele por projéteis de armas de fogo.

Quanto à forma: o projétil cilindrocônico disparado a distância, atingindo a pele de raspão, sem perfurá-la, produz apenas escoriações alongadas. Obviamente não se falará, então, em ferida de entrada. Exercendo, porém, ação perfurocontundente, produz, em geral, orifício de entrada aparentemente circular, redondo (tiro perpendicular), oval, linear ou em fenda (tiro inclinado ou em região abaulada), lembrando lesão determinada por instrumento perfurante, pois, não atuando os gases e demais elementos da munição, o projétil limita-se a afastar as fibras cutâneas, sem seccioná-las. Nos tiros à queima-roupa, dependendo da incidência do disparo, o orifício de entrada assume forma arredondada ou ovalar, circundado por todos os *elementos de vizinhança* se a arma que o efetuou tiver a alma do cano raiada. Nos tiros apoiados, além do projétil, atuam violentamente os gases, dilacerando os tecidos moles, levantando-os e originando orifício de entrada anfractuoso, irregular, denteado ou com entalhes, algumas vezes com as margens evertidas, pelo efeito “*de mina*”. Ademais, em geral, a *zona de tatuagem* e o *negro de fumo* não estão nitidamente caracterizados, pois todos os componentes da carga penetram no orifício de entrada.

Encontrando o projétil tecido ósseo subjacente à pele, determina orifício de entrada de forma típica, estrelada ou raiada.

No que concerne à dimensão, de conformidade com a distância do disparo, a resistência dos tecidos e a do próprio projétil, o orifício de entrada pode ser igual, menor ou maior do que o calibre da bala. Nos tiros a distância, os projéteis cilindrocônicos produzem, em geral, orifícios menores que o diâmetro da bala porque esta deprime a pele em dedo de luva até o limite máximo de sua capacidade elástica; perfurada, a pele retorna a seu ponto primitivo e a retração das fibras elásticas reduz as dimensões do orifício. Nos disparos a curta distância e nos encostados, mais que o projétil, a ação dos gases originados pela pólvora combusta e de alguns elementos constitutivos da munição ocasionam uma verdadeira explosão dos tecidos, determinando orifício de entrada maior ou igual ao calibre da bala. Ocorre fato idêntico pela diminuição da força viva, pela inclinação do alvo ou se, antes de percuti-lo, o instrumento perfurocontundente se houver deformado em superfícies resistentes. O orifício de entrada será, em geral, pouco maior quando o projétil deflagrado, sobretudo a curta distância, é esférico. Nas cartilagens as dimensões do orifício de entrada habitualmente são iguais às do projétil, favorecendo a determinação de seu possível calibre.

Os bordos desses orifícios podem voltar-se para dentro, devido à ação do projétil e da elasticidade da pele, constituindo exceção a “*câmara de mina de Hoffmann*”, já referida, em que há dilaceração e até eversão das margens.

A *orla de contusão, orla desepitelizada* de França, *orla erosiva* de Piedelièvre e Desoille ou *anel de Fisch* é uma área pequenina, milimétrica, que circunda o orifício de entrada, consequente à escoriação tegumentar produzida pelo impacto rotatório e atrito do projétil, que inicialmente tem ação contundente, de forma concêntrica ou circular nos tiros perpendiculares, e ovalada ou fusiforme nos casos de incidência oblíqua, sendo tanto mais pronunciada quanto mais próximo for deflagrado o tiro. Tem, portanto, a *orla de contusão* valor para a determinação da direção do tiro.

O *halo de enxugo* ou *de limpeza*, embora menos frequente nos tiros apoiados em virtude de outras ações que se verificam, à maneira da *orla de contusão*, também é característica do orifício de entrada. É, em geral, de cor escura e produzida pelo movimento rotatório do projétil disparado por arma raiada, por adaptação da bala às margens do orifício de entrada enxugando-a dos resíduos de pólvora, graxa, sarro da arma, fragmentos de indumentária etc. É concêntrico, circular nos tiros perpendiculares e ovalares ou elípticos nos tiros oblíquos.

Ambas, *orla de escoriação* e *orla de limpeza*, podem ser perfeitamente demonstradas histologicamente num corte seriado da pele ao nível do orifício de entrada do projétil.

A *zona de tatuagem* verdadeira resulta dos disparos à queima-roupa ou apoiados, pelos grânulos de pólvora combusta ou incombusta, que acompanham a bala de perto e, como verdadeiros projéteis secundários, incrustam-se mais ou menos profundamente na pele da região atingida. Circular, e dependendo da maior ou menor proximidade da arma ao efetuar o disparo, podendo até ser indelével, margeia o orifício de entrada como um anel de coloração uniformemente escura com a pólvora negra, porque os grânulos se agrupam e se confundem, e de cor variada, com a pólvora piroxilada, sem fumaça. O exame acurado por meio de lupa do maior ou menor agrupamento dos grânulos de pólvora e do formato circular ou ovalar da zona de tatuagem tem valor para diagnosticar o orifício de entrada e para determinar a distância do disparo, a incidência do tiro e a natureza da carga. É importante saber que a *zona de tatuagem* não pode absolutamente ser encontrada no orifício de saída, podendo, ainda, faltar na ferida de entrada, mesmo nos disparos à queima-roupa, sendo, então, encontrada nas vestes que retiveram os grânulos de pólvora. Ela é fixa, mais ou menos profunda e não se remove pela limpeza comum, diferindo nisto do negro de fumo e da *zona de tatuagem falsa*, aposição superficial de grânulos incombustos na pele, que desaparece facilmente pela água.

O negro de fumo é formado pela deposição da fuligem resultante da combustão da pólvora ao redor do orifício de entrada, nos tiros próximos, que recobre e ultrapassa a zona de tatuagem. É sinal valioso para indicar o orifício de entrada, a incidência do disparo e também para apontar suicídio, quando presente na superfície externa da lâmina óssea craniana (sinal de Benassi) onde, a modo dos tiros perpendiculares, assume forma estrelada. Tem ainda particular importância para indicar o atirador, pela amostra dos resquícios da combustão da pólvora aderida à sua mão e colhida tecnicamente pela chamada “*luva de parafina*” moldada sobre a região, que se impregna de fuligem, nitratos e de outros componentes (nitratos) da carga.

A *luva de parafina* ou prova de Iturrioz é explicada do modo seguinte: efetuado o disparo com arma de fogo portátil, parte dos gases, de partículas de pólvora combusta e incombusta e de chumbo e cobre são expelidas pelas gretas existentes entre as câmaras do tambor e o cano, ou pela janela de ejeção da cápsula ou estojo, nas pistolas automáticas, impregnando superficialmente ou, por vezes, até penetrando profundamente na derme, principalmente dos dedos polegar, indicador, médio e a prega interdigital, da mão que empunha arma. A moldagem de parafina objetiva aprisionar parcelas significativas das partículas que na pele se achavam incrustadas, para posterior exame, e deve ser processada em ambas as mãos. Impende-nos, neste momento, afirmar que o resultado desta prova deve ser visto com cautelosa reserva, pois sabido é que, em numerosos tipos de armas de fogo portáteis, tem sido possível efetuar sucessivos disparos, sem haver resíduos detectáveis nas mãos de quem os deflagrou.

Hodiernamente, tiras de esparadrapo são colocadas em ambas as mãos de quem se suspeita tenha efetuado os disparos, nas regiões em que, amiúde, se incrustam os resíduos de combustão da pólvora e as partículas de chumbo ou de cobre e, em seguida, retiradas para competente exame. Revelados tais resíduos, tem esta prova valor para indicar, com reserva, que o examinando disparou, recentemente, uma arma de fogo e não para provar que ele foi realmente o autor do tiro incriminado. Certo é que resultados negativos não evidenciam, necessariamente, que o inculcado não tenha utilizado arma de fogo.

Os produtos residuais da combustão de explosivos (nitrato de potássio, nitrito de potássio, sulfeto de potássio, sulfeto de chumbo, hidrogênio-sulfeto, sulfidreto, tiocianato de potássio, carbonato de potássio, carvão, fulminato de mercúrio, estifinado de chumbo) podem ser ainda encontrados no corpo da vítima, nas vestes desta e do atirador, no estojo vazio, no cano e nas câmaras do tambor das armas de fogo.

As queimaduras são produzidas pela chama em cone dos gases superaquecidos que, nos tiros apoiados e a curta distância, provocam o chamuscamento das vestes, dos pelos e da pele atingida.

Finalmente, algumas vezes tem sido possível detectar a aréola equimótica, violácea, quase superficial e medianamente difusa, em derredor do orifício de entrada, ocasionada pela ruptura de pequenos vasos capilares.

Tem importância para afirmar que o orifício foi produzido por projétil de arma de fogo e não por objeto perfurante.

Trajeto

Trajatória é o caminho descrito pelo projétil desde seu ponto de disparo até percutir o alvo. *Trajeto* é o percurso seguido pelo projétil dentro do alvo. Ao perito médico-legal interessa conhecer a trajetória e o trajeto. Estudaremos apenas o trajeto do projétil dentro do organismo.

O trajeto é dito *aberto* quando tem orifício de saída, e em fundo cego ou fundo de saco quando termina em cavidade fechada. Nos trajetos abertos, obviamente, o projétil não pode ser encontrado no organismo; sê-lo-á, então, muitas vezes, no local de morte ou nos objetos e paredes do lugar examinado. Nos trajetos *fechados*, a bala habitualmente se localiza na extremidade final, envolta pelos tecidos mortificados e por massa sanguínea, o que orienta o seu rastreamento. A luz do trajeto tendo coágulo constitui elemento de valor para indicar fenômeno vital. Regra geral, a modo do que ocorre com a maioria dos casos de pesquisa de corpo estranho no organismo, encontrar a bala pode-se tornar muito difícil, porque o trajeto nem sempre se faz em linha reta e assume os mais caprichosos itinerários (chamados *fenômenos da bala giratória*), não sendo rara a introdução de projétil nas cavidades naturais (estômago, intestinos) ou no interior de vasos calibrosos como a aorta, as artérias hipogástricas etc., impondo, para sua detecção, exames radiológicos.

O diâmetro do trajeto retilíneo é igual ao do projétil; será maior e tortuoso quando ele se deforma ou arrasta consigo esquirolas e/ou corpos estranhos — fragmentos de botões, dentes, buchas etc. no seu percurso. O trajeto de uma bala pode, portanto, ser *simples*, ou seja, uma linha reta entre os orifícios de entrada e de saída, ou ter *desvio angular*, de *retorno* e de *contorno*, ou ainda ser *ramificado* ou *múltiplo*, quando há fragmentação de projétil e/ou de corpos estranhos alheios à munição dentro do organismo.

O trajeto pode ser único ou múltiplo. Pode, ainda, único inicialmente, transformar-se em múltiplo pela ação de corpos estranhos fragmentados. Será, no início, múltiplo, quando o agente perfurocontundente são projéteis múltiplos, como os deflagrados por armas de caça (espingardas). Novos trajetos podem-se formar sob ação de projéteis de pontas rombas, seccionadas — como as balas dum-dum, condenadas pelas leis de guerra —, e as explosivas, que contêm uma espoleta de fulminato de mercúrio e pólvora em seu interior, que, dentro do organismo, deflagra a explosão. Essa explosão é possível, também, pela ação da força viva do projétil em órgãos contendo líquidos, como o estômago e a bexiga cheia. O projétil pode acompanhar a superfície reta ou curva de um plano ósseo, em trajeto retilíneo, lesando apenas a tela celular subcutânea. Ricocheteando na superfície da calvária poderá provocar fraturas cominutivas, as esquirolas agindo como verdadeiros projéteis secundários, lesando indiretamente a massa encefálica e causando a morte.

É vedado ao perito ou ao cirurgião extrair a bala do corpo empregando instrumentos metálicos, ou rastreá-la com sonda feita de metal ou com tentacânula a fim de que os exames de balística não sejam falseados inadvertidamente em seus resultados.

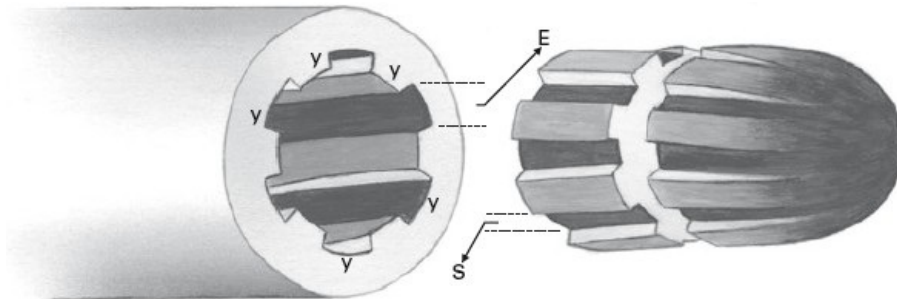


Figura 33. Elementos de identificação de um projétil.

Os sulcos oblíquos (S) e suas estrias características (E) são lavrados pelas arestas helicoidais que separam as raiais do cano (C. Simonin, *Medicina legal judicial*).

Orifício de saída

Não pode absolutamente existir no trajeto em fundo de saco. Se o projétil transfixar o corpo ou seu segmento, formar-se-á o orifício de saída, de interesse secundário por não possuir caracteres próprios. Desse modo, os *elementos de vizinhança* integrantes do orifício de entrada não estão nele presentes. A natural diminuição da força viva da bala, ao atravessar o organismo, enseja orifício de saída, em geral, maior e mais sangrante que o de entrada, com as bordas evertidas e fragmentos de tecidos pendentes. Nos disparos a distância, os projéteis cilindrocônicos determinam o orifício de saída *linear*; será, no entanto, sempre *irregular*, qualquer que seja a distância do disparo, se o projétil se deforma ou arrasta consigo projéteis secundários.

6.2.6.5. Causa jurídica da lesão

Pode ser homicida, suicida ou acidental.

Tiros múltiplos assestados nas costas, tórax, abdome e membros apontam homicídio.

A preferência por certos *pontos de eleição* — têmporas, ouvidos, precórdio e boca — indicam suicídio. A presença de arma, com cartucho ou cartuchos deflagrados, segura energeticamente pela corronha, na mão do cadáver, afirma suicídio desde que o indivíduo não tenha sido vitimado por tiro desfechado pelo agressor no momento em que a empunhava. Evidentemente, se nenhum cartucho foi disparado, será homicídio. O diagnóstico diferencial far-se-á, então, também pela deposição fuliginosa consequente à combustão da pólvora e, eventualmente, de pequenos ferimentos produzidos pelo recuo da arma entre o polegar e o indicador, esses sinais argumentando, desnecessário dizer, a favor de suicídio.

O chamado “tiro pela culatra”, motivado pela menor resistência da arma relativamente à carga empregada ou por obstrução do cano, é sempre acidental. Diga-se o mesmo sobre disparo de projétil, sempre único, que mostra, em geral, ângulos caprichosos. Argumentam, por fim, a favor de acidente as armas exóticas, de fabricação caseira, confeccionadas com barras de ferro, canos de guarda-chuva etc., que literalmente explodem ao ser disparado o tiro.

6.2.6.6. Classificação dos tiros quanto a distância

Consoante a distância com que são disparados, classificam-se em tiros com arma apoiada ou encostados; tiros a curta distância ou à queima-roupa; tiros de longe ou de longa distância.

A) Tiros com arma apoiada ou encostados

São os tiros disparados com a boca do cano da arma contatando intimamente com a superfície do alvo. Determinam no organismo ferida de entrada em “*câmara de mina*”, pela ação da força viva do projétil aumentando a pressão hidrostática, pela violenta expansão dos gases de explosão anfractuando os tegumentos, pelo escurecimento do orifício de entrada e do início do trajeto por deposição de pólvora incombusta e pelo negro de fumo. Estão, desse modo, presentes, indistintamente, todos os *elementos de vizinhança*, inclusive queimaduras, sendo a determinação da trajetória do *bullet* impossibilitada pela intensidade cataclísmica das lesões da ferida de entrada.

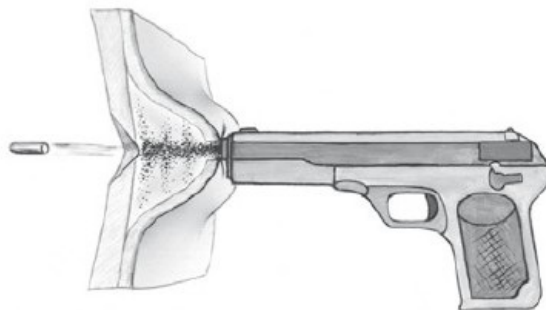


Figura 34. Tiro encostado. A boca da arma se apoia no alvo (Arne Svensson, Otto Wendell etc.).

B) *Tiros a curta distância ou à queima-roupa*

Determinam orifício de entrada irregular, igual ou, como ocorre frequentemente, por ainda atuar a violenta ação expansiva dos gases, maior do que o calibre do projétil. A *zona de tatuagem* supõe disparo à distância de 30 a 75 centímetros, ou mais; presente o *negro de fumo* circundando estelardamente o orifício de entrada, admite a distância de 10 a 30 centímetros. O negro de fumo ou zona de esfumaçamento, “em afastamento do alvo até 35cm é de pequeno diâmetro, mas muito concentrada e de contorno nítido, formando camada espessa e opaca, a qual oculta completamente os vestígios da orla de enxugo e os possíveis efeitos secundários das queimaduras. À medida que o diâmetro cresce, a zona de esfumaçamento vai tornando mais tênue a deposição dos resíduos, cuja concentração diminui do centro para a periferia, com crescente perda de nitidez dos bordos” (apud Milton M. C. Farignoli e Alice H. Takai, *Da praticidade em criminalística dos testes para residuografias*). *Orla de contusão* e *zona de tatuagem* circulares ao redor do orifício de entrada indicam plano de tiro perpendicular à pele; serão ovaladas ou elípticas nos tiros de direção oblíqua em que o orifício de entrada da bala ocupa o polo oposto da *orla de contusão* e da *tatuagem*.

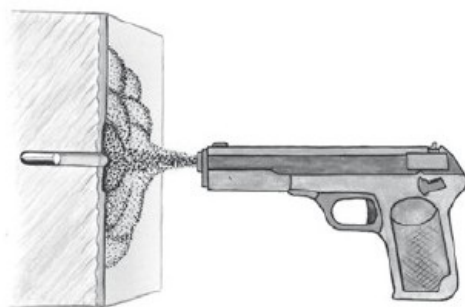


Figura 35. Tiro à queima-roupa ou de perto. A boca da arma encontra-se a pouca distância do alvo (Arne Svensson e Otto Wendell etc.).

C) *Tiros de longe ou de longa distância*

O orifício de entrada é habitualmente menor do que o diâmetro do projétil, de aspecto circular, quando o agente perfurocontundente incidir perpendicularmente sobre a superfície da pele, e oblíquo, ovalado, ou fusiforme, quando atingir alvos inclinados ou abaulados. Excetuadas a *orla de contusão*, o *halo de enxugo* e a *aréola equimótica* (nem sempre presente), todos os demais *elementos de vizinhança* não podem absolutamente ser encontrados na ferida de entrada.

Importa saber que nos disparos feitos de longe é a situação topográfica da *orla de contusão* ou *orla desepitelizada* de França, em relação ao orifício de entrada, o elemento de vizinhança de maior valor para testemunhar a direção da trajetória do projétil. Assim, os tiros perpendiculares ao plano da pele formam *orla de contusão* circular que contorna como um halo milimétrico o orifício de entrada e, nos disparos oblíquos, é em crescente, com a margem mais larga correspondendo à direção oblíqua do projétil.

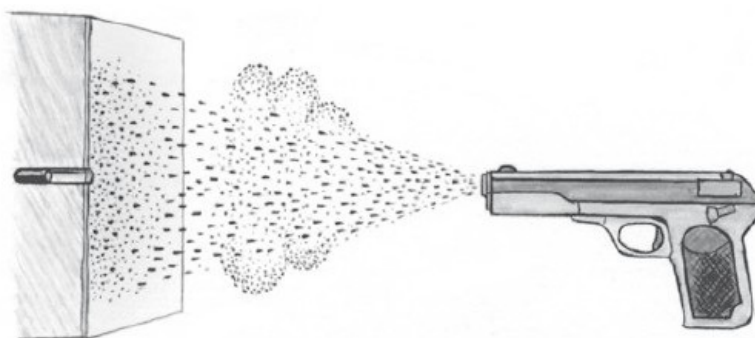


Figura 36. Tiro à queima-roupa ou de perto. A boca da arma acha-se a pouca distância do alvo.

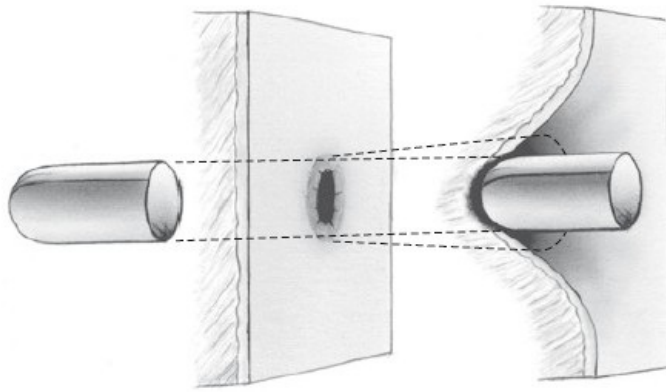


Figura 37. Tiro a distância. O projétil percute os tecidos e os leva diante de si, rompe-os e neles se limpa, formando a orla de contusão e enxugo.

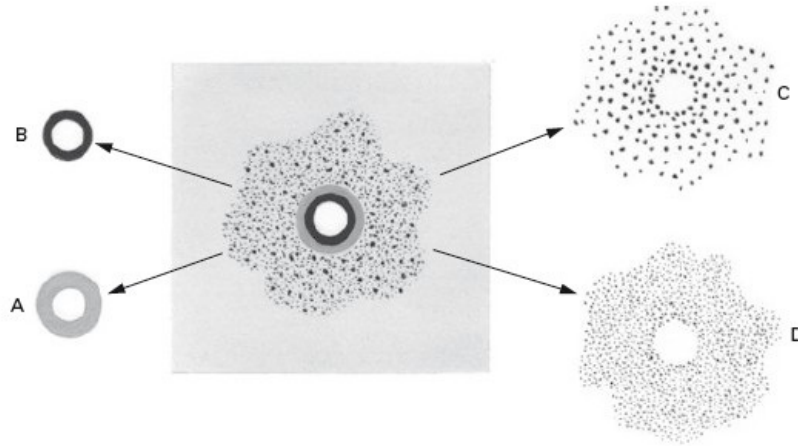


Figura 38. Figura esquemática mostrando o que se pode encontrar no orifício de entrada no ferimento por projétil único. A — Orla de contusão; B — Orla de enxugo; C — Zona de tatuagem; D — Zona de esfumaçamento.

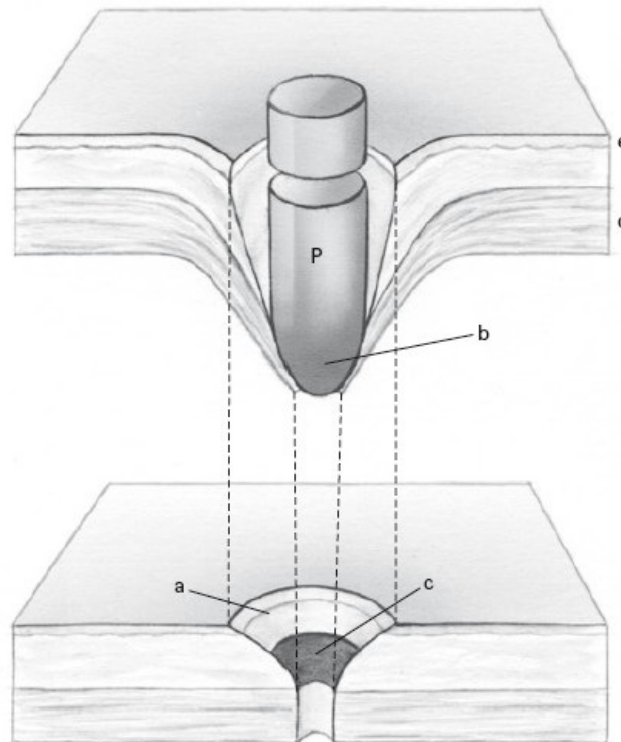


Figura 39. Mecanismo de formação das orlas de contusão e de enxugo.
 P. projétil deprimindo a derme em dedo de luva;
 b. graxa transportada pelo projétil e depositada em "d";
 c. orla de enxugo ou de limpeza;
 a. orla de contusão, oriunda da escoriação epidérmica "e".

Armas de caça (projéteis múltiplos)

As armas de cano liso, de caça, atiram projéteis múltiplos esféricos, que produzem diferentes tipos de lesões, de conformidade com o seu calibre e, principalmente, com a distância do disparo.

Nos tiros com arma apoiada, esses projéteis múltiplos determinam o efeito “em mina”, com a presença de todos os *elementos de vizinhança*, não sendo, no entanto, a *orla de contusão* e o *halo de enxugo* nitidamente caracterizados.

Nos tiros a curta distância ou à queima-roupa, formam-se um orifício central maior e inúmeros outros menores, originados pelos grãos de chumbo dispersos. Disparo efetuado através de cano liso *chokebored* até a um metro de distância produz um único orifício de entrada como se o tiro fosse de uma só bala.

Os tiros de longe determinam a formação da chamada *rosa do tiro*, pela dispersão progressivamente cônica dos projéteis na sua trajetória até incidirem sobre o alvo. Tem valor médico-legal para indicar a distância relativa do tiro, quando o perito tem em mãos a arma e a mesma munição empregada pelo disparo agressor, pois quanto mais longa a trajetória, maior será o afastamento e a dispersão cônica dos projéteis entre si, vale dizer, ampliando a circunferência da *rosa do tiro*.

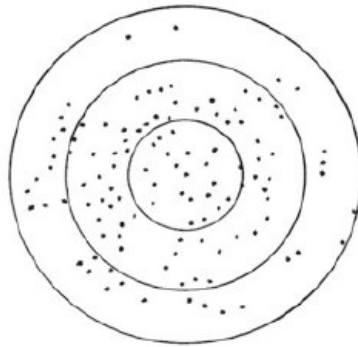


Figura 40. *Rosa do tiro* disparado a 35m de distância com arma de caça calibre 16, cano liso: 131 grãos de chumbo no alvo em um círculo de 0,75m de diâmetro.

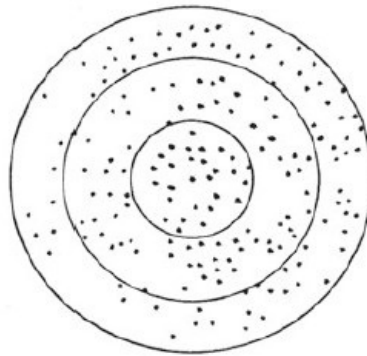


Figura 41. *Rosa do tiro* disparado a 35m de distância através do cano *chokebored* da arma anterior; 180 grãos de chumbo no alvo em um círculo de 0,75m de diâmetro.

6.2.6.7. Perícia médico-legal

O perito examinará acuradamente a arma e as impressões digitais porventura nela encontradas, a raiiação da alma do cano, o mecanismo de disparo etc.

O projétil encontrado na necropsia, ou no local do crime, será pesado e medido, registrando o perito no laudo o seu calibre, o comprimento, as impressões do raiamento, se retas, dextroversas ou sinistroversas, ou seja, obliquamente dirigidas para a direita ou para a esquerda, e a *estriação lateral fina* deixada pelas ranhuras da arma suspeita imperfeitamente usinada, examinadas diretamente ao microscópio ou fotografadas com um aumento de quatro diâmetros.

Nos projéteis nus, a impressão indumentária tem valor para indicar se, ao ser ferida, a vítima se encontrava ou não despida, o tipo de tecido da roupa que trajava, a distância do tiro etc.

O exame da escorva é também de grande importância porque o percussor deixa impressões centrais ou excêntricas sobre a espoleta, a observação minudente, especialmente do fundo da mesma, permitindo ao competente afirmar se a cápsula deflagrada pertence ou não a determinada arma.

As cargas de espoletamento modernas de cartuchos de munição dotados de projétil único eram até 1977 carregadas com iniciadores à base de fulminato de mercúrio e peróxido de chumbo; após essa data, as cargas de espoletamento são carregadas com iniciadores à base de estifnato de chumbo II e nitrato de bário. Observa-se, então, que tanto os cartuchos de munição atualmente fabricados pela CBC quanto os antigos apresentam, como produto residual constante, o cátion chumbo II. Não obstante, pode-se diferenciar perfeitamente bem as escorvas de espoletamento à base de fulminato de mercúrio e à base de estifnato de chumbo, pela observação da coloração das mesmas: as primeiras são branco-acinzentadas e as segundas, amarelas.

6.2.6.8. Deflagração retardada de cartucho

Podem ocorrer uma deflagração retardada de um cartucho percutido, mas que no momento da percussão não detonou sua espoleta nem deflagrou sua carga de projeção?

Em cartuchos de fabricação recente pode iniciar-se o processo de deterioração da pólvora e com isso permitir a ocorrência de uma deflagração retardada, devido a uma combustão lenta, não instantânea, da pólvora do cartucho?

Antes de apresentarmos as respostas às perguntas formuladas, convém lembrar alguns aspectos referentes à carga dos cartuchos, consoante as informações de caráter geral e as informações específicas das munições CBC, gentilmente prestadas pela Companhia Brasileira de Cartuchos, *ipsis verbis*:

“1 — *Informações de Caráter Geral*

a) Os elementos constituintes das diferentes munições, passíveis de decomposição, são:

- pólvora;
- mistura iniciadora (na cápsula).

Evidentemente, cada um desses componentes químicos pode degradar-se sem que isso signifique que o mesmo fato tenha sucedido o outro. Entretanto, ocorrendo essa degradação a qualquer um deles, o comportamento da munição fica comprometido.

b) Destes dois elementos, a pólvora é o que mais preocupa, uma vez que no processo de sua decomposição há formação de vapores nitrosos, que atuam como agentes aceleradores da decomposição. A reação química, no caso, é exotérmica e pode elevar a temperatura a ponto de provocar a combustão do material. Existe, portanto, também um problema de segurança a ser considerado.

c) No caso específico das pólvoras, uma série de fatores, entre os quais o tipo, se de base simples ou dupla, devem ser levados na devida conta, sempre se admitindo que tenham sido fabricadas dentro da melhor técnica. Todas essas pólvoras possuem componentes denominados estabilizadores, cuja função é retardar a decomposição da nitrocelulose ou nitroglicerina, produtos estes que compõem a quase totalidade da massa das pólvoras.

Em outras palavras, tais estabilizadores vão sendo consumidos com o passar do tempo, e é exatamente no ponto em que estiverem totalmente consumidos que a pólvora entra em processo de acelerada decomposição.

d) As pólvoras de base simples, de modo geral, são mais estáveis que as de base dupla. Porém, são mais higroscópicas. Em termos de comportamento balístico, as pólvoras de base simples podem mostrar variações de velocidade mais apreciáveis, conforme seu teor de umidade. Todavia, resistem melhor quando estocadas em ambientes quentes.

e) No que diz respeito à mistura iniciadora, a CBC já abandonou as misturas à base de fulminato de mercúrio e passou a empregar exclusivamente misturas não corrosivas à base de estífnato de chumbo. Essas últimas são muito mais estáveis e, conseqüentemente, de vida mais longa.

2 — Informações Específicas das Munições CBC

a) Todos (sem exceção) os cartuchos fabricados pela CBC são impermeabilizados na junção do estojo com a cápsula, o que evita a penetração de umidade, óleo etc.

b) Algumas munições CBC para pistolas também são impermeabilizadas internamente na boca do estojo.

c) Até 1977 a CBC utilizava mistura iniciadora à base de fulminato de mercúrio. Esse tipo de mistura podia tornar-se inerte, quando estocada por vários anos, pois a mistura degradava-se perdendo seu poder de iniciador.

Como se pode concluir, através da leitura dos itens 1 a e 1 d, o retardo pode ocorrer devido:

- mistura em decomposição (caso do fulminato de mercúrio);
- mistura contaminada com óleo, água etc.;
- quantidade de mistura insuficiente (exemplo: espoleta adequada para munição de revólver colocada em cartucho de rifle);
- munições de fabricação recente, armazenadas em lugares extremamente úmidos e quentes por longos períodos;
- pólvora em decomposição;
- pólvora contaminada com óleo, água etc.

3 — Existem dois tipos de retardo:

a) 'under-ignition': que pode não ser percebido pelo atirador (caso de cápsula com pouca mistura iniciadora);

b) 'hang-fire': que é uma condição avançada do 'under-ignition'. Há casos de até meio minuto e até mais de retardo (0,5s = 500 milissegundos).

O teste para verificação de 'hang-fire' é normalmente realizado pela CBC, para as munições consideradas militares.

Apenas para citar um exemplo, a especificação para o cartucho 9mm Luger é 4 milissegundos máximo (0,004s). Na prática, registramos valores da ordem de 2,5 milissegundos.

O 'hang-fire' é denominado na área militar tempo de ação (*action time*) e a *somatória* de três períodos de tempo:

- tempo de ignição da mistura iniciadora;
- tempo de ignição da pólvora;
- tempo de percurso do projétil até a saída na 'boca do cano'.

No seguimento de todo o exposto, podemos deduzir que a potencialidade ofensiva de uma arma de fogo carregada é irrefragável, já que pode disparar acidentalmente se não se tomar com ela o máximo de cuidado.

Destarte, age, em tese, com imprudência o agente que deposita sobre a mesa arma de fogo devidamente muniçada, que, tendo antes o seu gatilho acionado, dispara de forma retardada, devido a uma combustão lenta da pólvora, e atinge fatalmente a outrem que se encontre nas proximidades. Entretanto, é de se considerar o disparo da mesma resultante de *infelicitas facti* (RT, 542:372), posto que, "Para fins de admissão de culpa, a previsibilidade do resultado deve ser considerada sob o ângulo da normalidade e da situação do momento, de tal sorte que, ausentes estes requisitos, reconhecida a excepcionalidade do instante, culpa não haveria, ainda que previsível o desfecho sobrevindo" (JTACrimSP, 95:225).

Arma de fogo

- 1.º Quesito — Qual a natureza da arma submetida a exame?
- 2.º Quesito — Qual o seu calibre?
- 3.º Quesito — Acha-se a mesma muniçada?
- 4.º Quesito — Em caso afirmativo, qual a espécie de sua munição?
- 5.º Quesito — No estado atual, podia ter sido utilizada eficazmente na deflagração de disparos?
- 6.º Quesito — Apresenta vestígios produzidos por disparo recente?

Projétil de arma de fogo

- 1.º Quesito — Qual a natureza do projétil submetido a exame?
- 2.º Quesito — Quais suas características com relação à munição de que fazia parte?
- 3.º Quesito — Quais suas características com relação à arma que o disparou?

6.3. Energias de ordem física

São as energias capazes de modificar o estado físico dos corpos e de provocar lesões corporais e morte, como a temperatura, a eletricidade, a pressão atmosférica, assim como a luz e o som.

6.3.1. Temperatura

Suas modalidades são: as termonoses, as queimaduras, as oscilações de temperatura e o frio.

6.3.1.1. Termonoses

Conceituam-se como tais os danos orgânicos e a morte provocada pela *insolação*, ou seja, pela ação da temperatura, dos raios solares, da excessiva umidade relativa e viciação do ar, a fadiga, ou a *intermação* (calor artificial).

A *insolação* não exige a ação direta dos raios solares, pois pode desencadear-se em indivíduos abrigados do sol, sujeitos, todavia, à canícula intensa dos dias de verão, por um quadro clínico subitâneo de palidez, angústia precordial, cefalaléia, transpiração, polaciúria, taquifigmia, taquipneia superficial, perda de consciência e coma.

Por oportuno, lembramos ser o *coma* síndrome caracterizada pela perda da consciência e da motilidade voluntária, com persistência da respiração e da circulação. Pode ser leve ou profundo. Na forma leve, manifesta-se por simples torpor, podendo o indivíduo reagir às excitações externas, abrir os olhos, pronunciar uma ou outra palavra. No coma profundo, o indivíduo não reage absolutamente às mais vivas excitações e a perda da consciência é completa. Pode ser transitório, como na simples comção cerebral, desvanecendo-se em algumas horas, sem maiores conseqüências. Nem sempre o *coma* se confirma de imediato; há casos em que só surge algumas horas e mesmo um ou dois dias depois.

Há casos de *insolação* em que ocorrem rigidez da nuca (sinal de Kernig), trismo e convulsões, precedendo a morte, por paralisia dos centros bulbares.

Do ponto de vista médico-legal, a *insolação* tem escasso interesse, por quase sempre ter origem acidental, favorecida por fatores adjuvantes, como o alcoolismo, o vestuário inadequado, a absorção de líquidos inversamente proporcional ao aumento da sudorese e da perspiração cutânea e respiratória, o não hábito de expor-se ao sol, patologias preexistentes cardiorrespiratórias.

A *intermação* — termonose que se manifesta em espaços confinados ou abertos, sem o suficiente arejamento, quando há elevação excessiva do calor radiante — tem interesse médico-legal, por isso que pode ser acidental ou excepcionalmente criminosa, e relacionar-se, respectivamente, com a infortunística e com o foro criminal.

Na *intermação* a sintomatologia surge paulatinamente, manifestada por mal-estar, nervosismo, cefaleia, náuseas, taquicardia, pulso filiforme, abafamento das bulhas cardíacas, sudorese, angústia, sede intensa, midríase, hipertermia (às vezes, hipotermia), astenia extrema, podendo culminar na asfixia, acompanhada de convulsões e, afinal, coma e morte.

Insta dizer que os sintomas, habitualmente, variam de indivíduo para indivíduo, pois as termonoses não têm sintomatologia típica que as caracterize.

Divergem os autores sobre a etiopatogenia das *termonoses*. Para nós, elas são provocadas por desequilíbrio hidroeletrólítico conseqüente à supressão da sudorese e perspiração cutâneo-pulmonar e falha dos centros termorreguladores bulbares pelo estímulo calórico prolongado, com elevação constante da temperatura do corpo, coagulação da miosina cardíaca, formação de trombose e acúmulo de CO₂ no sangue, que sofre hemólise e destruição de suas proteínas, cujos resíduos passam a exercer ação tóxica sobre o encéfalo, determinando-lhe lesões tipo meningítica. A vasodilatação periférica intensa, objetivando a maior troca orgânico-ambiental de calor, determina isquemia em graus variáveis do encéfalo, provocando, em fase inicial, tonturas, polipneia, indolência, seguida, se o indivíduo não é

atendido adequadamente e continua exposto ao calor, de desidratação com perda de sais minerais e desequilíbrio proteico, com desfalecimento dos centros termorreguladores e motores, lesões encefálicas, depressão da respiração, acúmulo de gás carbônico no sangue, bradicardia, apneia e morte.

À necropsia, pode o legisperito constatar precocidade acentuada da rigidez cadavérica, espuma abundante às vezes sanguinolenta, traqueobrônquica e na boca, coração direito lenhoso, ventrículo esquerdo vazio e congestão, de tal forma intensa, dos pulmões, que Hestri os compara a “dois sacos cheios de sangue”; hemácias de aspecto granuloso e leucócitos chanfrados.

É importante notar que, por não serem absolutamente características, essas lesões não são excludentes, devendo, nesses casos, o perito valer-se do estudo do local, das condições do tempo fornecida por boletim meteorológico, e de provas testemunhais do acontecimento e, desde que não determine outra causa diversa de morte, diagnosticará termonoses.

LIMITES DE TOLERÂNCIA PARA EXPOSIÇÃO AO CALOR

Regime de trabalho intermitente com descanso no próprio local de trabalho (por hora)	TIPO DE ATIVIDADE		
	Leve	Moderada	Pesada
Trabalho contínuo	até 30,0	até 26,7	até 25,0
45 minutos trabalho 15 minutos descanso	30,1 a 30,6	26,8 a 28,0	25,1 a 25,9
30 minutos trabalho 30 minutos descanso	30,7 a 31,4	28,1 a 29,4	26,0 a 27,9
15 minutos trabalho 45 minutos descanso	31,5 a 32,2	29,5 a 31,1	28,0 a 30,0
Não é permitido o trabalho sem a adoção de medidas adequadas de controle	acima de 32,2	acima de 31,1	acima de 30,0

As medições de exposição ao calor devem ser efetuadas no local onde permanece o obreiro, à altura da região do corpo mais atingida, pelo emprego de termômetro de bulbo úmido natural, termômetro de globo e termômetro de mercúrio comum.

6.3.1.2. Queimaduras

As queimaduras são lesões resultantes da atuação direta do calor, em qualquer de suas formas, sobre o revestimento cutâneo e/ou o organismo. Embora sejam as lesões tissulares as que chamam mais a atenção nas queimaduras, estas devem ser consideradas nos grandes queimados, como afecções gerais graves, pois, mormente na fase inicial, e dependência de grau, delas resultam alterações que atingem indistintamente todos os setores do organismo, até colocando a vida em perigo.

São ditas *simples*, quando as lesões são produzidas apenas pelo agente calor: líquidos e vapores em alta temperatura, sólidos aquecidos ou ao rubro, substâncias inflamáveis, em combustão (éter, gasolina, querosene, benzina), contato direto com o calor radiante, as radiações não ionizantes (sol, ultravioleta, infravermelho) e raios *laser*; e *complexas*, quando resultam da ação do atrito em relação ao calor e de outros fatores próprios do agente agressivo, *in exemplis*, queimaduras produzidas por eletricidade, fricção, raios X, raios gama nêutrons, líquidos plásticos, graxas sob pressão ou compostos fluorídricos.

6.3.1.2.1. Classificação das queimaduras

Do ponto de vista eminentemente prático importa estudar as queimaduras quanto à profundidade e quanto à extensão, esta também tendo valor médico-legal especialmente para ajuizar sobre a gravidade das mesmas.

a) *Quanto à profundidade* — Aventaram, no elastério do tempo, várias classificações, cujo interesse é apenas histórico.

De importância médico-legal é a classificação de Hoffmann, segundo alguns, ou de Lussena, conforme outros, que abrange apenas quatro graus:

1.º grau — Eritema simples (sinal de Christinson), uma reação fotodermoide em que somente a pele é atingida por uma vasodilatação cutânea, com tumefação e diapedese, mantendo-se íntegra. Simples e fugaz afluxo de sangue à pele, provocado, comumente, pela exposição ao sol (“coup de soleil”), a reação local desaparece em poucas horas ou dias (*vide n.* 4.2.1 e 10.11, subitem 8).

2.º grau — Vesicação, em que as flictenas apresentam líquido límpido ou de colorido amarelo ou citrino em seu interior, originário da liquefação do corpo mucoso, semelhante ao plasma exsudado, e leucócitos, albumina e cloreto de sódio (sinal de Chambert). O líquido descola a epiderme entre a camada córnea e a camada de Malpighi, formando a bolha. O fundo das bolhas ou flictenas é representado pelos corpos papilares do derma, onde as formações epidérmicas intradérmicas, como as glândulas sudoríparas e pilosebáceas, permanecem intactas, assegurando a reparação rápida e a pronta cicatrização das lesões. Os tegumentos são úmidos e de coloração rosada que desaparece à vitropressão.

A queimadura de 2.º grau pode ser de espessura parcial superficial ou de espessura parcial profunda.

Na queimadura de 2.º grau de espessura parcial superficial, há uma pequena destruição da epiderme e de parte do derma, com preservação de grande quantidade de células germinativas (camada basal da pele, folículos pilosos, glândulas sudoríparas), capazes de regenerar espontaneamente o tegumento lesado, reepitelizando-o ao cabo de duas a três semanas.

Na queimadura de 2.º grau de espessura parcial profunda, são conservados apenas uma parte do derma e alguns elementos germinativos (ductos glandulares, folículos pilosos), o que explica por que a regeneração local do epitélio demanda seis a sete semanas e, na falta de tratamento adequado, resulta em tecido fino, friável, com fibrose local e rupturas repetidas, além de retrações e hipertrofias cicatriciais, podendo, inclusive, transformar-se, por infecção, em queimadura de 3.º grau.

3.º grau — Escarificação, por comprometimento e posterior necrose de todo o tecido dermoepidérmico e da tela celular subcutânea e formação de escaras em ferida aberta. A cicatrização é morosa da periferia para o centro de escarificação, resultando, amiúde, cicatriz retrátil e até quelóide, porque o calor desencadeia coagulação necrótica da camada basal de Malpighi, que é substituída por tecido de granulação sem as características de elasticidade e deslizamento da pele.

4.º grau — Carbonização, superficial ou profunda, de todos os tecidos, inclusive ósseos, acarretando a morte do indivíduo.

A carbonização representa, então, o grau máximo das queimaduras, comprometendo, parcial ou totalmente, as partes profundas dos vários segmentos do corpo, atingindo os próprios ossos e ocasionando êxito letal.

Nos totalmente carbonizados ocorrem sinais peculiares, como grande redução de peso e de volume, um adulto chegando à estatura de aproximadamente 120 centímetros. O cadáver adquire a posição de pugilista, em virtude da retração dos tecidos que levam os braços e as pernas a fletir-se, enquanto as mãos se fecham adiante do tórax. A atitude de boxeador que o totalmente carbonizado assume também é devida ao opistótono e à hiperextensão da cabeça sobre o pescoço, pela retração dos músculos da nuca, da goteira vertebral e da região lombar; a boca fica entreaberta deixando à mostra os dentes. A pele sofre desgarras ao nível das pregas articulares, e os ossos, rupturas ao nível do terço superior do úmero e do terço inferior do fêmur, dando a impressão de que os membros foram espontaneamente amputados. O crânio literalmente estala em múltiplas fraturas, por onde exterioriza-se massa encefálica herniada, com produção de extensas fendas no couro cabeludo. As cavidades abdominal e torácica e o perineo, algumas vezes, fendem-se na linha mediana, pela expansão violenta dos gases, que se formam sob a ação do calor, no interior do corpo. A pele protegida pelas vestes pode não ser afetada; a que não permanece íntegra é negra e seca. Os dentes podem fender-se e, algumas vezes, calcinam. Os cristalinopacificam-se a modo de cataratas. As glândulas suprarrenais hipertrofiam-se e apresentam áreas de infarto hemorrágico. O fígado necrosa. O cérebro mostra-se congesto, e as serosas e as mucosas, equimoadas.

b) *Quanto à extensão* — Segundo este critério, a classificação é feita de acordo com a extensão percentual da superfície corpórea lesada, em geral utilizando esquemas como o de Berkow e o de Lund e Browdwer, que levam em conta uns tantos por cento relativos às áreas de crescimento e conferem maior exatidão à determinação da região queimada, conforme a idade. Na falta desses esquemas, deve-se aplicar a “regra dos nove”, de Wallace, que, prática, divide a superfície corpórea em áreas correspondentes a 9%, ou múltiplos de 9%, permitindo calcular a extensão da região atingida pela queimadura com certa aproximação. Assim, segundo a regra dos nove, a cabeça e o pescoço do adulto representam 9% da superfície corporal, cada membro superior 9% (9 + 9 = 18%), cada membro inferior 18% (18 + 18 = 36%), o tronco anterior e o tronco posterior, respectivamente, 18%, e o perineo, 1%. Chamberlain e outros, atendendo à observação de que as áreas dos membros inferiores, na criança, são proporcionalmente menores do que as do adulto, enquanto a área da cabeça é proporcionalmente maior, modificaram parcialmente a regra dos nove, para aumentar-lhe a precisão. Dessa forma, considera-se, na criança, que:

a) até o 1.º ano de idade: 19%, a área da cabeça e pescoço, e 13%, a área de cada membro inferior;

b) até o 9.º ano: subtrai-se da área da cabeça e pescoço o número de anos e adiciona-se a metade da idade a cada membro inferior;

c) o percentual aplicado às faces anterior e posterior do tronco, aos membros superiores e ao períneo é constante, qualquer que seja a idade. A partir dos 10 anos, obviamente, todos os valores serão idênticos aos do adulto.

A irregularidade aspectável das queimaduras dificulta a apreciação exata de sua extensão, podendo induzir ao observador menos atento a estimá-la além de seu valor.

Importa saber que a gravidade do quadro clínico determinada pelas queimaduras guarda relação com a extensão da área corporal afetada. Desse modo, queimaduras de 2.º ou 3.º grau que comprometam, notadamente nas crianças de pouca idade, de 35 a 40% da área corpórea são consideradas gravíssimas e de prognóstico obscuro ou reservado. A respeito, citamos Strassmann, que assegura “que as queimaduras de 2.º grau são mortais, quando atingem metade do corpo, e as de 3.º grau, quando abrangem um terço da superfície corporal”. Modernamente, o avanço da terapêutica permite, muitas vezes, a cura de queimaduras graves, comprometedoras de até 50% da superfície corporal (*vide p. 332*).

Outrossim, a preocupação *imediate* do médico atendente deve ser a manutenção da permeabilidade das vias aéreas e de uma veia intravenosa, avaliação do estado cardíaco, colocação de sonda de Foley e de sonda nasogástrica, inspeção das feridas e detecção de lesões não reconhecidas, podendo o cálculo de extensão das queimaduras e necessidades líquidas para as primeiras horas muito bem esperar, desde que não o seja indefinidamente.

6.3.1.2.2. Teorias sobre a morte por queimaduras

1) *Teoria do choque nervoso* — Segundo esta teoria, a dor das primeiras horas, causada pelas queimaduras, é de tal intensidade a ponto de poder determinar a morte por choque nervoso provocador de colapso cardiovascular.

Dupuytren assegura ocorrer uma “hemorragia da sensibilidade, um gasto súbito e excessivo de energia nervosa que, atuando por via reflexa sobre o aparelho circulatório, origina taquicardia débil, pulso filiforme e rápido, hipotensão, hipotermia, fâcies pálida, sudorese e morte”.

Fala a favor da teoria do choque nervoso a experiência de Sonnenburg, que observou, a céu aberto, que as queimaduras por ferro aquecido das patas posteriores da rã diminuem a tonicidade vascular, passando o coração a contrair célere porém debilmente e, quando se interromperam as vias de condução do estímulo térmico — por secção da medula espinhal ou dos nervos ciáticos e crurais —, nenhuma das manifestações circulatórias se fazia sentir.

2) *Teoria das intoxicações* — Wilson assegura que durante os primeiros dois a quatro dias, que é o período de máxima gravidade das queimaduras, ocorre uma “intoxicação pura”, de origem tissular, devido à produção de numerosas toxinas pela destruição dos tecidos, que, por via hemática, disseminam-se pelo organismo, desenvolvendo-lhe todos os sintomas inerentes ao envenenamento. A morte e as demais manifestações observadas nas vítimas dever-se-iam, portanto, a uma verdadeira autointoxicação por toxinas tissulares procedentes do foco de queimadura, que envenenam o organismo por via sanguínea, provocando alterações no hipotálamo e no sistema nervoso neurovegetativo.

3) *Teoria das alterações do sangue* — No passado os autores admitiam que as hemácias sofriam alterações no foco de queimadura formando trombos causadores de embolias pulmonares e infartos de vísceras como os rins, o fígado, o estômago e os intestinos, responsáveis pelo êxito letal, sendo essa explicação não mais aceita modernamente, pois a experimentação clínica e a observação médico-legal têm demonstrado a existência de alterações globulares e viscerais discretas e pouco significativas, fazendo exceção as glândulas suprarrenais, que, nos queimados, apresentam hipertrofia e sufusão hemorrágica, sinais esses inerentes ao *stress* — conforme a teoria da Síndrome Geral de Adaptação, de Hans Selye —, qualquer que seja a sua causa. Atualmente não mais se aceita a superveniência de úlcera gastroduodenal (*Curling's Ulcer*) como constante nas queimaduras, alegando que os achados necroscópicos descritos por esse autor diziam respeito a cadáveres que, em vida, já portavam essa modalidade de lesão. Em outubro de 1986 foi relatado no IX Congresso Nacional de Medicina Legal, Guarujá, um caso de úlcera no intestino delgado de indivíduo carbonizado.

Hoje, a morte por alterações do sangue nas queimaduras é explicada pela deficiência circulatória, cuja gênese se encontra nas modificações anatomo-fisiopatológicas que ocorrem no local queimado. Realmente, a exsudação plasmática maciça, interna (mais grave) ou externa, é, em geral, causadora de hemoconcentração e redução do volume circulante capaz de determinar uma deficiência circulatória generalizada, a qual em seu grau mais avançado desencadeia o estado de choque, a que atribui morte rápida.

É preciso, no entanto, saber que os fatores relatados nas teorias do choque nervoso e das intoxicações — dor, toxemia por destruição tissular, agressão ao sistema nervoso central e autônomo etc. — são capazes de agravar, predispor ou determinar essa deficiência circulatória, por ação direta ou por influência neuroendócrina sobre os capilares. Podem, ainda, produzir alterações anatomopatológicas diversas por ação direta sobre os órgãos ou tecidos, o que permite explicar os casos de pacientes portadores de queimaduras relativamente pouco extensas, com perda de líquidos insuficiente para determinar, só por si, o estado de choque.

4) *Teoria da toxemia infecciosa* — Responsável pela morte tardia, a toxemia infecciosa é causada por bacteriemia e septicemia, pela notável predisposição das queimaduras superficiais e profundas às infecções. Assim é que a causa principal de óbito em pacientes queimados após as 48 horas iniciais é geralmente por *pseudomonas* e *estafilococcia*. Atualmente, porém, com o constante progredir da antibioticoterapia e dos métodos de tratamento dos grandes queimados nos centros especializados, a toxemia infecciosa, embora ainda possível, vem tornando-se rara. Felizmente, já está em desuso o “clássico” escovamento e desbridamento, sobretudo no início do tratamento das áreas lesadas, pelo trauma excessivo e inútil que provocam, assim como o emprego de *circulares de algodão*, porque podem-se enrijecer e causar remora sanguínea. O edema é unicamente prevenido, quando os membros são comprometidos, pela compressão elástica associada à elevação dos mesmos, conforme Alípio Pernet. O combate à infecção e ao tétano é feito pela administração de antibióticos de médio espectro e de anatox antitetânico (20 a 50 mil unidades), assim que o queimado é admitido no hospital e, também, por rigorosas medidas de assepsia aplicadas ao doente, ao pessoal que com ele lida e ao meio ambiental.

Aplicação profilática de antibióticos, aqui (como alhures), não tem razão de ser e não poderá jamais substituir o tratamento local com rigorosa assepsia preventiva.

6.3.1.2.3. Etiologia médico-legal das queimaduras

a) *Acidente* — Em geral, trata-se de acidentes de origem eminentemente doméstica — primordialmente nas cozinhas, vindo a seguir as demais dependências das casas —, provocados, pela ordem, por líquidos aquecidos, substâncias inflamáveis e pelo contato direto com a chama ou com instrumento ao rubro. Certas queimaduras acidentais, provocadas por tratamento térmico fisioterápico, podem constituir problemas de responsabilidade médica. Citamos para ilustração um caso por nós atendido de paciente portadora de queimadura de 3.º grau na região glútea e no períneo, que, previamente esterilizada por negligência pelo álcool iodado, foi ocasionada por chama deflagrada por termocautério incandescente, durante cauterização do colo do útero, para corrigir cervicite.

b) *Suicídio* — O suicídio não é de todo excepcional pelo emprego do fogo em algumas camadas do povo, em certas raças, como as classes pobres do Egito e entre os monges budistas.

c) *Homicídio* — Embora raro, é possível. Para consumir o crime é necessário que a vítima esteja por qualquer motivo impossibilitada de defender-se e que sobre ela o agente derrame derivados do petróleo e contate uma chama com a superfície corporal.

d) *Dissimulação de crimes* — O criminoso, para destruir os vestígios do crime, incinera o cadáver, visando fazê-lo desaparecer.

Henri Charrière, in *Papillon*, 3. ed., Edibolso, p. 538, relata o hábito do personagem chinês Cuic-Cuic de carbonizar em série, em carvoaria por ele construída, “os caras que ele liquida”.

Strassmann assegura que o corpo humano é reduzido a cinzas quando exposto aproximadamente durante duas horas à temperatura do ar de cerca de 1.000°C, como ocorre na incineração do cadáver de adulto nos fornos crematórios. A redução a cinzas de um feto a termo despende de 50 a 70 minutos.

e) *Sevícias* — As queimaduras por introdução de crianças à força em água aquecida em temperatura acima do habitual, a título de repreensão, podem constituir sevícia e, também, pontas acesas de cigarros contactando sadicamente a pele.

6.3.1.2.4. Problemas médico-forenses

Segundo Simonin, in *Annales de Médecine Légale*, 1934, p. 717, “Les difficultés du diagnostic *médique-légal des brûlures*”, nem sempre é fácil o diagnóstico diferencial das queimaduras de áreas extensas da pele — a quem reconhece causas físicas e químicas — e a epidermite, por desasseamento. *Data venia*, pensamos que o reconhecimento das queimaduras não implica, comumente, dificuldade para o especialista ou para o perito médico. A dermatose eritematosa ou ampolar, regularmente circular, respeita as pregas de flexão tegumentar, não o fazendo as flictenas das queimaduras de 2.º grau, além de que, ao contrário das primeiras, mostram formas irregulares.

No esclarecimento do agente térmico e do modo de distribuição das queimaduras, as chamas chamuscam pelos e cabelos e deixam, em geral, resíduos fuliginosos e têm direção ascendente; os líquidos aquecidos produzem queimaduras de direção descendente; os líquidos escaldantes e os gases inflamados comumente respeitam as regiões do corpo (axilas, p. ex.) recobertas pelas vestes. Exceção feita ao corpo em ignição, as queimaduras no vivo por chamas e líquidos aquecidos produzem flictenas, ou seja, o *signal de Chamberlaine*; no cadáver, geram também flictenas destituídas de conteúdo seroso. Então, para determinar se a queimadura ocorreu durante o incêndio ou após a morte, o perito analisará as flictenas e o eritema cutâneo. No vivo, as *flictenas* são numerosas e intactas e contêm líquido seroso albuminoso, leucócitos, cloretos, em seu interior, circunscritas por orla esbranquiçada e localizada em zonas não infiltradas; as flictenas *post mortem* surgem, muitas vezes, em zonas edemaciadas e não têm conteúdo seroso.

O *eritema cutâneo* (sinal de Christinson), embora raramente seja encontrado no cadáver, quando presente, significa queimadura em vivo.

O perito atento saberá estabelecer o diagnóstico diferencial entre o sinal de Christinson e o eritema próprio da *pelagra*. Na *pelagra* — doença da miséria, constituída sob o influxo de alimentação multicaente — o eritema lembra a reação fotodermoide, a queimadura de 1.º grau quanto à profundidade, mas reveste o aspecto de placas mais ou menos extensas, de bordas bem delimitadas, no início vivamente rubras, lisas, brilhantes e secas; depois vão paulatinamente escurecendo e por fim, após a formação de flictenas, que, rompendo--se, põem a descoberto uma superfície exsudante, se destacam sob a forma de largas escamas de cor marrom-

escura, deixando em seu lugar a pele mais clara e fina.

Nas queimaduras de 3.º grau é de indiscutível importância probatória de lesão *intra vitam* a presença de *retículo vascular cutâneo*, originado pela coagulação do sangue, pela ação do calor.

A melhor prova de que o indivíduo morreu durante o incêndio ou já estava morto ao ser alcançado pelas chamas é dada pelo *exame espectroscópico* do sangue colhido diretamente das cavidades cardíacas, visando nele determinar e dosificar a presença de monóxido de carbono. Encontrado esse gás no sangue do cadáver, significa que a vítima viveu no foco de incêndio, pois é por todos admitido que o monóxido de carbono não pode ser encontrado no sangue do coração ou dos órgãos do indivíduo queimado após a morte, já que o mesmo, no foco de incêndio, não respirou.

Se, todavia, respirou, detecta o legisperito na necropsia, língua e faringe necrosadas e descamadas, mucosa supraepiglótica congesta, pequenas ulcerações na parede posterior da garganta, fuligem nas vias aéreas.

6.3.1.3. Oscilações de temperatura

Na dependência de fatores predisponentes, da resistência individual e da falta de necessária aclimação, as elevações ou diminuições bruscas de temperatura podem favorecer o organismo à exposição de estados infecciosos, assestados especialmente no aparelho respiratório, como a broncopneumonia, a tuberculose, e até a danos mortais. Registramos, como exemplo, as fábricas de placas de chumbo para baterias de veículos automotores, em que os operários que trabalham nas vizinhanças de fornos de altas temperaturas têm que ir, frequentemente, a um recinto frio, sendo não raramente vítimas por patologias infecciosas, além de saturnismo, por diminuição da resistência individual, como acontece na comarca de Bauru, que sedia indústria desse tipo, o nexo de causalidade entre a morbidade e a forma de trabalho sendo clínica e legalmente aceita, e constituindo problema imamente à infortunistica.

6.3.1.4. Frio

Embora em nosso país a morte pelo frio constitua excepcional raridade, em certas regiões, como no Sul, onde a temperatura desce a límiars muito baixos, o óbito pode atingir principalmente os mendigos, os bêbados, as crianças e os velhos que dormitam ao relento, desvalidos de amparo social, caracterizando, a espécie, algumas vezes, o delito previsto no art. 135 do Código Penal — omissão de socorro.

A História registra catástrofes coletivas pelo frio de repercussão mundial, como a célebre retirada do exército de Napoleão da Rússia, descrita por Larrey, mais do que pelas batalhas, dizimado impiedosamente por uma sinistra mortalha branca... a neve russa.

Os animais e o corpo humano expostos por períodos prolongados a temperaturas muito baixas são passíveis de congelação, designando-se por *geladuras* as lesões corporais resultantes da mesma. Conforme Callisen, as geladuras comportam três graus: eritema, flictenas e necrose ou gangrena.

1.º grau — *Eritema*: inicialmente o frio provoca vasoconstrição acentuada nos capilares e palidez cutânea e, num segundo tempo, rubefação vermelho-escura entremeadada de áreas lívidas na pele tensa e luzidia, decorrente da retenção do sangue pobre em oxigênio nesses pequenos vasos dilatados pela estafa da contrariedade vascular.

O indivíduo apresenta tumefação da pele, hipossensibilidade, prurido, sensações de picadas e dores mal localizadas.

2.º grau — *Flictenas*: semelhantes às das queimaduras, são produzidas pela estase capilar com transudação do plasma que destaca e levanta a epiderme em forma de ampolas. Contêm em seu interior exsudato escuro.

3.º grau — *Necrose ou gangrena*: úmida ou seca, posterior à mortificação dos tecidos, por coagulação do sangue dentro dos capilares e perturbações isquêmicas, assestadas, indolores, lívidas ou azuladas, em qualquer área do tronco e/ou capaz de destruir parte ou a totalidade do membro.

A congelação, robustecida por vários fatores adjuvantes como a fadiga, a inanição, o alcoolismo, a idade, a resistência, os estados patológicos, pode atingir a totalidade ou apenas um ou mais segmentos do corpo. Como exemplos de congelação parcial, recordamos a frequência das *geladuras* chamadas “pés de trincheira”, descritas na Primeira Grande Guerra, manifestadas nos membros inferiores de soldados inadequadamente calçados, que permaneciam nos abrigos, horas a fio, com os borzeguins dentro d’água, no inverno, ou nos alpinistas, nos naufragos, nos miseráveis. A congelação total do corpo é precedida de tremor intenso e dos maxilares com posterior trismo, deambulação dificultosa e olhar fixo, vago e esbugalhado, lembrando um *zumbi*, rigidez dos esternocleidomastóideos com firme fixação da cabeça para um dos lados que, alcançando o tronco e os membros, prostram o indivíduo em rigidez cadavérica, vitimado por comprometimento do sistema nervoso central manifestado por sono irresistível, convulsões, delírios, anestésias, perturbação da motilidade, imobilidade, oligúria e anúria, alterações respiratórias e morte.

Quando há sobrevida, da congelação podem resultar perdas de membros ou de órgãos cartilaginosos, com ulterior gangrena úmida ou seca dos tecidos.

À necropsia do vitimado pelo frio observa-se que ele mantém a postura do momento em que foi colhido pela morte. A pele é anserina; no rosto, expressão de terror. Acrocianose. Edema do pescoço, das orelhas e face e dos membros superiores e inferiores. Flictenas contendo líquido citrino ou hemático, frequentemente sobre os artelhos, e gangrena nos pés. Na calvária, às vezes, disjunção das sinostoses. Fraturas ósseas e rupturas dos membros. Microscopicamente, endovasculites dos *vasa vasorum*, degenerescência grânulo-gordurosa das bainhas de Schwann, e perda de substância da túnica íntima por necrose parcial do endotélio e da parte correspondente à camada interna elástica dos vasos arteriais; trombose vascular. Macroscopicamente, hipertrofia do coração direito, congestão pulmonar, renal e hepática. Anemia cerebral. Finalmente, rigidez muscular intensa.

6.3.2. Eletricidade

É uma forma de energia de ordem física, cósmica ou industrial, cujas manifestações são conhecidas desde tempos remotíssimos, capaz de agir sobre o corpo humano e dos demais seres vivos, provocando graves danos e frequentemente a morte.

A eletricidade atmosférica, representada especialmente pelos *raios*, agindo letalmente sobre o homem e animais, chama-se *fulminação*, e, quando apenas determina danos corporais, *fulguração*.

A eletricidade industrial é a eletricidade dinâmica sob a forma de correntes *contínuas* ou *galvânicas* e *alternadas* ou *farádicas*, apresentando esta última uma frequência amíde de 50 períodos por segundo. A ação da eletricidade industrial ou artificial pode provocar lesões corporais, com ou sem *êxito letal*, denominadas *eletroplessão*, frequentemente ocasionadas por defeito de instalações (campainhas, telefones, chuveiros elétricos), mau isolamento dos fios condutores, imperícia ou negligência da vítima.

6.3.2.1. Fulminação e fulguração

Fulminação é a morte instantânea pelas descargas elétricas cósmicas ou *raios*. *Fulguração* é a perturbação causada no organismo vivo por descargas elétricas cósmicas ou *raios*, sem ocorrência de *êxito letal*.

O raio constitui uma sucessão rapidíssima de descargas, iniciadas quase simultaneamente da nuvem para o solo, do solo para a nuvem ou intra ou internuvens, com duração de milionésimos a décimos de segundos. A faísca principal pode repetir-se até 40 vezes em menos de 1/4 de segundo, com diâmetro que varia de 3 a 30cm, e corrente de cerca de 20 mil *ampères*, a uma velocidade de 1/3 à da luz. Desse modo, o raio — faísca mais brilhante vista nas tempestades elétricas sob as bases de *cumulos-nimbos*, carregadas negativa ou positivamente —, incide para o solo, devido à diferença de potencial que elas criaram. Outras descargas elétricas do solo para a atmosfera o fazem por pontos, como *picos de montanhas* (fogo de Santelmo), ou dos enigmáticos raios emitidos em alguns terremotos, descritos nos versos japoneses: “*A terra fala suavemente à montanha, que treme e ilumina o céu*”. Os raios intra ou internuvens são quatro vezes mais frequentes que os raios entre nuvem e solo.

Os raios habitualmente são retilíneos ou ramificados, ou, ainda, em forma da *runa zaig*. O insigne professor Hélio Gomes (*Medicina legal*, 23. ed., Freitas Bastos, p. 534) afirma: “Há outro tipo de raio, de forma arredondada, que anda lentamente pelo ar, desce até próximo ao solo, entra nas residências, penetrando pelas janelas e saindo pelas portas, em trajetórias bizarras e muito vagarosas, até explodir. Esses *raios em bola*, com aspecto semelhante a uma bola de fogo, são muito raros. Sua existência, porém, é indiscutível, tendo sido fotografados pelo Prof. Jenner, de Nebraska”.

Os raios podem provocar a morte pelo chamado *golpe de retrocesso*.

É interessante saber que o raio pode-se propagar ao longo das cercas de arame (faísca secundária), liso ou farpado, por vários quilômetros de extensão e fulminar homens e animais que se encontram próximos ou em contato com as mesmas.

Na fulguração, a pele pode, muita vez, apresentar desenhos arboriformes dendríticos de origem vasomotora, cognominados de *sinal de Lichtemberg*, e que desaparecem decorrido algum tempo.

Na fulminação, ao realizar necropsia o legisperito observará grandes traumatismos, representados por amputações espontâneas de membros, fraturas generalizadas, destruição da genitália, desaparecimento da mandíbula e da língua, ruptura de vasos calibrosos e de vísceras ocas e maciças, contusões encefálicas, sinais de asfixia, como *petéquias subpleurais* e *subpericárdicas*, *congestão visceral* e, às vezes, *secreção traqueobrônquica* na boca e nas narinas, e queimaduras em graus variáveis que podem chegar à carbonização, parcial ou total da vítima, provocadas pela intensa ação térmica do raio, e *manchas metálicas*, verdadeiras impregnações cutâneas determinadas por imantação de objetos metálicos, reproduzindo as suas formas originais.

O exame histopatológico informa destruição de neurônios cerebrais.

O assunto em pauta tem grande importância médico-legal.

6.3.2.2. Eletroplessão

É o dano corporal, com ou sem *êxito letal*, provocado pela ação da corrente elétrica industrial ou artificial, sobre os seres vivos.

As lesões originadas por essa forma de eletricidade variam com a *voltagem*, a *amperagem*, a natureza da corrente (contínua ou alternada) e com condições

peculiares ao próprio indivíduo a ela submetido.

Consideram-se correntes de *baixa tensão* aquelas que têm até 250 volts e de *alta tensão* as que mostram voltagem superior. As correntes elétricas de *baixa tensão* com cerca de 110-120 volts, em geral, não oferecem perigo, diz o povo. Contudo, nem sempre será assim, pois há casos de morte com menor voltagem (a exemplo, baterias de 12 volts) e sobrevida com correntes acima de 500 volts. Isto porque não é tanto a tensão (voltagem) mas a intensidade (amperagem) que torna a corrente elétrica perigosa para o homem. Assim é que uma corrente com baixa amperagem (3 a 80 miliampères) e voltagem alta (100 mil volts) é inócua; já uma corrente elétrica com um décimo de ampère (100 miliampères) é idônea para desencadear a morte, consoante seja a resistência oposta pelo organismo à sua passagem e os contatos do tipo uni (menos perigosos) ou bipolares. Talqualmente, uma corrente de intensidade superior a um ampère, de 100 volts, pode ser fatal. Não obstante essas assertivas, tenha-se em mente ter havido casos de correntes de voltagem muito alta (acima de 1.000 volts) dispensar o necessário contato, pois bastou uma grande aproximação do condutor elétrico para que saltasse uma faísca com descarga para o organismo.

Condições individuais de condutibilidade dos tecidos, como pele grossa e seca ou pele úmida e fina, oferecem, respectivamente, maior ou menor resistência às correntes elétricas. Destarte, quanto maior for a resistência dos tecidos à passagem da corrente, tanto mais graves serão as lesões apresentadas, pois é por efeito da *resistentia* que a energia elétrica se transforma em calórica, gerando as queimaduras. O trabalho de desorganização da corrente elétrica sobre os tecidos é, igualmente, função do tempo, ou seja, da duração do contato; por isso é que a tetanização dos músculos flexores dos dedos forçando a mão a empalmar o fio condutor prolonga o tempo de duração do contato com o mesmo, aumentando a gravidade dos acidentes eletrolessivos.

A seguinte equação, compilada de Jellineck, sintetiza o efeito da corrente elétrica sobre o organismo:

$$E = L \frac{V \times I \times t \times P}{R} \quad K1 \quad K2$$

em que E = efeito orgânico;

L = localização da corrente;

V = força eletromotriz ou tensão expressa em volts;

I = amperagem;

t = tempo de contato da corrente com o corpo;

P = polo de contato;

R = resistência, expressa em *ohms*;

K1 = constante do estado momentâneo e psicológico (sono, medo, surpresa, fadiga);

K2 = constante de susceptibilidade da espécie animal.

A corrente elétrica contínua, em contato bipolar com o organismo, desencadeia no seio dos tecidos reações químicas eletrolíticas, com produção de ácidos no polo positivo (anódio) e de bases no polo negativo (catódio); dessas dissociações químicas na intimidade dos tecidos ocorre a produção de crosta seca e dura, pela ação desidratante e coagulante dos ácidos encaminhados para o polo positivo, e de lesões liquecentes, avermelhadas, embebidas de sangue no ponto de contato do catódio, pelos álcalis fortes dirigidos para o mesmo.

Ademais, ocorrem:

a) *Metalizações elétricas* — Representam as lesões mais simples e superficiais. Podem ser difusas ou em salpicos metálicos. São formadas pelo descolamento e impregnação da pele por partículas elétricas resultantes da fusão e vaporização dos condutores.

As metalizações elétricas é como se fossem efêmeras *tatuagens* metálicas; destituídas de gravidade, logram a cura por esfoliação da pele.

b) *Marca elétrica de Jellineck* — De aspecto circular, elíptica ou em roseta, pode não existir. Aderente ao plano cutâneo subjacente, tem valor médico-legal para indicar a porta de entrada da corrente elétrica no organismo. Indolor, despida de reações inflamatórias por asséptica, forma-se rapidamente mostrando grande tendência à cura.

c) *Queimaduras elétricas* — São lesões típicas provocadas pela ação térmica das correntes de alta tensão. Consoante seja a penetração do agente térmico na profundidade, atinge os mais variados graus, incluindo a carbonização. Se o contato com o fio condutor de eletricidade é mau (grande resistência) ocorre queimadura anfractuosa, deformante, apergaminhada, dura, escarótica, escura, pardacenta, carbonizada, inclinada à degenerescência; se o contato é bom, a queimadura forma-se lentamente seguida de rubor, de inflamação, de supuração, de febre e de dores e assume a forma do condutor.

d) *Ação sobre os músculos e os tendões* — Quando a corrente de alta tensão age profundamente, em túnel, pode acarretar intensa destruição desses tipos de tecidos.

e) *Ação sobre os ossos* — Agindo secundariamente sobre os ossos, a faísca elétrica promove a formação de pérolas de fosfato de cálcio, de inúmeros tamanhos, destruindo-os ou ocasionando-lhes soluções de continuidade.

f) *Ação sobre os vasos* — O sangue é bom condutor de eletricidade. Assim procura-se explicar as graves destruições assépticas dos tecidos perivasculares e a fragilidade do endotélio dos vasos, responsável, embora passíveis de sucessivas ligaduras, por hemorragias copiosas e até mortais. Além disso, sendo a rede vascular excelente condutora, os danos ocorrem em áreas profundas e extensas, gerando trombozes e necroses maciças nesse tipo de tecido.

g) *Lesões nervosas* — Manifestadas por parestesias, neurites, atrofia muscular, enfraquecimento muscular e paralisias.

h) *Oftalmia elétrica* — Exteriorizada por diminuição ou perda da acuidade visual e formação de cataratas.

i) *Lesões eletromecânicas de Jellineck* — Passíveis de provocar a morte, são contusões, feridas incisivas, escoriações produzidas pela energia mecânica quando a vítima é arremessada a distância ou precipitada violentamente ao solo ao receber a descarga elétrica.

6.3.2.2.1. Etiologia médico-legal da morte por eletroplessão

Três teorias buscam explicar o mecanismo da morte por eletroplessão:

1) *Morte cerebral* — Quando sobrevém a morte fulminante conseqüente a uma grande descarga elétrica, acima de 1.200 volts, admite-se como causa a paralisia bulbar.

2) *Morte por asfixia* — Jellineck admite uma tetanização dos músculos respiratórios, ocasionadora de supressão de respiração, quando a eletroplessão é produzida por tensões da corrente elétrica entre 1.200 a 120 volts.

3) *Morte cardíaca* — Por fibrilação ventricular, provocada por corrente de tensão abaixo de 120 volts, promotora de alteração da condução elétrica normal, amiúde, no *nódulo de Aschoff e Tawara*, ou ao nível do *feixe de Hiss*.

Na maior parte das vezes, nas correntes de *baixa tensão* a morte ocorre de forma rápida se o coração está situado no circuito, por fibrilações ventriculares ou, então, por inibição do sistema nervoso central.

A menos que a morte tenha ocorrido por contusões, a necropsopia revela sinais de asfixia, representados por *enfisema subpleural*, *manchas de Tardieu subpleurais* e *subpericárdicas*, *edema pulmonar*, *congestão traqueobrônquica* — às vezes exteriorizada pela boca e narinas sob a forma de espuma sanguinolenta —, edema e hemorragias meningoencefálicas, e dos cornos anteriores da medula espinhal e fluidez do sangue. Não olvidemos, todavia, não serem esses sinais patognomônicos de eletroplessão, posto que podem ser encontrados em outras causas de morte.

O exame histológico da pele, nas regiões danificadas pela eletricidade, permite ao legisperito observar:

a) profundas alterações na mesma, devidas à ação mecânica, térmica e química da corrente, que age na intimidade dos tecidos, coagulando-os e desidratando-os;

b) achatamento do epitélio de revestimento, alongamento dos núcleos e desaparecimento da estrutura celular com transformação em massa amorfa, homogênea e acidófila;

c) rupturas de muitos vasos sanguíneos enquanto outros estão dilatados e locupletados de hemácias.

Insta dizer que as alterações observadas no exame histológico da pele permanecem facilmente reconhecíveis ainda no estado regularmente avançado de putrefação.

O exame histológico mostra atrofia e destruição das células gânglio-neuronais situadas na cortiça cerebral, na ponte rombencefálica, no bulbo, no cerebelo e nas envolturas meníngeas.

A eletroplessão interessa ao Direito no que concerne aos frequentes infortúnios do trabalho. O homicídio não é de todo improvável. O suicídio tem ocorrido excepcionalmente em nosso meio. Em alguns Estados americanos é praticada a execução judiciária suplicial por eletroplessão na chamada *cadeira elétrica*.

ELETROPLESSÃO

1.º Quesito — No local de morte existia a possibilidade de um acidente elétrico? De que natureza?

2.º Quesito — Era a corrente elétrica idônea para produzir a morte?

3.º Quesito — Há no cadáver sinais que evidenciam que a morte foi, verdadeiramente, desencadeada pela passagem da corrente elétrica ou ela pode ter tido outra causa?

4.º Quesito — Qual a causa jurídica da morte?

6.3.3. Pressão atmosférica

Pressão atmosférica significa peso do ar. É a pressão exercida perpendicularmente pelo ar atmosférico sobre qualquer corpo nele mergulhado.

O ar atmosférico é uma mistura de vários elementos: oxigênio, 21%, nitrogênio, 79% e, em menores proporções, o argônio, o hélio, o neônio, o criptônio e o xenônio.

Discordam os autores sobre a espessura da atmosfera, que tem sido estimada em altura equivalente a 80, 100 e até 200 quilômetros. Qualquer que seja, porém, a sua espessura, denomina-se *atmosfera normal* à unidade de pressão definida como a pressão correspondente a uma coluna de mercúrio de 76cm de altura, à temperatura de 0°C, ao nível do mar e em uma latitude de 45°.

Isso significa que a pressão atmosférica ao nível do mar equivale à aplicação da força-peso de 10 toneladas de ar sobre 1m²; os seres vivos só não são esmagados porque o interior de seus corpos exerce uma pressão para fora igual à pressão que a atmosfera exercita sobre eles, pois a toda ação corresponde uma reação igual em módulo e direção em sentido contrário.

A medida da pressão atmosférica, que é feita por barômetros de mercúrio, varia com a temperatura e com as altitudes. Assim, há uma regra geral segundo a qual “a pressão atmosférica diminui com a altitude; em 250-300 metros de altura, o decréscimo é aproximadamente de 1mm para cada 10 ou 11 metros; à medida, porém, que a altitude aumenta, estima-se para cada 5.500m a diminuição da pressão pela metade. Exemplo: nível do mar, 760mm; 5.500m, 380mm; 1.000m, 190mm; 16.500m, 95mm” (*Encyclopaedia Britannica*, 1966, p. 224).

O organismo humano, que habitualmente suporta a pressão de uma atmosfera, ou seja, o peso de uma coluna de mercúrio de 76cm de altura por centímetro quadrado da superfície corporal, quando é submetido sem a necessária adaptação a variações intensas de pressão — diminuição ou aumento — é passível de sofrer fenômenos chamados respectivamente de mal das montanhas ou dos aviadores ou, no Chile, *orocho* andino, e de doença dos caixões ou mal dos escafandristas.

6.3.3.1. Mal das montanhas ou dos aviadores

Nas cordilheiras, o indivíduo inadaptado pelo ainda não progressivo estabelecimento de poliglobulia determinada pela rarefação do ar, conseqüentemente com diminuição da pressão parcial do oxigênio alveolar, tem prejudicada a *hematose* pela hipóxia e diminuída a quantidade de gás carbônico, excitante indispensável dos centros respiratórios bulbar e regularizador da frequência cardíaca, cujo quadro clínico agudo se traduz por náuseas, dispnéia, escotomas, vertigens, desmaios, epístaxe, otorragia (*orocho* andino), podendo a morte sobrevir por hemorragia cerebral.

Qualitativamente, podem-se resumir as mudanças funcionais com a altitude, para um indivíduo normal e não treinado e portador de boa saúde, da maneira seguinte:

— abaixo de 3.000m: não se detectam alterações cardiorrespiratórias;

— entre 3.000 e 4.600m: ocorre diminuição de eficiência na execução de tarefas complexas e discreto aumento na frequência cardiorrespiratória, motivada por uma “hipóxia compensada”;

— entre 4.600 e 6.100m: sucede-se hipóxia manifesta por aumento considerável das frequências cardíaca e respiratória, debilidade muscular intensa, entorpecimento dos sentidos, letargia ou, então, excitação eufórica ou mesmo com alucinações;

— entre 6.100 e 7.600m, perda rápida do controle neuromuscular, inconsciência, apneia e morte.

Na ascensão do balão “Zenith”, a 15 de abril de 1875, na França, que chegou a atingir 8.600m de altura, ocorreu a morte de dois dos três tripulantes porque a má vascularização cerebral conseqüente à hipóxia provocou redução do juízo crítico e do controle muscular, impedindo o uso do oxigênio contido nos reservatórios de gás.

Só há uma maneira de evitar o mal das altitudes: a adaptação progressiva às regiões montanhosas e, nos aviões tipo Boeing e nas viagens espaciais, pressurização.

A natureza jurídica é frequentemente acidental.

6.3.3.2. Doença dos caixões ou mal dos escafandristas

Embora de causa jurídica habitualmente acidental, interessa particularmente à infortunística, por atingir os caçadores submarinos e os escafandristas e mergulhadores que trabalham em poços de petróleo marítimos ou em construções de pontes, em túneis e galerias subterrâneas, submetidos muitas vezes a pressão superior a cinco atmosferas.

O aumento da pressão atmosférica poderá determinar uma patologia de compressão, por intoxicação pelo oxigênio, nitrogênio e gás carbônico. É, porém, no caso em apreço, a diminuição da pressão atmosférica a responsável pela patogenia de descompressão, mais perigosa por suscetível de desencadear acidentes muito graves, traduzidos por ruptura do tímpano, vertigens, síndrome de Menière, otorragia, epístaxe, dispnéia, perturbações passageiras da visão, epigastria intensa, hemorragia interna, edema pulmonar, parestesias e até a morte por embolias gasosas formadas pelo nitrogênio anteriormente dissolvido sob pressão no soro sanguíneo (*vide* n. 10.11, subitem 6).

Se o mergulhador sobrevive, pode ficar com sequelas graves, como necrose do tecido ósseo conseqüente a infartos causados no mesmo pelo bloqueio da circulação do sangue pela embolia nitrogenada.

Para evitar acidentes, deve o mergulhador retornar lentamente e por etapas programadas à superfície.

Ao perito importa apurar possível responsabilidade quanto ao tempo excessivo de permanência sob os efeitos do aumento de pressão ou de não observância de técnica de descompressão lenta, na base de 1/10 de atmosfera para cada 10 minutos.

Sobre as tabelas de descompressão *vide Segurança e medicina do trabalho*, 20. ed., Atlas, 1991, p. 105 e s.

6.3.3.3. Luz e som

A luz e o som interessam à Medicina Legal porque podem acarretar perturbações neurossensoriais ópticas ou auditivas, vagossimpáticas, neuroses, respectivamente nos que têm aplicado diretamente sobre os olhos fecho de luz intensa e nos que permanecem, como obreiros, em ambientes de grande poluição sonora, por período prolongado.

Luz

A incidência de feixes luminosos de alta intensidade sobre os olhos, como no condenável *terceiro grau*, integrante do conjunto de recursos bárbaros usados na investigação policial, objetivando confissões, pode provocar perturbações neurossensoriais nos globos oculares, como defeitos de refração, dificuldade ou impossibilidade de mudar a forma do cristalino para convergir na retina raios luminosos provenientes de objetos que estão a uma distância grande ou pequena (inacomodação), ou na própria retina — que é a parte sensível do olho onde ocorre a conversão da imagem luminosa em impulsos elétricos nervosos, os quais são endereçados ao cérebro para serem processados — e perda irreparável da visão.

Som

Onda sonora ou som é uma perturbação ou distúrbio mecânico transmitido através de um meio elástico em que a oscilação é a pressão.

Uma onda sonora é produzida por um elemento vibrador do meio gasoso (cristal, instrumento musical, cordas vocais). Como o meio gasoso é deformável ou elástico, ocorre a compressão e a rarefação, que se propagam como ondas sonoras progressivas. As partículas materiais que as transmitem oscilam paralelamente à direção de propagação da própria onda. É de ver então que as ondas sonoras, também chamadas ondas de pressão, ondas de compressão, ou simplesmente som, são ondas mecânicas longitudinais que se podem propagar em gases, líquidos e sólidos.

Ondas sonoras com frequência abaixo de 20Hz (hertz) são chamadas *infras-som* e acima de 20.000Hz, *ultrassom*.

Som	Intensidade (W/m)	Nível de intensidade (dB)
Limiar de audição	10^{-12}	0
Respiração normal	10^{-11}	10
Murmúrio (a 5m)	10^{-9}	30
Conversa normal (a 1m)	10^{-6}	60
Tráfego pesado	10^{-5}	70
Metrô (interior)	10^{-3}	100
Concerto de rock (limiar doloroso)	10^0	120
Decolagem de jato (nas vizinhanças)	10^{-3}	150

Frequência é o número de vibrações completas, ou ciclos por segundo de uma onda sonora. A frequência se relaciona diretamente com a altura do som.

Intensidade é a força de um som. A intensidade é medida pela amplitude da onda sonora; é também medida em decibéis (dB).

Amplitude é a medida da vibração de uma onda sonora, apresentada, amiúde, como uma dimensão vertical que indica a intensidade do som.

Decibel é padrão de medida da intensidade relativa dos sons. É uma escala logarítmica de *base dez* usada para definir o menor nível de intensidade sonora *B* audível. Dessa forma, o decibel é aproximadamente igual ou igual à menor variação que o ouvido humano pode perceber:

$$B \text{ (dB)} = 10 \log \frac{I}{I_0}$$

onde I = intensidade sonora

I_0 = intensidade de referência de 10^{-12} W/m^2 .

Equivale a dizer que a razão entre a intensidade mais alta e a mais baixa do som detectável pelo ouvido humano é de cerca de 10^{12} .

O cálculo dos decibéis é obtido a partir das intensidades sonoras de 10^{-12} W/m^2 , ou seja:

$$B = 10 \log \frac{10^{-12}}{10^{-12}} = 10 \log 1 = 0 \text{ dB}$$

$$B = 10 \log \frac{1}{10^{-12}} = 10 \log 10^{12} = 10 \times 12 \log 10 = 10 \times 12 \times 1 = 120 \text{ dB}$$

ESCALA DOS DECIBÉIS

- 0 Limiar da audição
- 10 Respiração normal
- 20 Farfalhar de folhas
- 30 Cinema vazio
- 40 Bairro residencial à noite
- 50 Restaurante sossegado
- 60 Conversa normal entre duas pessoas
- 70 Tráfego pesado
 - Marmoraria
 - Serraria de madeira
 - Forjamento e caldeiraria
 - Serralheria
- 80 a 100 Indústrias Estamparia de porcas, parafusos e brocas
 - Mecânica e metalurgia
 - Estruturas metálicas
 - Oficina de estrada de ferro
 - Oficina de carpintaria
 - Oficina mecânica
- 100 Metrô
- 110 Serra de atrito
- 120 Avião a hélice na decolagem
- 130 Fogo de metalhadora a curta distância
- 140 Túnel aerodinâmico
- 150 Decolagem de jato
- 175 Foguete espacial

A sensibilidade do ouvido humano varia com a idade. À medida que envelhecem são as pessoas acometidas de presbiacusia, ou seja, a máxima frequência audível diminui, e, com isso, o nível de frequência sonora deve aumentar para ser detectável. Assim o limite superior da audição diminui paulatinamente porque, com o evoluir do tempo e aumento da duração média da vida, todos os indivíduos perdem a audição neurosensorial para os tons altos, conseqüente ao processo natural de envelhecimento.

Destarte, amiúde, um indivíduo de 45-50 anos pode ouvir uma frequência máxima de 12kHz; por isso, o nível mínimo de intensidade sonora de uma nota musical, por exemplo, de 4.000Hz, deve ser, em média, cerca de 10dB mais alto para esse indivíduo do que para outro de 20 anos de idade.

A Norma ISO 1.999 (1990) estabeleceu como limite de normalidade auditiva o valor de 25dB(NA) e, evidentemente, como perda auditiva os limiares com valor igual ou superior a 30dB(NA). E adotou a classificação dos limiares de perda auditiva, apontada pelos audiogramas de cada um dos ouvidos, em graus (*vide* Classificação de Merluzzi), que se baseia nos seguintes parâmetros da via aérea (dB(NA)): normal, até 25(30) — perda grau leve; moderado, 30(35)/50 — 35/50; severo, > 70.

A presbiacusia se deve à perda de elasticidade dos tecidos do ouvido interno; todavia, papel preponderante é o desempenhado pela contínua exposição a ruídos

que podem degenerar o órgão de Corti — estrutura microscópica situada na membrana basilar onde estão as células que provocam os impulsos do nervo auditivo — na cóclea, conforme ocorre na “surdez dos caldeiros” e que causam, também, neurose, insônia, fadiga crônica e consequente queda de produtividade física e mental, acidentes etc.

A *surdez dos caldeiros* é uma doença profissional que acomete os rebiteiros e outros obreiros em ambientes excessivamente ruidosos, no elastério do tempo, que extingue a sensibilidade do ouvido para muitas frequências, obstruindo completamente a audição, condenando inexoravelmente as suas vítimas a um mundo silencioso.

Ruídos intensos, de 160dB, *in exemplis*, explosões, estampidos etc., podem romper o tímpano e/ou os órgãos de Corti e desorganizar as células sensoriais, desencadeando, inclusive, surdez súbita e total.

PAIR (Perda Auditiva Induzida pelo Ruído) é uma alteração definitiva e habitualmente similar da área de condução do tecido nervoso em ambos os ouvidos, que se inicia por alterações discretas no audiograma, nas frequências de 4,6 e/ou 3kHz, podendo ocorrer o agravamento progressivo e atingir demais frequências, ocasionando prejuízo da compreensão e inteligibilidade da fala. Consoante o volume, o tipo e o tempo de exposição sistemática ao ruído, pode o obreiro sofrer alteração irreversível e progressiva dos limiares auditivos, neurossensorial, até perda auditiva profunda.

A Norma Técnica de São Paulo, que dispõe sobre o Diagnóstico da Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIRO) e a Redução do Ruído nos Ambientes de Trabalho (1994), e o Comitê Nacional de Ruído e Conservação Auditiva (1995) adotaram a Classificação de Merluzzi, para a seleção do audiograma de cada um dos ouvidos:

Grupo 0 = normal. É considerado normal todo operário que apresenta limiar auditivo bilateral igual ou inferior a 25dB(NA) (ISO 64-ANSI 69) para todas as frequências examinadas, caso em que os limiares de audibilidade são registrados, no audiograma, acima da linha de 30dB(NA) (igual/25).

Grupo 1 = PAIRO de 1.º grau, que reúne todos os audiogramas cujos limiares de 500 a 3.000Hz mostram-se preservados, ou seja, menor ou igual a 25dB(NA) e os limiares de audibilidade confinados entre 4.000 e 8.000Hz apresentam-se acima de 25dB(NA).

Grupo 2 = PAIRO de 2.º grau, onde se observa que as frequências de 500, 1.000 e 2.000Hz mostram-se normais (menor/igual 25dB(NA)), e os limiares de audibilidade de 3.000, 4.000 e/ou 6.000 e/ou 8.000Hz estão alterados, isto é, maior que 25dB(NA).

Grupo 3 = PAIRO de 3.º grau, no qual se nota que as frequências de 500 e 1.000Hz são normais, enquanto as frequências de 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 e 8.000Hz apresentam alteração maior que 25dB(NA).

Grupo 4 = PAIRO de 4.º grau, em que apenas a frequência de 500Hz se apresenta normal; todas as outras mostram-se alteradas com limiares de audibilidade maiores que 25dB(NA).

Grupo 5 = PAIRO de 5.º grau, em que todas as frequências estão afetadas, sendo que as frequências agudas mostram-se mais comprometidas do que as graves e médias.

Grupo 6 = ruído (PAIRO) + outra causa (PANO, ou seja, Perda Auditiva Não Ocupacional). Neste grupo registram-se todos os traçados audiométricos que forem sugestivos de no mínimo dois agentes patológicos, um dos quais deve ser obrigatoriamente o ruído.

Grupo 7 = outras causas que não o ruído, no qual registram-se todos os traçados audiométricos referentes à Perda Auditiva Não Ocupacional (PANO).

Exposição prolongada a sons de menor intensidade pode causar perda de audição. Urge, por isso, que a indústria, consciente do perigo do ruído prejudicial, acautele os obreiros sujeitos a ruídos indesejáveis no seu trabalho com medidas protetoras da audição.

Em que pese a opinião de alguns otólogos de que o único problema de saúde de qualquer modo relacionado com as ondas sonoras é a perda temporária ou permanente da audição, *data venia*, lembramos:

— um ruído subitâneo e inesperado, como o estouro de uma bomba de São João, produz um estado de sobressalto do qual resulta complexa resposta do organismo a essa ocasião emergencial, manifestada pela cabeça defletida para diante, esgar facial, hiperglicemia, adrenalinemia, taquicardia, sudorese, hipertensão arterial, redução do fluxo salivar e dos sucos gástricos, cessamento da digestão e retesamento dos músculos da cabeça aos joelhos, numa reação fugaz de alguns segundos; outros manifestam um quadro de distonia neurovegetativa, com debilidade extrema, sudorese, náuseas, lipotimia etc.;

— a contínua exposição a qualquer ruído constante e moderadamente intenso contendo uma larga série de frequência, como uma motosserra, por exemplo, pode provocar vasoconstrição cutânea e, além de afetar a audição, comprometer a visão prejudicando a percepção em profundidade e a acomodação visual, e distúrbios no metabolismo orgânico e aumento na atividade das glândulas suprarrenais;

— sons de 140dB produzem sensação de vibração intracraniana, dor aguda no ouvido médio, perda de equilíbrio, náusea, vômitos;

— ruídos intensos e contínuos produzem irritabilidade, neurastenia, emagrecimento, insônia, hipotensão arterial, graves percussões no sistema nervoso e neurovegetativo, alterações do equilíbrio e da marcha, náuseas, vômitos, lesões no ouvido interno e até ruptura do tímpano;

— ondas sonoras acima de 175dB podem provocar ruptura da membrana do tímpano desprotegido, obliterar o mecanismo do ouvido interno, desencadear convulsões e até morte;

— existe um *limite superior de audibilidade*, chamado “limiar da sensação dolorosa”, perceptível também pelos que já não têm sensibilidade sonora, caracterizado por uma sensação de sofrimento que substitui a audição;

— os ruídos crônicos desencadeiam certas doenças do trabalho (*vide* “Infortunistica”), caracterizadas por hipoacusia que evolui paulatinamente degenerando os órgãos de Corti até a surdez, distúrbios psíquicos, neuroses de exaustão, irritabilidade, nervosismo e insônia. Como exemplo, a neurose das telefonistas que operam nos grandes centros urbanos.

Os otologistas empregam, dentre outras, as seguintes provas acústicas:

Prova de Weber: um indivíduo normal ouve as vibrações sonoras iguais em ambos os ouvidos quando se coloca o pé de um diapasão sobre a linha sagital do crânio. Obliterando-se um dos ouvidos, ouvirá o examinando melhor desse lado, porque as ondas sonoras não evadem para o exterior e mais estimulam o aparelho auditivo receptor, determinando melhor audição.

Se com ambos os ouvidos destapados o indivíduo ouvir as ondas sonoras, por exemplo, melhor à esquerda, suspeita o examinador de que a lesão está localizada no aparelho auditivo de transmissão desse lado.

Prova de Rinn — quando a agudeza auditiva está diminuída, procede-se a esta prova para distinguir se a lesão está assentada no aparelho de transmissão (ouvido médio e ouvido externo) ou no aparelho de percepção (ouvido interno).

Prova de Moos — serve para desmascarar simulação.

Fecha-se o ouvido que o examinando declara ouvir normalmente e aplica-se a prova de Weber. Se o indivíduo afirmar que a sua audição desapareceu no ouvido obliterado, tratar-se-á de simulação (sinistrose, indenizofilia), pois o correto será ouvir melhor desse lado, o que se explica pela condução aérea do som.

Enfim, a perícia médico-legal objetiva estabelecer o diagnóstico e a relação de causalidade entre essas energias físicas e o dano sofrido pelo examinando.

LIMITES DE TOLERÂNCIA PARA RÚIDO CONTÍNUO OU INTERMITENTE

NÍVEL DE RUÍDO dB (A)	MÁXIMA EXPOSIÇÃO DIÁRIA PERMISSÍVEL
85	8 horas
86	7 horas
87	6 horas
88	5 horas
89	4 horas e 30 minutos
90	4 horas
91	3 horas e 30 minutos
92	3 horas
93	2 horas e 40 minutos
94	2 horas e 15 minutos
95	2 horas
96	1 hora e 45 minutos
98	1 hora e 15 minutos
100	1 hora
102	45 minutos
104	35 minutos
105	30 minutos
106	25 minutos
108	20 minutos
110	15 minutos
112	10 minutos
114	8 minutos
115	7 minutos

Ruído contínuo ou intermitente, para fins de aplicação de limites de tolerância, é todo aquele que não é ruído de impacto.

Ruído de impacto é todo aquele que apresenta picos de energia acústica de duração inferior a 1 (um) segundo, a intervalos superiores a uma unidade de tempo.

Se durante a jornada de trabalho ocorrerem dois ou mais períodos de exposição a ruído de diferentes níveis, devem ser considerados os seus efeitos combinados, de forma que, se a soma das seguintes frações:

$$\frac{C1}{T1} + \frac{C2}{T2} + \frac{C3}{T3} + \dots + \frac{Cn}{Tn} ;$$

em que Cn indica o tempo total de exposição a um nível de ruído específico e Tn, a máxima exposição diária permissível a este nível, exceder a unidade, a *expositio* estará acima do limite de tolerância, oferecendo ao obreiro, sem proteção adequada, risco grave e iminente.

6.4. Energias de ordem química

São as energias que, entrando em contato interno ou externo com o organismo, são capazes de provocar danos à saúde ou à vida, como os cáusticos, produtores das lesões viscerais e cutâneas denominadas vitriolagem, e os venenos.

6.4.1. Vitriolagem

Chamam-se vitriolagem as lesões viscerais e cutâneas produzidas por substâncias cáusticas (de *Kaustikos*, o que queima).

São substâncias cáusticas tanto os ácidos (ácido sulfúrico ou óleo de vitriolo, que empresta seu nome à vitriolagem, o ácido azótico ou nítrico, o ácido clorídrico, o ácido crômico, o hipoclorito de sódio, o permanganato de potássio, o fenol, o fósforo branco, a água de cobre — mistura de água, ácido sulfúrico e ácido oxálico), que atuam por coagulação das albuminas e intensa desidratação dos tecidos mortificados, quanto as bases cáusticas (potassa, soda, amônia), liquefacientes que agem por dissolução dos minerais, todas essas substâncias determinando na pele e nas mucosas ulcerações sem nenhuma tendência a hemorragias, em que pese causarem queimaduras químicas ou dano progressivo até que sejam totalmente inativadas pela reação com os tecidos.

A natureza jurídica da vitriolagem pode ser criminosa, suicida ou acidental.

A criminosa, quase sempre determinada por ciúme ou vingança — caso raro nos tempos atuais —, é crime perpetrado mediante arremesso de ácidos ou de bases cáusticas na face, pescoço, tórax, ou aparelho genital da vítima, objetivando causar-lhe danos corporais deformantes, resultando, pois, a lesão gravíssima a que se refere o dispositivo 129, § 2.º, IV, de nossa lei substantiva penal. O homicídio criminoso por ingestão forçada é possível, em casos de superioridade de forças ou em que a vítima não possa, por qualquer motivo, opor resistência.

Exceção dos cabelos, um corpo imerso em ácidos fortes, tem as demais partes destruídas — inclusive os ossos e os dentes —, em menos de 24 horas, transformando-se numa massa negra e disforme.

Não é raro o suicídio por ingestão de potassa ou de soda cáustica.

O acidente é explicado pela ingestão involuntária de substâncias cáusticas por embriagados ou nas fábricas, por explosões ou derrame de recipientes que as contêm.

6.4.1.1. Perícia médico-legal

O ácido azótico ou nítrico provoca o aparecimento de crostas ou escaras secas, resistentes, amareladas, xantoproteicas, resultante da sua ação sobre as albuminas dos tecidos mortificados.

O ácido sulfúrico concentrado produz escara enegrecida e seca, devido à decomposição do sangue em hematina e à intensa desidratação dos tecidos atingidos.

O ácido clorídrico e o ácido acético, de ação menos intensa que a dos citados, determina escara de tonalidade esbranquiçada.

Todas essas crostas ou escaras produzidas por cáusticos coagulantes como que protegem os tecidos mais profundamente situados da ação traumática dessas espécies de agentes químicos.

Da atuação dos cáusticos liquificantes sobre o revestimento cutâneo e mucosas não se formam crostas ou escaras protetoras. O agente causal produz, habitualmente, lesões teciduais mais profundas e dolorosas pela exposição das terminações nervosas à ação do meio exterior. A área corporal comprometida mostra-se úmida, mole, saponácea, pela reação química dos álcalis fortes com as gorduras, formando sabões, ou sobre as proteínas, originando albuminatos.

As queimaduras químicas tendem a ser profundas e progressivas até enquanto a substância cáustica não é totalmente afastada ou neutralizada por meio da lavagem abundante das lesões com água corrente ou soro fisiológico.

No tratamento local das queimaduras químicas, quando elas comprometem áreas nobres, como a face e extremidades, ou o tórax, a primeira medida recomendada consiste em despir rapidamente o ofendido e submetê-lo, como foi dito, à lavagem imediata com grande volume de água, por várias horas (o tempo decorrido entre o evento danoso e a remoção do agente com água está diretamente relacionado com a profundidade e a extensão da lesão), objetivando promover a diluição hídrica do agente e diminuir a taxa de reação química entre a substância cáustica e os tecidos atingidos. Esta lavagem é de maior importância que a neutralização da substância cáustica por seu antídoto (ácido ou base), pois que a neutralização por álcali, por exemplo, gera reação exotérmica que aumenta o risco de ocasionar queimadura adicional, além de ser apenas superficial, não atingindo os tecidos profundos.

Na sequência, reposição hídrica adequada, controle efetivo do débito urinário, dos níveis gasométricos do sangue, dos eletrólitos plasmáticos, dos sinais vitais e

nível de consciência e, localmente, oclusão com gaze vaselinada, a cada dois dias, desbridamento tecidual precoce e preparo das áreas comprometidas para posterior enxertia.

Quando os olhos são atingidos, além de lavar demoradamente com água destilada e soro, recomenda-se o uso de ciclopérgicos e de antibióticos sob a forma de colírios ou gotejamento constante.

Supondo sobrevivência, o ofendido sofre dores atrozes, vômitos de odor ácido ou alcalino, atresia ou estenose esofágica e gangrena gastrointestinal, às vezes seguidas de peritonite, conseqüente à ingestão desses agentes químicos. Infecções piógenas e, não raro, cicatrizes da pele deformantes, salientes, queloides, com extensas retrações quando situadas nas proximidades dos olhos, boca e esôfago.

E sequelas várias, a saber: cicatrizes irregulares e quase sempre horripilantes, lesões graves dos olhos e cegueira, lesões graves na orofaringe, estenose esofágica, supuração local, cicatrizes queloidianas retráteis, responsáveis por atitudes viciosas etc.

A mortalidade precoce na vitriolagem grave está amiúde relacionada com hipotensão e necrose tubular aguda, devido a um frequente erro de subestimação inicial da extensão e profundidade e conseqüente reposição hídrica insuficiente.

A morte pode ser conseqüente ao choque neurogênico, à perfuração do estômago, à hemorragia gástrica, à asfixia por edema da glote, infecções local e/ou sistêmica, broncopneumonia, caquexia por estenose do esôfago etc.

À necropsia, encontra o perito lesões múltiplas dos rins, do fígado, do aparelho gastrointestinal, vasos trombosados, hiperemia do sistema nervoso central; estômago de coloração negra, volume reduzido e, por vezes, pergaminhado ou coriáceo, na vitriolagem produzida pela ingestão de ácidos. E toda a parede gástrica edemaciada e necrosada, de consistência diminuída, com suas pregas tendendo a desaparecer (gangrena úmida de Tardieu), na vitriolagem por ingerimento de bases cáusticas.

Finalmente, transforma-se o sangue numa massa gelatinosa e achocolatada, lembrando o sangue dos grandes queimados.

6.4.2. Venenos

Existem várias definições de veneno, o que está a demonstrar não haver nenhuma que o faça satisfatoriamente. Com efeito, nada mais dificultoso do que definir veneno, pois os alimentos e os medicamentos, em determinadas circunstâncias, podem causar danos à saúde ou à vida. O inverso é verdadeiro: em certas situações, dependendo da dose, os venenos podem ser medicamentos.

Poder-se-ia, talvez, conceituar veneno como toda substância originária dos reinos mineral, vegetal ou animal que, independente da dose, introduzidas por qualquer via no organismo, danificam a saúde e causam a morte.

E por que não, se até substância inofensiva como a água pode ser tóxica quando administrada em quantidade suficientemente grande a indivíduo comum e em gozo de relativa saúde? À primeira vista, parecerá correta tal maneira de pensar; contudo, não é assim, pois para que uma substância seja classificada como veneno é necessário que a "ação tóxica seja seu efeito habitual" e que ela aja quimicamente quando introduzida em pequenas doses no organismo. Fiquemos, desse modo, com a definição clássica de veneno, a qual engloba todos esses fatores:

"Um veneno é uma substância que, quando introduzida no organismo em quantidades relativamente pequenas e agindo quimicamente, é capaz de produzir lesões graves à saúde, no caso do indivíduo comum e no gozo de relativa saúde".

Envenenamento é a ação ou efeito de envenenar peculiar a cada veneno.

Consoante o estado físico, ou a composição química, ou a sua proveniência, Buzzo e Soria assim subdividem os venenos:

- 1) venenos gasosos;
- 2) venenos voláteis;
- 3) venenos minerais: metais e metalóides;
- 4) ácidos e álcalis minerais;
- 5) ácidos orgânicos;
- 6) alcalóides, ptomáinas e glicosídeos;
- 7) venenos orgânicos sintéticos (medicamentos);
- 8) venenos de origem alimentar;
- 9) venenos vegetais (toxalbuminas);
- 10) venenos animais.

O festejado Prof. Marco Segre, arrimado na observação dos casos internados no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas (São Paulo), sugere a seguinte enumeração:

- 1) Por medicamentos:
 - a) Depressores do SNC: hipnóticos (barbitúricos e derivados); sedativos (brometos); neuroplégicos (clorpromazina); anestésicos (hidrato de cloral, clorofórmio); hipnoanalgésicos (codeína, morfina).
 - b) Vagolíticos: atropina e derivados; extrato de beladona.
 - c) Bacteriostáticos e antiparasitários: sulfas e derivados; tártaro emético; sulfonas; antimoniais; tetracloreto de carbono; Neoarsfenamina; extrato de feto macho; Metoquina; antibióticos.
 - d) Cardiotônicos: digitálicos.
 - e) Estimulantes do sistema nervoso: estriocina e derivados; Cardiazol- -efedrina.
 - f) Antipiréticos: ácido acetil-salicílico e derivados.
 - g) Antissépticos: ácido fênico.
 - h) Antialérgicos: Fenegan, Benadryl, Neoantergan.
 - i) Expectorantes: creosoto.
 - j) Hipotensores: reserpina.
 - l) Vasodilatadores coronários: nitrato de pentaeritrol.
- 2) Por produtos químicos de usos diversos:
 - a) Produtos de uso caseiro: raticidas e formicidas com base em As, CN.P, estriocina, bissulfeto de C; inseticidas em geral (DDT, Gammexane, Paration); detergentes (gasolina, benzina, creolina); corrosivos (soda cáustica, ácido muriático, ácido sulfúrico, bicloreto de mercúrio); gás de iluminação (monóxido de carbono); querosene; óleo diesel; loções; amoníaco; água sanitária.
 - b) Substâncias de laboratório: arsênio, fósforo, ácido cianídrico e cianetos, bicloreto de mercúrio, bissulfeto de carbono etc.
- 3) Por plantas tóxicas:

Saia-branca (*Datura arborea* e *suaveolens*); mandioca-brava (*Manihot utilissima*); mamona (*Ricinus communis*); pinhão-do-paraguai (*Jatropha curcas*); fungos; sabinha (*Juniparus sabinus*); arruda (*Ruta graveolens*); apiol (*Apium graveolens*).
- 4) Por venenos animais:

De répteis (serpentes); de artrópodes (aracnídeos: aranhas, escorpiões; insetos: abelhas, vespas) etc.

São vias de penetração dos venenos no organismo: a gastrointestinal, a respiratória, a pele e as mucosas, o sangue, a intradérmica, a intraperitonal. A rapidez de ação dos venenos depende da via de introdução. Qualquer que seja, porém, a via de introdução, o campo de ação dos venenos é o *capilar*. Influenciam a maior ou menor rapidez de ação dos venenos a repleção ou vacuidade gástrica, os alimentos gordurosos, as condições hepáticas e renal, o mitridatismo, a idade, o sexo etc.

A via de eliminação mais importante dos venenos ou dos produtos resultantes de sua decomposição é a *renal*, o que recomenda a colheita da urina contida na bexiga em toda perícia toxicológica. São eliminados, também, pelo aparelho digestivo, saliva, fígado, pele, pulmões. São encontrados na placenta e até, decorridos alguns anos, nos cabelos e unhas, como acontece nos casos de envenenamento pelo arsênico. Alguns venenos são eliminados *in totum* pelo organismo, vale dizer, sem sofrerem qualquer modificação em sua estrutura molecular, como ocorre com a estriocina, o ácido cianídrico etc. Outros são reduzidos: os bromatos passam a bromuretos; os iodados, a estado de ioduretos.

Em caso de envenenamento, conhecido o *venenum*, deve-se, em primeiro lugar, procurar eliminá-lo do organismo, pela ingestão de grande quantidade de água morna e provocação de vômito por titulação da úvula e da orofaringe e, a seguir, neutralizá-lo pela ação de antidotos, como ovos crus, decocção de linhaça, mucilagem de goma arábica, solução de sabão ou cal, vinagre diluído, suco de limão ou laranja, óleo de rícino, carvão, pequenas doses de gordura, manteiga, banha, toucinho (conforme seja o veneno), mantendo-se o periclitante em posição horizontalizada.

A chamada marcha sistemática da perícia toxicológica nos casos de suspeita de morte por envenenamento é feita por perito especializado em química, vale dizer, por profissional profundamente conhecedor de Toxicologia forense, que, por seu vertiginoso evoluir, deixou de ser um simples ramo da Medicina Legal para constituir-se, atualmente, em ciência autônoma.

O líquido orgânico ou fragmentos de vísceras cadavéricas a serem submetidos a exame toxicológico analítico devem ser conservados em geladeira, entre 0° e 4°C, como assinalamos alhures.

Para afirmar o diagnóstico de morte por envenenamento, o legisperito procurará orientar-se pelo *critério físico-químico ou toxicológico*, buscando isolar, identificar e dosar, no sangue colhido do coração e dos vasos da base, na urina, nas vísceras e nos tecidos em geral, as substâncias tóxicas suspeitas, associado ao *critério médico-legal*, fundamentando as suas deduções na possível ausência de outras lesões, na necropsia, que justifiquem o *exitus*.

A análise toxicológica pode ser solicitada pelo juiz *a quo*, pela autoridade policial à frente do inquérito, pelo experto que realizou a perícia no vivo ou no morto,

nunca, porém, pelo próprio examinando em sua própria defesa.

O homicídio qualificado por propinação de *venenum*, como meio insidioso, interessa ao Direito Penal, à Criminologia, à Toxicologia e à Psicologia Criminal.

O *veneficium* ocorre, em geral, motivado por:

a) causa passional (amor, ódio, ciúme, vingança);

b) cupidez (obtenção de lucro, sobretudo de herança);

c) anormalidade psíquica (loucura moral, degenerescência psíquica).

A vítima quase nunca é um estranho e sim pessoa com quem o envenenador mantém relacionamento próximo, de ordem afetiva ou sexual.

O venefício tem a preferência, mas não a exclusividade do sexo feminino.

Sua característica, amiúde, é a de a envenenadora atuar com uma ação lenta, porém permanente e contínua, por reecer que uma ação rápida desperte desconfiança da futura vítima ou, se consumado o crime, revele o venefício.

Nos Estados Unidos, no dia 2 de novembro de 1984, Velma Barfield — apelidada pela imprensa como a “avó envenenadora” — foi executada com uma injeção endovenosa letal, por ter envenenado seu noivo e mais três outras pessoas, inclusive sua genitora de 74 anos, objetivando obter dinheiro, pois era dependente de drogas.

Em São Paulo, na década de 40, Vera Lúcia Prates envenenou os filhos Marcelo, de cinco anos, e Gisela, de nove meses, como “vingança das brigas” com o consorte.

Quando as circunstâncias do caso de envenenamento são suspeitas, o médico do paciente tem o dever de preservar qualquer indício que se possa mostrar de especial valor, como vômito, urina ou fezes emitidas, alimento ou medicamentos que possivelmente tenham contribuído para os sintomas, guardando-os em recipientes de vidro limpos e selados de maneira a prevenir qualquer alteração fraudulenta. Os frascos contendo o material coletado serão enviados à autoridade competente, a qual determinará a sua análise posterior por especialista em Toxicologia. E terá o cuidado de anotar minuciosamente dados sobre suas observações referentes ao caso (pois elas serão de grande valia se for necessário seu testemunho) e, no caso de falecimento do paciente, de não assinar o atestado de óbito ou permitir a remoção do cadáver para exumação.

6.5. Energias de ordem físico-química

Estudaremos aqui a asfixia em geral e a asfixia em espécie: enforcamento, estrangulamento, esganadura, por sufocação direta ou indireta, por afogamento, por gases irrespiráveis, ou seja, a Asfixiologia forense.

6.5.1. Asfixiologia forense

É o capítulo da Medicina Legal que estuda as asfixias.

Embora consagrada pelo uso, a palavra asfixia não informa a realidade, pois significa “não pulsar” (a + *sphyxis*). Do ponto de vista médico, asfixia é a *supressão da respiração*. A morte, qualquer que seja a sua modalidade, é sempre determinada por asfixia. Com efeito, fisiopatologicamente, cessadas as trocas orgânicas por influência patológica ou por impedimento mecânico de causa fortuita, violenta e externa, é por asfixia que a morte sobrevém, antecedendo, mor das vezes, a parada cardíaca.

6.5.2. Asfixias em geral

Todo ser vivo respira.

Para que a respiração se processe em condições de normalidade é necessário que o ambiente externo seja gasoso, com um teor de oxigênio de aproximadamente 21%, azoto 78%, gás carbônico 0,03%, portanto, praticamente livre de gases tóxicos, e que haja permeabilidade das vias respiratórias, movimentação toracodiafragmática, expansibilidade pulmonar, circulação sanguínea e volemia em condições suficientes para o transporte de oxigênio à intimidade dos tecidos e garantir regularidade à hematose.

Nem todo o oxigênio do ar inspirado alcança os alvéolos pulmonares: 4% dele fica retido pelas vias aéreas superiores. Isto posto, a proporção de oxigênio do ar alveolar é de 17% e não 21%.

O homem requer essa taxa de oxigênio para viver; por isso, percentual de 7% de oxigênio no ar atmosférico ocasiona perturbações orgânicas relativamente graves, e percentual de 3%, *exitus* por exaustão de oxigênio pulmonar e hipercapnia.

Ao nível dos alvéolos pulmonares ocorre a hematose, ou seja, a transformação, por osmose, do sangue venoso, vindo do coração direito, em arterial, pela perda de gás carbônico e conquista de oxigênio. A tensão do gás carbônico é mais elevada no sangue do que no ar alveolar. Em troca, a tensão do oxigênio é maior nos alvéolos do que nos capilares pulmonares. Essa diferença de pressão entre os gases do ar alveolar e os do sangue é que motiva as permutas de gás carbônico por oxigênio na hematose pulmonar.

Denomina-se *ar circulante* ou *respiratório* a quantidade de ar que entra e sai dos pulmões (cerca de 500cc), em respiração calma. *Ar complementar* (1.500cc) é o maior volume de ar introduzido nos pulmões, numa inspiração forçada. *Ar de reserva* (1.500cc) é a quantidade de ar eliminado numa expiração profunda. *Ar residual* é nome que se dá ao volume de ar (1.000cc) que sempre permanece nos pulmões, por mais forçada que seja a expiração. Assim, a *capacidade vital*, total do ar circulante, do complementar e do de reserva é 3.500cc, e a *capacidade pulmonar*, conjunto do residual e do de reserva, 2.500cc. A *capacidade total* dos pulmões soma, pois, 4.500cc.

A frequência respiratória normal é, em média:

recém-nascido 40-45 movimentos respiratórios por minuto

lactente 25-30 movimentos respiratórios por minuto

pré-escolar 20-25 movimentos respiratórios por minuto

escolar 18-20 movimentos respiratórios por minuto

adolescente 18 movimentos respiratórios por minuto

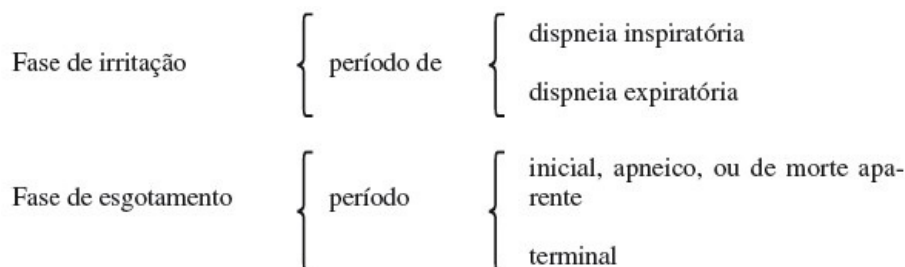
A frequência dos movimentos respiratórios é de 16 por minuto, no adulto normal, em repouso. Nas mulheres, em repouso, admite-se 18-22 movimentos por minuto.

Geralmente, a cada movimento respiratório, no indivíduo normal, em condições de repouso físico e mental, correspondem 4 pulsações cardíacas.

Chama-se *eupneia* a respiração normal; *bradipneia*, a diminuição dos movimentos respiratórios, e *taquipneia*, o aumento da frequência respiratória. A *bradipneia* é também denominada *espaniopneia* e *oligopneia*, e a *taquipneia*, *polipneia* e *hiperpneia*. *Dispneia* é a respiração forçada e difícil. Jimenez Dias a definiu como “a sensação de uma respiração que não se realiza bem”. *Ortopneia* é termo que indica *dispneia* tão intensa que obriga o indivíduo a sentar-se para dar inteira liberdade de ação aos músculos auxiliares da respiração. *Apneia* é a pausa ou suspensão temporária da respiração.

6.5.3. Fisiopatologia e sintomatologia

Compreende duas fases: de irritação e de esgotamento, cada uma com dois períodos.



— *Fase de irritação*: abrange o período de dispneia inspiratória, com cerca de um minuto de duração, durante o qual o asfíxico, sem perder a consciência, sorve desordenadamente em grandes haustos o ar, e o período de dispneia expiratória, com permanência de aproximadamente 3 minutos, em que há inconsciência e, algumas vezes, convulsões tônico-clônicas devidas à ação excitadora do gás carbônico.

— *Fase de esgotamento*: compreende o período inicial, de pausa ou de morte aparente, em que sobrevém parada da respiração durante algum tempo, e o período terminal, em que ocorrem os últimos movimentos respiratórios que precedem a morte. O tempo de duração da fase de esgotamento é de aproximadamente 3 minutos.

O tempo total de um processo asfíxico típico é, portanto, de cerca de 7 minutos. Há, entretanto, exceções: na submersão, Taylor refere-se a 4 a 5 minutos; no enforcamento, quando a morte não sobrevém logo por inibição dos centros nervosos, dependendo precipuamente da intensidade de constrição, em geral a morte depende, para manifestar-se, até 10 minutos.

Observa-se, então, que consoante seja a modalidade de processo asfíxico, a idade, a higidez, os hábitos respiratórios, nem sempre as fases de irritação e de esgotamento obedecem à sequência como foi descrita, os seus períodos, muita vez, não guardando limite nítido de separação, antes se interpondo ou mesclando-se.

Se não houver êxito letal, após estado asfíxico avançado, podem resultar perturbações psíquicas (amnésia) ou neurológicas (convulsões).

6.5.4. Características das asfixias mecânicas em geral

Não há sinais patognomônicos de asfixia. Os que se relatam são sinais característicos, inconstantes, de valor relativo, que, associados a outros elementos, servem para o diagnóstico.

Costuma-se dividi-los em sinais externos e sinais internos.

Representam os sinais externos:

a) *Cianose da face* — Encontrada em certos tipos especiais de asfixia, como na esganadura, na estrangulação e na compressão torácica em que a estase da veia cava superior origina mui raramente a *máscara equimótica* da face, pode faltar em alguns casos de enforcamento. A cianose é uma tonalidade azulada da pele e mucosas devido à carboxiemoglobina patogenicamente aumentada no sangue capilar. Quando, na intimidade dos tecidos orgânicos, através dos capilares e líquidos intersticiais, a oxiemoglobina se despoja de parte de seu oxigênio e o sangue recebe ácido carbônico proveniente das combustões intracelulares, formando carboxiemoglobina, e esta chega aproximadamente a 5g%, atinge-se o limiar da cianose, acima do qual surge a cor azul ou, quando intensa, até francamente violácea, como borra de vinho, da pele e nas mucosas. Não deve ser confundida com as manchas de hipóstase, que se instalam, como nos afogados por submersão, nos cadáveres em posição de cabeça para baixo.

b) *Espuma* — De aspecto semelhante a um cogumelo sanguinolento exteriorizado pela boca e/ou pelo nariz, manifesta-se frequentemente nos casos de submersão, podendo faltar em outros tipos de asfixia. O cogumelo de espuma só se forma pela entrada de líquido nas vias aéreas e por expulsão de ar e muco nos indivíduos que reagiram à proximidade da morte e cujos cadáveres foram retirados precocemente da água (*vide n. 10.11, subitem 9*).

c) *Procidência da língua* — Encontrada no enforcamento e no estrangulamento em que a língua escurecida é projetada além das arcadas dentárias; pode, também, esporadicamente, ocorrer no afogamento, no início da putrefação.

d) *Equimoses externas* — Descritas por Engel, em 1854, são explicadas pelo extravasamento e infiltração do sangue que se coagula nas malhas dos tecidos, por ruptura dos capilares. Arredondadas e diminutas, localizam-se na pele das pálpebras, pescoço, face e tórax, e nas mucosas exteriores das conjuntivas, dos lábios e, menos comumente, das asas do nariz, formando, muitas vezes, verdadeiras sufusões sanguíneas.

e) *Livor cadavérico* — Aparece precocemente. É rosado na submersão, devido às modificações do sangue ocorridas nessa síndrome, vermelho vivo quando o agente é o óxido de carbono, e escuro nas asfixias mecânicas em geral.

De maior valia são os sinais internos. São eles:

a) *Os caracteres do sangue* — Abrangem o aspecto, a cor e a fluidez. Na morte por asfixia o sangue é fluido e de cor negra. Fazem exceção os que sucumbiram sob o efeito do monóxido de carbono, ficando a cor do sangue vermelho vivo e os afogados que ingeriram grande quantidade de líquido, com a cor do sangue rosada. Podem ser encontrados alguns coágulos esparsos e pouco consistentes. No coração estão ausentes os coágulos fibrinosos (brancos) e cruíricos (negros). Importa saber que a fluidez e a cor negra do sangue não são sinais patognomônicos das asfixias, pois podem estar presentes em outras modalidades de morte súbita em que, obviamente, não ocorreu agonia.

b) *Equimoses viscerais* — Conhecidas vulgarmente por petéquias, são também chamadas *manchas de Tardieu*, por terem sido descritas, em 1847, por esse autor, num caso de infanticídio. São encontradas em quase todos os tipos de asfixia. Têm forma arredondada, puntiforme ou lenticular ou de sufusões sanguíneas. São explicadas pela fluidez do sangue nos vitimados por asfixia e especialmente pela ruptura dos capilares produzida pelo aumento da tensão arterial consequente à excitação dos centros nervosos bulbares pelo gás carbônico. As manchas de Tardieu são petéquias violáceas, em pequeno número — três ou quatro —, ou aglomeradas em grande quantidade, recobrando a superfície pleural, interlobares e basilares dos pulmões, do pericrânio e, nos recém-nascidos, do timo. Podem, ainda, ser encontradas nas vísceras ocas e maciças, na mucosa gastroduodenal e nas vias respiratórias e no tecido celular profundo periaórtico e mediastínico. É por isso que alguns autores as classificam em equimoses viscerais superficiais, equimoses das mucosas e equimoses do tecido celular profundo.

As *manchas de Palttauf* são equimoses viscerais nos pulmões dos afogados.

c) *Congestão polivisceral* — Quase todos os órgãos da economia são passíveis de congestão nos diferentes tipos de asfixia. Entretanto, o mesentério, o fígado e os rins, notadamente no afogamento, são os que se mostram mais pletóricos, sendo por isso cognominados de “fígado e rins asfíxicos” de Etienne Martin. Com o baço sucede o contrário, pois, devido ao fato de contrair-se intensamente durante as fases da asfixia, mostra-se exangue (sinal de Etienne Martin).

6.5.5. Classificação das asfixias

Existem várias classificações das asfixias. Registramos a de Thoinot, a de Afrânio Peixoto e a de Oscar Freire.

A) Classificação de Thoinot:

- 1.º Asfixias mecânicas por constrição do pescoço; enforcamento; estrangulamento por mão; estrangulamento por laço.
- 2.º Asfixias mecânicas por oclusão dos orifícios respiratórios externos.
- 3.º Asfixias mecânicas por respiração num meio líquido (submersão), ou num meio pulverulento (soterramento).
- 4.º Asfixias mecânicas resultantes da oclusão das vias respiratórias por corpos estranhos.

B) Classificação de Afrânio Peixoto:

1.º Asfixias puras — são manifestadas pela anoxemia e hipercapneia:

a) Asfixias em ambiente por gases irrespiráveis:

- 1) confinamento;
 - 2) asfixia por monóxido de carbono;
 - 3) asfixias por outros vícios de ambiente.
- b) Obstaculação à penetração do ar nas vias respiratórias:
- 1) sufocação direta (obstrução da boca e das narinas pelas mãos ou das vias aéreas mais inferiores);
 - 2) sufocação indireta (compressão do tórax);
 - 3) transformação do meio gasoso em meio líquido (afogamento);
 - 4) transformação do meio gasoso em meio sólido (soterramento).

2.º Asfixias complexas — interrupção primária da circulação cerebral, anoxemia, hipercapneia; inibição por compressão dos elementos nervosos do pescoço:

- a) Constrição ativa do pescoço exercida pelo peso do corpo (enforcamento).
- b) Constrição ativa do pescoço exercida pela força muscular (estrangulamento).
- 3.º Asfixias mistas — graus variados dos fenômenos respiratórios, circulatórios e nervosos (esganadura).

C) Classificação de Oscar Freire:

1.º Modificações físicas do ambiente:

a) Modificações quantitativas dos componentes do ar (diminuição de oxigênio, aumento de gás carbônico, aumento de temperatura, excesso de umidade): confinamento.

b) Modificações qualitativas:

- 1) ambiente líquido em lugar de gasoso: afogamento;
 - 2) ambiente sólido em lugar de gasoso: soterramento.
- 2.º Obstáculos mecânicos no aparelho respiratório:
- a) Nas aberturas aéreas (narina e boca, glote): sufocação direta.
 - b) Nas vias aéreas, por constrição externa, devida a laço acionado pelo peso da própria vítima: enforcamento.
 - c) Nas vias aéreas, por constrição externa, devida a laço acionado pela força muscular ou equivalente: estrangulamento.
 - d) Nas vias aéreas, por constrição externa, devida à ação da mão: esganadura.
- 3.º Obstáculo na oxigenação das hemácias: asfixia pelo monóxido de carbono, segundo alguns autores.
- 4.º Supressão da expansão torácica por contenção externa: sufocação indireta.

Propomos, por supô-la didática, a seguinte classificação:

A. Asfixia por constrição do pescoço

A. Asfixia por constrição do pescoço	{	a) enforcamento; b) estrangulamento; c) esganadura.
B. Asfixia por sufocação	{	1.º Direta ou Ativa { a) oclusão dos orifícios externos das vias aéreas; b) oclusão das vias aéreas; c) soterramento; d) confinamento.
	{	2.º Indireta ou Passiva { compressão do tórax.
C. Introdução do indivíduo em	{	a) meio líquido (afogamento); b) ambiente de gases irrespiráveis (asfixia por gases).

Passamos, a seguir, ao estudo dessas diferentes modalidades de asfixia, consoante a ordem de nossa classificação.

6.5.5.1. Enforcamento

O enforcamento é a modalidade de asfixia mecânica determinada pela constrição do pescoço por um laço cuja extremidade se acha fixa a um ponto dado, agindo o próprio *peso* do indivíduo como força viva.

Principalmente suicida, o enforcamento poderá ser homicida ou acidental, lembrando-se, ainda, que época houve em nosso país em que foi suplicial.

O laço que constri o pescoço pode ser de três tipos: laços duros, constituídos por cordões e correntes, fios elétricos, arames, cordas, punhos de rede; laços moles, formados pelos lençóis, cortinas, gravatas unidas; e laços semi-rígidos, representados pelos cintos de couro.

O laço é constituído pelo nó, que pode faltar, fixo ou corredio, e pela alça, que é quem promove a constrição mecânica do pescoço interrompendo a livre circulação do ar atmosférico nas vias respiratórias por compressão da traqueia e, sobremaneira, pelo rechaço da base da língua contra a parede posterior da faringe.

A situação habitual do nó é na região posterior, alguma vez lateral e, só raramente, na frente do pescoço.

A disposição típica do laço é sempre em torno do pescoço, em geral em uma única volta, embora haja casos de várias circulares.

Extremamente variáveis, qualquer ponto de suspensão resistente serve para fixar o laço: galhos de árvores, bandeira de portas, traves de futebol, espaldar de camas, armadores de rede, maçanetas de portas, cravo de dormentes, grades de prisões.

A suspensão é dita típica ou completa quando o corpo permanece completamente suspenso no ar, apoiado exclusivamente pelo laço, e atípica ou incompleta se os pés, os joelhos, os braços ou mesmo o abdome tocam o solo, tendo ambas a mesma eficácia para desencadear a morte.

Antigamente negou-se o enforcamento atípico, por suspensão incompleta, supondo a lei simulação. Somente após 1830, com o suicídio do príncipe de Condé, foi-lhe atribuída validade jurídica.

6.5.5.1.1. Mecanismos fisiopatológicos no enforcamento

A morte no enforcamento pode surgir rápida, por inibição reflexa devido ao choque laríngeo e à irritação dos seios carotídeos, ou tardiamente (até 10 minutos), dependendo da intensidade da constrição ou das lesões locais ou a distância (danos medulobulbares).

No estudo fisiopatológico devem ser considerados os fenômenos ocorridos durante o enforcamento e os fenômenos de sobrevivência.

1) Fenômenos ocorridos durante o enforcamento:

Compreende três períodos:

a) *Período inicial* — A constrição do feixe vaso-nervoso do pescoço, comprometendo a vascularização cerebral, determina sensação de calor, zumbidos e perda rápida da consciência.

b) *Segundo período* — Respiratório, por impossibilidade do livre trânsito do ar atmosférico determinada pela obstrução das vias aéreas ao nível do osso hioide, pelo laço, e pelo rechaço da base da língua contra a parede posterior da faringe, promove hipoxemia seguida de hipercapnia, com convulsões, e de fenômenos ligados à paralisia do pneumogástrico.

c) *Terceiro período* — Sobrevém apneia, parada cardíaca e morte.

2) Fenômenos de sobrevivência:

Existem relatos de indivíduos que, retirados com vida, vêm a falecer posteriormente, sem ter recobrado a consciência, devido à lesão degenerativa das células cerebrais, pela anoxia. Outros vão a óbito alguns dias após, mesmo tornando à consciência. Sendo frustrados os enforcamentos, conforme a fase em que a vítima é socorrida, podem resultar perturbações locais ou gerais.

a) *Perturbações locais* — O sulco, em geral único, é descontínuo e desigual em profundidade, oblíquo ascendente, tumefeito e violáceo, situado comumente por cima da laringe, escoriando ou lesando a pele. Dor, afonia e disfagia, conseqüente à ação traumática do laço sobre os órgãos da fonação e da deglutição, congestão dos pulmões e broncopneumonia favorecidas pela introdução de corpos estranhos nas vias respiratórias.

b) *Perturbações gerais* — De origem asfíxica e circulatória, são representadas por confusão mental e depressão, amnésia, estado comatoso, paralisia do reto e retrovesical.

6.5.5.1.2. Lesões anatomopatológicas

— *Aspecto do cadáver*

Consoante a coloração da face distinguem-se os enforcados azuis e os enforcados brancos, o que se explica pelos graus variáveis de obstrução da circulação dos grossos vasos do pescoço. Nestes, a face é pálida e lívida, por completo impedimento da circulação por oclusão total das carótidas e das veias jugulares. Quando a constrição compromete intensamente as artérias do pescoço e mais completamente as jugulares, estabelece-se a estase venosa, que confere ao rosto tonalidade azulada e, raramente, pequenas equimoses palpebrais e conjuntivais.

A cabeça do enforcado pende sempre para o lado oposto ao nó, fletida para diante, o mento como que tocando o tórax. Dependendo da altura e da colocação do laço poderá ocorrer projeção da língua cianosada para o exterior e espuma sanguinolenta na boca e narinas. A exoftalmia não é sinal constante. O pavilhão auditivo é violáceo, podendo manifestar otorragia por ruptura do tímpano.

No enforcamento típico ou completo, os membros superiores pendem paralelamente ao corpo, com os punhos semicerrados. No enforcamento atípico ou incompleto, os membros superiores assumem posições as mais diversas, podendo, inclusive, os dedos ficarem presos entre o laço e o pescoço. Os membros inferiores, com os pés em extensão, podem apresentar contusões e feridas incisivas por projeção violenta dos mesmos contra paredes e objetos próximos.

A rigidez cadavérica instala-se mais tardiamente no enforcamento.

As hipóstases e as equimoses *post mortem*, pela ação da gravidade, localizam-se na metade inferior do corpo e, mais intensamente, na extremidade dos membros inferiores.

Segundo foi corretamente apontado por Tourdes, no enforcamento ocorre putrefação seca na metade superior do corpo e úmida na parte restante. Se assim não for há que pensar em simulação de suicídio. Cabe, sem dúvida, essa mesma observação no que concerne à hipóstase e às equimoses *post mortem*, quando o corpo é suspenso imediatamente após o óbito.

Na suspensão completa, devido à perda de tonicidade e eventual repleção das vesículas seminais, poderá ocorrer, muita vez, ejaculação *post mortem* e engurgitamento hipostático dos corpos cavernosos penianos. Esses fenômenos agônicos — turgescência peniana e ejaculação — têm levado alguns parafilicos a obter sensações voluptuosas por meio de constrição espontânea do pescoço, por meio de laço, parece que sem a intenção de conduzir o enforcamento até a morte. Contudo, logo sobrevém estado de inconsciência e subseqüentemente a morte da vítima antes que ela tenha conseguido o intencionado efeito sexual libertador do agulhão da carne.

6.5.5.1.3. Sinais externos

Abrange o sulco deixado pelo laço. A situação do sulco no enforcamento completo é na parte mais alta do pescoço, entre o hioide e a laringe. Faz exceção o enforcamento incompleto ou o impedimento do laço de deslocar-se, por um bócio relativamente desenvolvido, como exemplo. Geralmente único, podendo ser duplo, triplo ou múltiplo, de conformidade com o número de voltas em torno do pescoço, e de direção oblíqua ascendente bilateral anteroposterior, o sulco habitualmente é descontinuo, interrompendo-se nos pontos correspondentes à interposição de corpos moles e especialmente nas proximidades do nó. Exceções: no enforcamento incompleto o sulco pode excepcionalmente ser horizontalizado ou oblíquo descendente; e contínuo, quando produzido por laço muito apertado. O emprego de laços moles, ou quando é interposto um corpo mole entre os mesmos e o pescoço, se a constrição não foi muito demorada, o sulco pode faltar.

A largura e a profundidade do sulco dependem da espessura do laço, da sua consistência e do tempo de constrição.

Os sulcos produzidos por laços moles têm o leito de consistência mole e são de tonalidade pálida ou azulada, e os determinados por laços duros são pergaminhados, firmes e pardo-escuros (linha argêntica), devido à desidratação do tecido conjuntivo subcutâneo.

São os seguintes os sinais que podem ser encontrados no sulco do enforcamento:

- a) sinal de Ponsold: livores cadavéricos, em placas, interna e externamente, nas bordas do sulco;
- b) sinal de Azevedo Neves: livores puntiformes por baixo e por cima das margens do sulco;
- c) sinal de Thoinot: zona violácea ao nível das margens do sulco;
- d) sinal de Neyding: infiltrações hemorrágicas puntiformes no leito do sulco;
- e) sinal de Ambroise Paré: pele enrugada e escoriada no leito do sulco;
- f) sinal de Lesser: vesículas sanguinolentas no fundo do sulco;
- g) sinal de Bonnet: marcas da textura do laço.

No exame histológico do sulco observam-se as sufusões hemorrágicas acima descritas, constituindo elas um bom indicio para a diferenciação entre o enforcamento verdadeiro e a simulação de enforcamento em cadáver de vitimado por outra causa.

6.5.5.1.4. Sinais internos

Compreendem os sinais locais, os sinais dos planos profundos do pescoço e os sinais a distância.

1) *Sinais locais* — São representados por sufusões hemorrágicas da derme e da tela subcutânea.

2) *Sinais dos planos profundos do pescoço* — Registramos os mais importantes do ponto de vista médico-legal:

- a) sinal de Hoffmann-Haberda: infiltrações sanguíneas dos músculos cervicais;
 - b) sinal de Morgagni-Valsalva-Orfila-Roëmmmer: fratura do corpo do osso hioide;
 - c) sinal de Hoffmann: fraturas das apófises superiores da cartilagem tireoide;
 - d) sinal de Helwig: fratura do corpo da cartilagem tireoide;
 - e) sinal de Morgagni-Valsalva-Deprez: fratura do corpo da cartilagem cricoide;
 - f) sinal de Amussat-Divergie-Hoffmann: seção transversal da túnica íntima da carótida comum, próxima à sua bifurcação;
 - g) sinal de Friedberg: sufusão hemorrágica da túnica adventícia;
 - h) sinal de Dotto: ruptura da bainha miélnica do vago;
 - i) sinal de Ambroise Paré: luxação da segunda vértebra cervical;
 - j) sinal de Brouardel-Vibert-Descourt: equimoses retrofaringeanas.
 - l) lesão de Orsòs: gotas de gordura emulsionadas pelo líquido tissular na tela adiposa subcutânea.
- 3) *Sinais a distância* — Já foram descritos nas asfixias em geral.

6.5.5.1.5. Explicação da morte no enforcamento

a) *Morte por asfixia mecânica* — Descrevemos alhures que o rechaço da base da língua contra a parede posterior da faringe, contra a qual se associa a ação do próprio laço, obstrui as vias respiratórias, comprometendo a oxigenação e favorecendo a hipercapnia e a morte.

b) *Morte por obstrução mecânica circulatória* — A obstrução das artérias carótidas comuns e vertebrais ocasiona perturbações cerebrais e morte.

c) *Morte por inibição* — A constrição exercida pelo laço lesa os nervos vagos e os seios carotídeos, determinando a morte.

6.5.5.2. Estrangulamento

O estrangulamento é a asfixia mecânica por constrição do pescoço por laço tracionado por qualquer força que não seja o *peso* da própria vítima.

Será também estrangulamento a asfixia mecânica por constrição do pescoço promovida pelo golpe chamado “chave de braço” ou “gravata”, pé nele apoiado etc.

Os antigos dividiam essa modalidade em estrangulamento *por laço* e estrangulamento *pela mão*. Da definição deduz-se, no entanto, que a espécie exige, na maior parte das vezes, a constrição do pescoço por laço acionado pela vítima (suicídio), ou, como é mais comum, por terceiros (homicídio) ou qualquer força que não o próprio peso da vítima. Assim, explica-se o desuso atual do complemento, bastando falar estrangulamento. Atualmente, o estrangulamento pela mão chama-se esganadura.

6.5.5.2.1. Fisiopatologia

Compreende o estudo de três fatores:

a) *Asfixia* — Devido à situação do laço, é mais decisiva que no enforcamento. É determinada pela obliteração da traqueia e fechamento da fenda glótica, pela aplicação de uma força (aproximadamente 25 quilos) que impede a passagem de ar para os pulmões, que, como no enforcamento, desencadeia rápida perda da consciência.

b) *Obliteração dos vasos do pescoço* — Por compressão do feixe vaso-nervoso do pescoço, a circulação cerebral, representada especialmente pelas artérias vertebrais e carótidas comuns e, em grau menor, pelas veias jugulares, ocasiona graves comprometimentos encefálicos e morte.

c) *Compressão dos nervos do pescoço* — Notadamente atingindo os nervos vagos, confirmada pelo sinal de Dotto, promove, no estrangulamento, a morte por inibição do sistema nervoso central.

6.5.5.2.2. Sintomatologia

Dependendo do modo lento, violento ou contínuo por que o estrangulamento se processou, em geral a vítima passa por três períodos: resistência, inconsciência e convulsões, asfixia e morte aparente seguida por morte real.

Na tentativa de estrangulamento podem surgir amnésia, confusão mental, agitação, angústia, convulsões, dor cervical, dispneia e disfagia, espuma sanguinolenta bucal e relaxamento dos esfínteres.

6.5.5.2.3. Sinais externos do estrangulamento

a) face, em geral, tumefeita e violácea;

b) hemorragias puntiformes nas conjuntivas, na face, no pescoço e na região torácica anterior produzidas a distância do ponto de aplicação da força, pela asfixia;

- c) projeção externa da língua, intensamente cianosada;
- d) possível otorragia, com ou sem ruptura do tímpano;
- e) pavilhão auricular e lábios arroxeados;
- f) provável ocorrência de espuma sanguinolenta recobrimdo a boca e as narinas;
- g) o sulco tem sede geralmente sobre a laringe; único, duplo, triplo ou múltiplo, contínuo e de profundidade uniforme, de margens elevadas e cianosadas e leito deprimido pergaminhado, é tipicamente horizontalizado, podendo, porém, excepcionalmente, ser ascendente quando o laço foi tracionado pelo agente por detrás e para cima.

6.5.5.2.4. Sinais internos do estrangulamento

Na inspeção interna é necessário observar as lesões nos planos profundos do pescoço e as lesões a distância.

— Lesões nos planos profundos do pescoço:

- a) infiltração hemorrágica do tecido celular subcutâneo e dos músculos longos do pescoço;
- b) excepcionalmente, lesões do osso hioide e das cartilagens tireoide e cricoide;
- c) infiltrações hemorrágicas da adventícia das artérias carótidas (sinal de Friedberg);
- d) as rupturas transversais das carótidas, imediatamente abaixo da bifurcação (sinal de Amussat), ocorre apenas excepcionalmente;

e) Bonnet e Pedace afirmam que, no estrangulamento e no enforcamento, mesmo na ausência dos sinais de Amussat e de Friedberg, é possível provar histologicamente a existência de lesões das artérias carótidas comuns, próximas a sua bifurcação, especialmente representadas por achatamento, deformidade e rupturas.

6.5.5.2.5. Sinais a distância

Vide os sinais clássicos descritos no estudo das asfixias em geral.

6.5.5.2.6. Diagnóstico médico-legal do estrangulamento

O estrangulamento pode ser homicida, suicida, acidental e, antigamente, suplicial.

O estrangulamento homicida, por superioridade de forças, ou quando a vítima não pode por qualquer motivo defender-se, é a modalidade mais comum. É, com relativa frequência, empregada no infanticídio. O elemento surpresa também facilita a prática criminosa, como no chamado “golpe do pai Francisco”, em que o homicida aplica traiçoeiramente a alça em volta do pescoço da vítima e, num movimento rápido, sai encurvado com ela carregada às costas, presa pelo laço.

Nesta modalidade as formas suicida e acidental são raríssimas. O suicídio eventual é possível, preferentemente pelo emprego de torniquete. O estrangulamento acidental é fato exótico: pode, por exemplo, ocorrer por deslizamento de pesado fardo sobre as costas, apoiado ao pescoço por uma corda.

Por fim, o estrangulamento suplicial, pelo emprego do garrote, foi muito usado nos tempos antigos e, até recentemente, na Espanha.

As características diferenciais dos sulcos do estrangulamento e do enforcamento são as seguintes:

a) no estrangulamento o sulco é horizontal e, nos raros casos de suicídio, descendente ou ascendente, múltiplo, contínuo e uniforme, em toda a periferia do pescoço, e pergaminhado;

b) no enforcamento é único, oblíquo ascendente, de situação alta, por cima da cartilagem tireoidea, mais profundo na parte central da alça, descontínuo por interrupção ao nível do nó, e pergaminhado.

6.5.5.3. Esganadura

É a asfixia mecânica por constrição anterolateral do pescoço, impeditiva da passagem do ar atmosférico pelas vias aéreas, promovida diretamente pela mão do agente.

Essencialmente homicida, requer, para sua execução, superioridade de forças, ou que a vítima não possa, por qualquer motivo, opor resistência. É comum no infanticídio, no atentado ao pudor e no estupro. A lei não reconhece validade jurídica às formas suicida ou acidental.

O estudo experimental da esganadura, configurando obviamente impossibilidade, torna muito difícil precisar o tempo e os fenômenos ocorridos neste tipo de morte; entretanto, atualmente se imputa o êxito letal à asfixia e aos fenômenos inibitórios resultantes da compressão nervosa do pescoço, atribuindo-se à obliteração vascular ínfima importância.

Da tentativa de esganadura podem resultar disfagia, disfonia, tumefação cervical e miocontratura do pescoço.

No estudo da esganadura podem ser detectados os seguintes sinais:

6.5.5.3.1. Sinais externos a distância

a) cianose ou palidez da face, conforme o grau de constrição do pescoço;

b) pontilhado escarlatiniforme de Lacassagne, disseminado por área extensa da face e do pescoço;

c) congestão conjuntival;

d) raramente exorbitismo;

e) possível otorragia, principalmente se houver ruptura do tímpano;

f) possível ocorrência de prociência da língua e de espuma sanguinolenta nas narinas.

6.5.5.3.2. Sinais externos locais

a) equimoses elípticas ou arredondadas, situadas bilateral e irregularmente no pescoço, produzidas pela ação compressiva das polpas digitais do agressor;

b) estigmas ou marcas ungueais, escoriações produzidas pelo bordo livre das unhas do agressor, comumente pergaminhadas, variáveis em número e encontradas à esquerda da linha mediana do pescoço quando o agente é destro, ou em forma de *rastros escoriativos*, de diferentes tamanhos e direções, devido às reações da vítima ao defender-se. Importa saber que esses estigmas e rastros escoriativos pericervicais podem não ser encontrados se entre a mão e o pescoço se interpõem corpos moles, ou se o agressor usava luvas.

6.5.5.3.3. Sinais locais profundos

a) infiltrações hemorrágicas difusas nas partes moles do pescoço — são constantes e mais acentuadas que no estrangulamento;

b) fraturas dos pequenos e grandes cornos do osso hioide e das cartilagens tireoide e cricoide — também são mais frequentes que no estrangulamento;

c) lesões dos vasos do pescoço, tanto das carótidas como das jugulares — são bem mais raras. Registramos as *marcas de França* na esganadura, soluções de continuidade ou infiltrações hemorrágicas dispostas longitudinalmente, semilunares ou atípicas, e de concavidade voltada para a linha medial do pescoço, na túnica íntima da artéria carótida comum, próximas à bifurcação;

d) lesões da coluna vertebral — podem ocorrer apenas no infanticídio por esganadura;

e) equimoses do pericrânio, congestão das meninges e do encéfalo — não são incomuns.

Registramos que os sinais locais profundos podem não existir se a morte eventualmente ocorrer por inibição reflexa dos seios carotídeos.

6.5.5.3.4. Sinais a distância

São os anteriormente estudados nas asfixias em geral.

6.5.5.4. Sufocação

É a asfixia mecânica provocada pela obstrução direta ou indireta à penetração do ar atmosférico nas vias respiratórias ou por permanência forçada em espaço fechado.

6.5.5.4.1. Sufocação direta

A sufocação direta compreende as seguintes modalidades:

a) *Oclusão dos orifícios externos respiratórios* — Pelo emprego da mão ou de corpos moles, é de etiologia sempre criminosa, pois supõe acentuada desproporção de forças entre o agressor e a vítima, sendo praticada usualmente no infanticídio.

b) *Oclusão das vias respiratórias* — Frequentemente acidental por aspiração brusca de corpos estranhos (dentaduras, porções de alimentos, rolha de garrafa, bolinhas de gude, goma de mascar ou até por um peixinho como no caso descrito pelo legisperito Egberto Eloy dos Santos, em que certo pescador colocou um “cará” ainda vivo entre seus dentes, o qual, agitando-se, lhe adentrou a boca, indo alojar-se atrás da língua mostrando-se com cauda para cima e cabeça encravada na laringe), na árvore respiratória, impedindo a passagem do oxigênio até os pulmões e desencadeando êxito letal por asfixia, pode excepcionalmente ser autócida. Como exemplo, os mandarins caídos em desgraça que se sufocavam aplicando delgada lâmina de ouro junto à glote, fazendo, após, forte inspiração. Mais raro que o acidente é o homicídio por introdução forçada de objetos estranhos na boca.

Os sinais cadavéricos locais, discretos e inconstantes, são representados pelas equimoses nos lábios, sinais de dentes na mucosa labial interna e *marcas ungueais* nas proximidades da boca e das fossas nasais, nos casos de sufocação manual, podendo não existir quando o agente emprega corpos moles (travesseiros, panos), e provável fratura de dentes e hemorragias punctiformes oriundas da introdução forçada do corpo estranho dentro da boca.

Valor probatório diagnóstico é o achado necroscópico do corpo estranho causador da sufocação encravado no interior das vias aéreas, conjuntamente com os sinais clássicos já relatados nas asfixias em geral.

c) *Soterramento* — É modalidade de asfixia mecânica resultante da obstrução direta das vias respiratórias quando a vítima se encontra mergulhada num meio sólido ou pulverulento.

É modalidade de sufocação direta de origem acidental, especialmente nas avalanches e no desabamento, ou homicida (infanticídio).

No exame cadavérico observam-se cianose e equimoses na face e no pescoço e substâncias inerentes ao meio pulverulento, como terra, cinzas, farinhas, cal e gesso na boca, na árvore respiratória, no esôfago e estômago, além de lesões traumáticas (fratura, contusões, feridas incisivas) e dos sinais gerais de asfixia.

A presença de corpos pulverulentos na traqueia, brônquios, esôfago e estômago é de importância fundamental para a afirmação diagnóstica de lesão *intra vitam*, pois indica que a vítima respirou e viveu durante algum tempo após o soterramento.

d) *Confinamento* — É a asfixia por sufocação direta de indivíduo enclausurado em espaço restrito ou fechado, sem renovação do ar atmosférico, por esgotamento do oxigênio e aumento gradativo do gás carbônico, aumento da temperatura, alterações químicas e saturação do ambiente por vapores de água.

O confinamento é frequentemente acidental (desmoronamento de minas) ou criminoso: infanticídio, por aprisionamento de recém-natos em malas. Simonin relata o caso de prisioneiros confinados em calabouços sem água e sem aeração que sucumbiram em cerca de 10 horas.

Dia 5 de fevereiro de 1989, dos 51 prisioneiros encerrados num cubículo em uma Delegacia de Polícia no Bairro da Saúde, na cidade de São Paulo, à guisa de represália por tentativa de fuga, 18 sucumbiram sufocados em cerca de 10 horas.

6.5.5.4.2. *Sufocação indireta*

A sufocação indireta é ocasionada especialmente pela compressão do tórax ou eventualmente do tórax e abdome, em grau suficiente para impedir os movimentos respiratórios e ocasionar a morte por asfixia.

É sempre homicida ou acidental.

Hélio Gomes relata o processo To Burk, usado na Inglaterra, em que os criminosos sentavam sobre o tórax da vítima até matá-la.

A literatura médico-legal relata inúmeros casos de compressão acidental, ocorridos em desabamentos e desmoronamentos e nas multidões em pânico. Durante a divisão de alimentos, na coroação do Tzar Nicolau II, cerca de 3 mil pessoas perderam a vida, asfixiadas desse modo.

França (*Medicina Legal*, Guanabara-Koogan, 1985, p. 91) assinala o fato relatado por Oscar de Castro sobre a curiosa figura do “exortador”, personagem loquaz e inteligente dos sertões nordestinos que, raramente pago pelos familiares do moribundo, além das exortações costumeiras, cometia eutanásia por compressão do tórax.

Em alguns vitimados por sufocação indireta poderão faltar os sinais de asfixia. Em outros, eles poderão estar presentes, representados principalmente pela *máscara equimótica de Morestin* ou *cianose cérico-facial, de Le Dentut*, ocasionada pela estase venosa da veia cava superior conseqüente à compressão torácica.

A máscara equimótica, equimose difusa assentada na face, pescoço e região superior do tórax situada acima da compressão, é sinal médico-legal raro no morto e raríssimo no vivo que escapou a uma compressão traumática da gaiola torácica, por peso considerável, contra plano resistente. Os renomados professores de Medicina Legal Wilmes Roberto Gonçalves Teixeira e Armando Canger Rodrigues, em trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro de Medicina Legal (São Paulo, 1974), referem percentual de 0,136% no morto e 0,009% no vivo.

No cadáver poderão ser encontradas fraturas do gradil torácico, distensão e congestão dos pulmões (sinal de Valentin), com sufusões sanguíneas subpleurais, além dos sinais inerentes às asfixias em geral.

6.5.5.5. *Afogamento*

É a modalidade de asfixia mecânica desencadeada pela penetração de *líquidos* nas vias respiratórias, por permanência da vítima totalmente ou apenas com a extremidade anterior do corpo imersa nos mesmos. Por isso, não se deveria empregar o conhecidíssimo termo “submersão”, que significa imersão total do corpo, já que, como permite concluir a definição, para ocorrer basta a esse tipo de asfixia a introdução dos orifícios respiratórios e da boca no meio líquido.

O indivíduo pode vir a afogar-se no próprio sangue (afogamento interno), como no esgorjamento, por introdução hemática no alveário pulmonar, através da laringe seccionada. Ou pelo conteúdo estomacal regorgitado, na fase comatosa da embriaguez.

A causa jurídica do afogamento poderá ser acidental, suicida, homicida e suplicial.

O afogamento acidental, por submersão, é a mais comum desta forma de asfixia, em que a vítima, exímia nadadora ou não, é arrastada pela força das águas ou sofre imprevistos como câibras, mal-estar, traumatismos etc. No verão aumenta a frequência dos afogamentos acidentais dos imprudentes que, afastando-se a nado das praias, são arrastados pelas correntes costeiras para o alto-mar. O afogamento acidental por obliteração dos orifícios respiratórios e da boca em contato com a coleção líquida, possível nos comatosos embriagados, nas crises epiléticas etc., é raríssimo.

O afogamento suicida é modalidade menos frequente que a anterior, de reconhecimento jurídico insofismável quando a vítima emprega vários meios de morte (venenos, secção de vasos calibrosos, disparos contra si com a arma apoiada ou a curta distância), ou se afoga em circunstâncias extravagantes, como ligar os membros superiores e inferiores, amarrar pesos ao corpo etc., causando mesmo, aos menos avisados, a impressão de homicídio.

O afogamento homicida é mais raro entre os adultos por exigir superioridade de forças do agressor em relação à vítima, ou o elemento surpresa. A literatura médico-legal registra infanticídios por imersão da cabeça do recém-nascido em meio líquido.

Na Antiguidade e na Revolução Francesa foi empregado o afogamento como meio suplicial.

Vibert descreveu duas modalidades de asfixia por introdução do indivíduo em meio líquido: submersão-inibição e submersão-asfixia.

Do nosso ponto de vista, com a devida vênia, a submersão-inibição não pode ser considerada afogamento, pois o indivíduo predisposto constitucionalmente ou portador de moléstias cardiovasculares, embora imerso, não ingere grande quantidade de líquido, ou seja, não se afoga, sucumbindo rapidamente, o que não é raro, por inibição do sistema nervoso central, tanto assim que no cadáver (chamado afogado branco de Parrot) não se encontra fenomenologia imanente às asfixias.

Na submersão-asfixia ou afogamento verdadeiro, a morte pode ocorrer de forma lenta quando o indivíduo aflora à tona sucessivas vezes sorvendo o ar em grandes haustos, engole água, engasga e tosse, e, após opor grande resistência, perde a consciência, e, segundo Taylor, sucumbe em aproximadamente cinco minutos; ou de forma rápida se, após cair na água, por qualquer motivo, não consegue mais vir à superfície.

6.5.5.5.1. *Sintomatologia fisiopatológica*

A morte por afogamento desenvolve-se em três fases: *fase de resistência*, traduzida por apneia voluntária, durante a qual, é desnecessário dizer, a vítima conserva-se lúcida e com os movimentos reflexos; *fase de exaustão*, caracterizada por dispneia com inspirações profundas e expirações curtas, desencadeada pelo estímulo dos centros nervosos bulbares pela hipercapnia; *fase de asfixia*, com parada respiratória, perda da consciência, insensibilidade, às vezes convulsões e morte.

É na fase de dispneia que, mercê dos movimentos inspiratórios reflexos, a água penetra no sistema respiratório (bronquíolos e alvéolos) originando enfisema hidroaéreo pulmonar e espuma sanguinolenta intrabronquica pela agitação em borbulhas do ar e pelo refluxo do sangue da cavidade aurículo-ventricular direita e do sistema porta.

Líquido ingerido no afogamento evidentemente invade o aparelho gastrointestinal.

6.5.5.5.2. *Sinais da submersão — Asfixia*

Estudaremos os sinais observados na inspeção externa e na inspeção interna.

A) *Inspeção externa*

Revela sinais atípicos, de acordo com o tempo de permanência do cadáver no meio líquido, ou sinais típicos, determinados pelos fenômenos vitais ocorridos durante o afogamento, indicadores insofismáveis de que a vítima viveu dentro da água.

1) *Sinais externos atípicos* — São os que se manifestam também em outras formas de morte que não o afogamento, em que o cadáver permanece por qualquer motivo submerso por certo período de tempo.

a) *Pele anserina* ou “pele de galinha” — É determinada pela saliência dos folicúlos pilosos pela contração dos músculos eretores cutâneos. Situa-se frequentemente nos ombros, na região lateral das coxas e dos antebraços, constituindo o sinal de Bernt.

b) *Retração dos mamilos* — Tem significado idêntico ao da pele anserina.

c) *Retração dos testículos e do pênis* — Provocada pelo desequilíbrio térmico inicial entre o corpo e a massa líquida, por estímulo cremastérico.

d) *Temperatura baixa da pele* — Tem valor relativo.

e) *Maceração epidérmica* — Mais acentuada nas mãos e nos pés, por embebição da pele, destacando-se por grandes retalhos, ou quando nas mãos, em dedos de luva junto com as unhas.

f) *Rigidez cadavérica precoce*.

g) *Cor da face* — Será lívida ou azulada nos afogados brancos de Parrot, e cianosada nos mortos por submersão-asfixia.

h) *Queda fácil dos pelos* nos que permaneceram durante algum tempo submersos.

i) *Destruição frequente das partes moles e cartilaginosas*, como boca, supercílios, pálpebras, globos oculares, nariz e pavilhões auditivos, por animais da fauna aquática, como peixes, siris e outros crustáceos.

j) *Projeção da língua além das arcadas dentárias* é frequente no início da putrefação.

l) *Presença de erosões das polpas digitais e entre os dedos e, sob as unhas, de lama ou grãos de areia e, nos lábios, de corpos estranhos inerentes à massa líquida onde ocorreu a submersão*.

m) *Lesões de arrasto (Simonin)* — São conseqüentes ao roçar, no leito dos rios, da frente, mãos, joelhos e pododáctilos, nos afogados que permanecem submersos em decúbito ventral em movimentos de vaivém, pelo impulso das águas. Evidentemente, nas vítimas que, submersas, adotam a posição de decúbito dorsal em opistótono, as lesões de arrasto serão encontradas na região occipital e nos calcânhares.

2) *Sinais externos típicos* — Caracterizam a asfixia-submersão:

a) *“Cabeça de negro”* — É própria dos afogados por submersão em estado de putrefação; a pele da cabeça adquire cor verde e bronzeada.

b) *Tonalidade vermelho-clara dos lívres cadavéricos* — Determinada pelas alterações do sangue na asfixia-submersão (fluidez, falta de coagulação), localiza-se

comumente nas regiões mais declives do corpo (cabeça, pescoço, metade superior do tronco, mãos e pés), podendo, em alguns casos, ser generalizada.

c) Cogumelo de espumas — Consequente ao arejamento do muco misturado à água na traqueia e nos brônquios, somente se forma nos indivíduos que reagiram energeticamente dentro d'água e aparecem sobre a boca e narinas dos que cedo foram dela retirados.

d) Putrefação — Lenta enquanto a vítima está submersa, evolva rapidamente se o corpo é posto em contacto com o meio exterior. Inicia-se pela parte superior do tórax, face e depois cabeça e progride em direção descendente comprometendo todo o corpo, que assume forma gigantesca, lembrando balão inflado, de plástico. O enfisema putrefativo distendendo exageradamente o aparelho genital masculino confere ao pênis e às bolsas escrotais dimensões descomunais.

B) *Inspecção interna*

Revela lesões provocadas pelo líquido no interior da árvore respiratória, no aparelho digestivo e no ouvido médio, e os sinais gerais de asfixia.

1) *Lesões internas provocadas pelo líquido no interior da árvore respiratória:*

a) Presença de líquido na árvore respiratória — Encontrado em forma de espuma branca, rósea ou sanguinolenta, ocupando traqueia e brônquios, tem grande valor para afirmar afogamento e para tipificar o meio líquido (pântanos, águas doces ou salinas) em que o mesmo ocorreu.

b) Presença de líquido dentro das cavidades subpleurais — Somente pode ser encontrado nas submersões prolongadas. Há quem lhe empreste pequeno significado. A explicação é dada pela passagem do sangue diluído em água dos pulmões para os espaços subpleurais, raramente provocando neles as manchas de Tardieu ou equimoses subpleurais. Maior valor têm as manchas de Paltauf, equimoses subpleurais maiores que as anteriores (2cm ou mais), de forma irregular e de coloração vermelho-clara, cujo surgimento se deve à ruptura das paredes dos alvéolos e dos capilares sanguíneos.

c) Presença de corpos estranhos no interior da árvore respiratória — Podem ser fragmentos de folhas, de madeira, de restos alimentares, ou mesmo de lodo, areia ou *plâncton*, partículas microscópicas formadas no meio líquido por animais, minerais e principalmente pelas carapaças das algas diatomáceas, cuja pesquisa se faz pelo exame histológico de fragmentos dos pulmões e pela *microscopia polarizada*, quando mineral e presente no coração.

Alguma vez poderá ocorrer penetração de líquido e de *plâncton* em cadáveres lançados no meio líquido, sempre em quantidade muito menor em relação à submersão-asfixia.

Por seus constituintes variarem de local para local, num mesmo meio líquido, tem o *plâncton* valor para indicar, às vezes, o ponto ou local onde ocorreu o afogamento.

d) Lesões dos pulmões — Estão representadas pelo aumento de volume, menor elasticidade e distensão acentuada dos pulmões (sinal de Valentin), e pela presença de enfisema aquoso, de rupturas dos órgãos e das paredes alveolares e dos capilares sanguíneos, originando as equimoses subpleurais (e até sufusões) ou manchas de Paltauf. O enfisema aquoso subpleural é explicado por Paltauf como sendo provocado pela penetração do líquido aspirado nos alvéolos e tecidos intersticiais, através da via linfática.

e) Diluição do sangue — Influenciada pela própria dinâmica circulatória, a fluidez do sangue é mais acentuada no hemicórdio esquerdo do que no direito. Na submersão-asfixia o sangue mostra tonalidade vermelho-clara, fluidez acentuada e incoagulabilidade. Esses fenômenos podem ser comprovados por exames laboratoriais, como a crioscopia, a contagem eritrocitária, a dosagem de hemoglobina, a avaliação do poder hemolítico, a condutibilidade elétrica, as alterações químicas do sangue e a microscopia polarizada. Dentre todos avulta em importância a *crioscopia*. Proposta por Mario Carrara, baseia-se na lei física que afirma que a temperatura necessária para a congelação de um líquido será tanto menor quanto maior for a sua concentração molecular. Dessa forma, se o sangue for hemolisado por água salgada, o ponto de congelação baixa, e se for por água doce, se eleva em relação ao *punctum* considerado normal (-0,55 a -0,57°C). Esse autor preconiza a abertura dos ventrículos, após ligadura dos grossos vasos da base e prévia exteriorização do coração, e colheita do sangue de cada um, separadamente, porque, para a afirmação de afogamento, o que conta é a diferença (0,03 a 0,06°C) observada entre o ponto crioscópico do sangue do hemicórdio esquerdo em relação ao sangue do hemicórdio direito (*vide n. 10.4.2*).

f) Presença de líquido no aparelho digestivo — Frequente no estômago e duodeno, a água deglutida apenas excepcionalmente é encontrada no resto do intestino delgado nos afogados por submersão. Todavia, quando presente no *intestinum gracile* faz prova de asfixia-submersão.

g) Presença de líquido no ouvido médio.

2) *Sinais gerais de asfixia* — Estão representados pela congestão polivisceral dos rins e especialmente do fígado (fígado asfíxico de Etienne Martin), provocada pela hipertensão da pequena circulação e da veia cava superior e pelas equimoses nos músculos do pescoço e do tórax originadas pelo esforço violento do indivíduo evitando se afogar ou pelas convulsões manifestadas na fase final do afogamento.

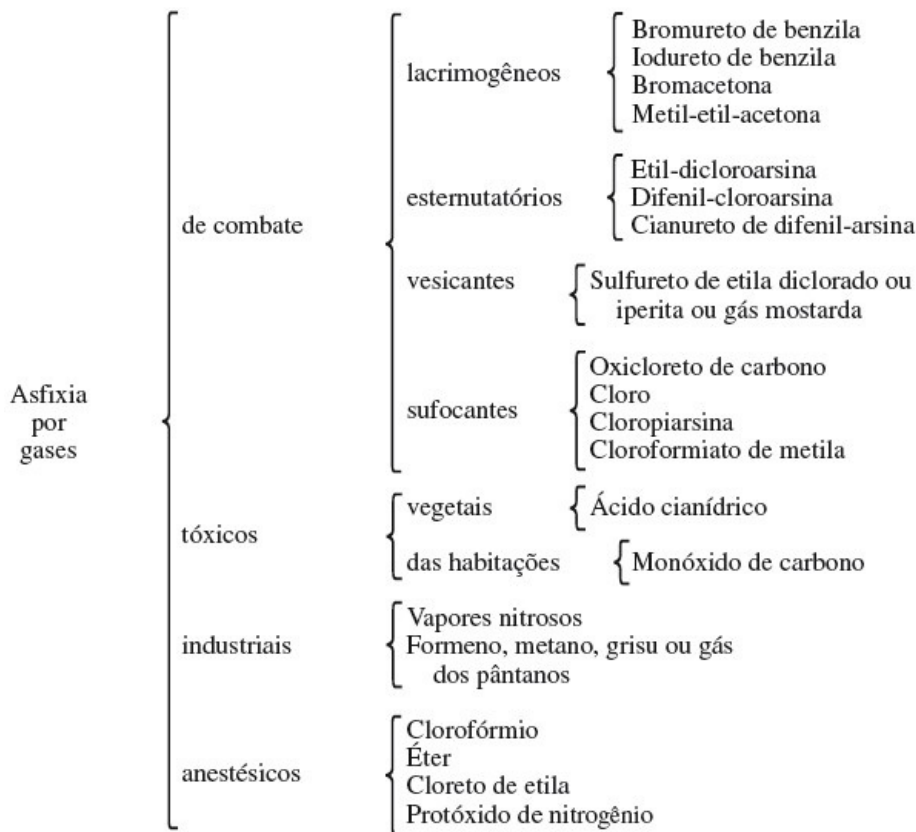
6.5.5.5.3. *Tempo da submersão*

É difícil ao perito calcular com exatidão a duração do tempo de permanência da vítima dentro d'água, variável conforme as estações e o tipo do meio líquido. Assim sendo, é teoricamente impossível ao técnico estabelecer com precisão a data da morte no afogamento. Fá-lo-á, entretanto, com alguma aproximação, considerando os antecedentes e por uma série de observações médico-legais, como a maceração da pele, a queda das unhas, a fase de putrefação e de adipocera etc. Não se aterá, portanto, à observação de apenas um sinal. Entre nós, no verão, a maceração destaca a pele das mãos e dos pés em dedos de luva, a putrefação é acentuada e confere ao cadáver o aspecto gigantesco, ao cabo do terceiro dia. Há que se ter ainda em conta a extraordinária rapidez com que a putrefação se desenvolve no afogado retirado da água, no verão. Na água doce, o cadáver que não for destruído por animais da fauna aquática (piranhas), ou que não fique preso no leito do rio, flutua habitualmente após 24 horas da morte e até 5 dias, graças aos gases de putrefação. No mar flutua mais cedo devido ao maior peso específico da água salina.

Finalmente, a “cabeça de negro”, no verão, se forma comumente no segundo dia.

6.5.5.6. *Asfixia por gases*

A asfixia por gases irrespiráveis constitui um dos setores mais diversos e complexos da asfixiologia forense. Essa modalidade de asfixia poderá ser assim classificada:



A) Gases de combate

1) *Gases lacrimogêneos* — São usados pela polícia para dispersar multidões ou para desabrigar marginais homiziados dentro das casas. São assim denominados porque, em contato com os olhos, não se diluem nas secreções que banham o globo ocular, porém penetram rapidamente no epitélio corneano e conjuntival, causando, inicialmente, leve sensação de formigamento reflexo nas pálpebras e, dentro do primeiro minuto após a explosão, intenso lacrimejamento acompanhado de cefaleia, fadiga, vertigens e irritação das vias aéreas superiores e da pele. O mais importante gás lacrimogêneo é o *cloro-acetofenona*; concentração de 0,0045mg por litro de ar torna o ambiente intolerável e concentração de 0,86mg por litro produz a morte após 10 minutos de exposição.

2) *Gases esternutatórios* — São constituídos de agentes que contêm arsênico. Causam irritação das vias aéreas superiores, efeitos sobre as terminações nervosas e sintomas de intoxicação arsenical. Conforme o próprio nome indica, são responsáveis por tosse violenta, espirros, rinite, fotofobia, conjuntivite, náuseas, vômitos, dores torácicas e abdominais, cefaleia, irritação da pele, astenia, sudorese, poliúria, dilatação capilar e destruição epitelial na traqueia e nos brônquios. O mais letal gás esternutatório é o *etil-dicloroarsina*, poderoso irritante tóxico dos pulmões, que gera vesiculação da pele após uma exposição de cerca de 5 minutos e determina a morte quando inalado na concentração de 0,5mg por litro de ar durante 10 minutos.

3) *Gases vesicantes* — Condenados pela Convenção de Genebra, foram utilizados, pela primeira vez, em julho de 1917, na Primeira Grande Guerra Mundial, causando quatrocentas mil baixas. O mais importante gás vesicante é a *iperita* ou *gás mostarda*. Chamado “rei dos gases de batalha”, é o vapor do *sulfureto de etila biclorado*; altamente tóxico, é o elemento mais destruidor da guerra química. O *gás mostarda* atua sobre a pele, olhos e aparelho respiratório. Na pele exposta duas a dez horas ao *gás mostarda* surge eritema, às vezes acompanhado de erupção puntiforme, e, posteriormente, flictenas contendo líquido seroso claro que, rompendo-se, deixam entrever tecido subjacente vermelho e hemorrágico. As lesões dérmicas, amíude, assentam-se na face, no ânus e nas bolsas escrotales, onde o epitélio é mais espesso. Os olhos lacrimam, as pálpebras edemaciadas, as conjuntivas inflamam e o corpo ciliar e a íris hiperemiam. A córnea opacificam-se e a superfície do globo ocular adquire aparência rugosa. A orofaringe e a laringe tornam-se edemaciadas e granuladas. Há casos em que a oclusão edematosa da glote desencadeia *exitus* por asfixia. Não é raro o epitélio de revestimento da árvore traqueobrônquica necrosar, ulcerando. Ademais, o gasado sente cefaleia, sede intensa, mal-estar, vertigens, tonturas, vômitos e diarreias, arritmia cardíaca, podendo a morte sobrevir por broncopneumonia. A exposição a uma concentração de 0,15mg por litro de ar, durante 10 minutos, produz êxito letal.

4) *Gases sufocantes* — Descreveremos apenas a ação intoxicante do *cloro*. Ela manifesta-se por dor intensa, espasmo laríngeo e da musculatura brônquica, dispnéia, hipotensão arterial, hepatização dos pulmões, engurgitamento venoso geral, grave acidose, cianose, náuseas, vômitos, síncope, inconsciência, falência do ventrículo esquerdo e morte por edema agudo do pulmão.

Na necropsia observa-se:

- a) presença de exsudato conseqüente à inflamação dos brônquios;
- b) pulmões hepatizados, com extensas áreas edematosas;
- c) focos de enfisema e de atelectasia;
- d) dilatação aguda, especialmente do ventrículo esquerdo;
- e) líquido serossanguinolento, às vezes abundante, nas vias respiratórias.

Uma parte de *cloro* por mil partes de ar produz a morte após cinco minutos de exposição.

B) Gases tóxicos

Consideraremos aqui o ácido cianídrico e o monóxido de carbono.

1) *Ácido cianídrico* — A inalação de vapores de *ácido cianídrico* ou *ácido prússico* acarreta a morte dentro de poucos minutos até 3 horas. O gasado sente vertigens, hiperpneia, cefaleia, taquicardia, cianose, inconsciência e, porque o *ion* cianeto inativa os fermentos respiratórios das células, evitando o *despoliari* de oxigênio do sangue pelos tecidos, convulsões e morte por asfixia.

O *ácido cianídrico* é empregado por vários Estados americanos objetivando executar criminosos, como forma de pena capital.

2) *Monóxido de carbono* — Tem como origem o gás de iluminação, que com tal finalidade já passou da época e hoje não se vê quase em cidade nenhuma, o gás de cozinha, as estufas e as fornalhas com chaminé insuficiente, os incêndios, as explosões, a combustão incompleta do carvão, as descargas dos veículos a motor, a deflagração de explosivos, o tabaco etc.

O *monóxido de carbono* inalado é absorvido pelos alvéolos e logo reage quimicamente com a *hemoglobina* do sangue formando a *carboxiemoglobina* (HbCO), que impede o processamento normal da hematose, causando anoxia em nível tissular e não envenenamento, pois esse gás não é, em si mesmo, tóxico para as células.

O ofendido apresenta edema cerebral, cefaleia intensa, vasodilatação cutânea, zumbidos, tosse, batimentos dolorosos nas têmporas, escotomas, náuseas, vômitos, síncope, taquisfigmia, taquipneia, debilidade muscular e paralisia dos membros inferiores que impede a vítima de fugir do perigo, respiração de Cheyne-Stokes, convulsões intermitentes, *coma*, podendo evoluir para a morte. É a forma aguda da intoxicação pelo *monóxido de carbono*, em que alguns dos sintomas descritos dependem, obviamente, da concentração desse gás no ar inspirado, da tensão de CO e O₂ no ar alveolar, e da duração da exposição sanguínea. Saturação de 70 a 80% de *monóxido de carbono* no sangue de um indivíduo normal, em repouso, gera pulso filiforme, bradipneia, síncope respiratória e morte. Dessarte, o sangue colhido nas câmaras cardíacas, nos grandes vasos, ou nas vísceras maciças do vitimado em atmosfera que contém *monóxido de carbono* deve mostrar uma taxa de 75 a 90% de *carboxiemoglobina*. Supondo seja ele retirado com vida, a concentração sanguínea de *carboxiemoglobina*, por ser dissociável, diminui rapidamente e, se as trocas respiratórias prosseguirem satisfatoriamente, em poucas horas ela não existirá no sangue do ofendido. *Data venia*, é então errada a afirmação de alguns autores de que a *carboxiemoglobina* é uma combinação *estável*, pois se isso fosse certo não se poderia tratar a intoxicação oxicarbonada. O oxigênio puro expelle todo o monóxido de carbono do organismo entre 30 e 90 minutos; ao ar livre são necessárias cerca de 2 ou mais horas, com as trocas respiratórias processando-se normalmente.

Há uma forma superaguda de asfixia pelo *monóxido de carbono*, pela inalação brusca e violenta desse gás (3 ou 4 inspirações profundas), com imediato surgimento de tremores, vertigens, perda da consciência, às vezes, convulsões intermitentes, síncope respiratória e morte por parada respiratória conseqüente à

inibição dos centros bulbares. Se o periclitante sobrevive, apresenta sequelas psíquicas e neurológicas, amaurose, xantopsia, pneumonia de regurgitamento, sintomas cardiovasculares, edema cerebral etc.

Há também uma forma crônica de asfixia oxicarbonada, consequente aos efeitos cumulativos de uma agressão repetida aos tecidos, causada pela exposição intermitente ao *monóxido de carbono*, que se manifesta, especialmente, nos foguistas, nos cozinheiros e churrasqueiros profissionais, nos que trabalham em usinas de álcool ou de pinga, nas proximidades da dornada de garapa em fermentação, em cuja superfície rompem-se, continuamente, gigantescas bolhas formadas por esse gás, por sintomatologia psíquica proteiforme e neurológica, hemática e cardiocirculatória.

O tratamento do intoxicado pelo *monóxido de carbono* consiste em retirar a vítima imediatamente do local e colocá-la ao ar livre; oxigenoterapia; carbogênio a 5 ou 10%, em sessões curtas, a cada 10 minutos; cuidados gerais; exangüíneo-transfusão, se necessário; respiração artificial com trações da língua, *ab initio*, se o ofendido estiver apneico.

A necropsia do vitimado por *monóxido de carbono* mostra elementos de grande valor:

- a) rigidez precoce;
- b) face carminada;
- c) “cianose vermelho-clara” das unhas, das mucosas e da pele;
- d) sangue fluido e rosado;
- e) manchas de hipóstase claras;
- f) pulmões rosados e, eventualmente, trombosados;
- g) edema cerebral;
- h) às vezes, trombose das artérias coronárias;
- i) petéquias e infiltração perivascular, com necrose focal, no coração, no cérebro e em outros órgãos;
- j) putrefação tardia.

A pesquisa da presença de *monóxido de carbono* no sangue, colhido no interior das cavidades cardíacas, dos grandes vasos ou de vísceras maciças, para evitar possíveis erros por invasão hemática *post mortem* do referido gás, é feita por meio de *espectroscopia* e de reações químicas especiais.

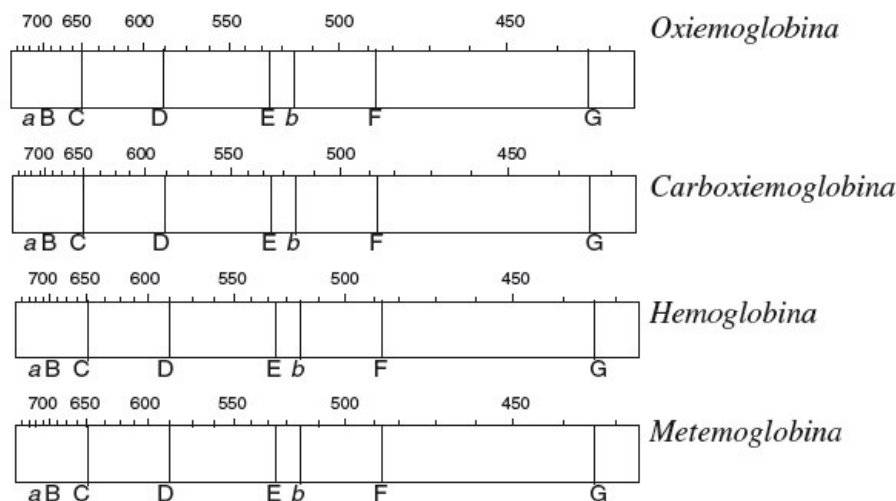
Espectroscopia é método que permite analisar determinadas substâncias (hemoglobina, oxiemoglobina, carboxiemoglobina, metemoglobina, hemocromogênio, hematoporfirina), caracterizando-as, consoante o seu espectro de emissão ou de absorção.

É exame feito com instrumentos chamados espectroscópios, que evidenciam, no espectro solar visível, riscas escuras, verticais e fixas, na seguinte posição: A e B no vermelho, C no alaranjado, D no alaranjado e no amarelo, E no amarelo e no verde, F no verde, G no anil, H e K no violeta, chamadas raiais de Fraunhofer. Elas indicam que certas irradiações sofrem absorção quando atravessam a lente e o prisma dos aparelhos.

Hodiernamente, está vulgarizada a *microespectroscopia*.

O exame espectroscópico do *monóxido de carbono* se faz diluindo-se algumas gotas de sangue em água destilada, as quais, observadas no aparelho, mostram duas faixas no espectro de absorção, entre as estrias “D” e “E” de Fraunhofer, correspondendo, respectivamente, à *carboxiemoglobina* (mais escura e estreita no amarelo) e à *oxiemoglobina* (mais larga e mais clara no verde), quando o título da solução desta última oscila de 1 a 6 por mil. Se o seu grau de diluição for superior a 1 para 10 mil, visualiza-se uma terceira faixa entre as estrias “H” e “K”. Adicionando-se, a seguir, sulfidrato de amônia ou hidrossulfito de sódio, que são agentes redutores, ao líquido examinando, supondo exista *carboxiemoglobina*, as duas faixas não se unem, permanecem isoladas, não formando, pois, a faixa única de Stokes inerente à presença de *oxiemoglobina*.

En passant, informamos que toda a *oxiemoglobina* é reduzida a *hemoglobina*, no máximo duas horas após o óbito; por isso é que Hénoch considera o espectro de *hemoglobina* como o melhor sinal de morte, como lembra Ney Cabral (*Phisica médica*, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1952, p. 414).



Espectros do sangue

Espectros do sangue: como vimos, o espectro de absorção da carboxiemoglobina está formado por duas faixas entre as raiais D e E do espectro, sendo, desse modo, muito assemelhado ao espectro de absorção da oxiemoglobina. É o modo de comportar-se da carboxiemoglobina e da oxiemoglobina com os agentes redutores que permite diferenciar facilmente estas duas substâncias.

As reações químicas mais importantes compreendem:

- a) *Reação de Solkowski* — O sangue normal tratado por uma solução aquosa de hidrogênio sulfurado torna-se esverdeado pela formação de sulfemetemoglobina; em contrapartida, o sangue oxicarbonado não se altera.
- b) *Reação de Katayama* — O sangue oxicarbonado, diluído a 1/50, adicionado de algumas gotas de sulfeto de amônio e de ácido acético a 30%, toma coloração vermelho-clara; o sangue normal, por essa forma tratado, adquire tonalidade vermelho-esverdeada, suja.
- c) *Reação de Stockis* — Uma solução aquosa de cloreto de zinco a 25% gera um precipitado de cor achocolatada, no sangue normal, e de tonalidade vermelho-cereja clara, com ou sem precipitação, conforme seja o número de gotas empregado no sangue oxicarbonado.
- d) *Reação de Kunkel e Weltzel* — O sangue suspeito, diluído em partes iguais com solução de tanino a 1,5% ou com o ácido acético, forma coágulo rosado, se houver monóxido de carbono, e, nos casos negativos, anegrado, que, por seu peso, irá se depositar no fundo do tubo de ensaio.

Além dos citados, existe um método simples para distinguir as soluções de oxiemoglobina e de carboxiemoglobina, consistente na diluição separada de ambas, com água, até debilitar ao máximo as suas cores: o líquido que contém oxiemoglobina, nestas condições, mostra tonalidade amarela esmaecida, enquanto o de carboxiemoglobina, vermelho-azulada.

C) Gases industriais

Mais importantes que os vapores nitrosos é o formeno, metano, grisu ou gás dos pântanos, que interessa particularmente à Infortunística Acidentária, responsável que é pelas explosões e sufocação dos obreiros que trabalham no interior das minas. Provocam estertores, dispnéia, irritação intensa da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões.

D) Gases anestésicos

Interessam à Medicina Legal, principalmente no que diz respeito à responsabilidade dos anestesiológicos, não se devendo pensar, aqui, apenas no sentido de incriminá-los, pois casos há de imprevisíveis acidentes anestésicos, amiúde, erroneamente rotulados como choques anafiláticos, ou os próprios, que podem levar o paciente à morte, independentemente da competência do profissional.

A primeira morte atribuída à anestesia ocorreu em 28 de janeiro de 1848, quando Hanna Greener faleceu após receber clorofórmio para a extração de uma unha encravada. Desde então, nos países do Primeiro Mundo, onde a maioria dos pacientes que sucumbem durante uma cirurgia, ou nas 24 horas após, amiúde, são submetidos à necropsopia, criou-se um sem-número de comissões científicas para estudar a incidência de acidentes imputados à anestesia, objetivando determinar a causa do ocorrido (Armando Fortuna).

Keats assegura existir uma morbidade e mortalidade inerentes às drogas habitualmente utilizadas em anestesia, que se manifestam por reações anômalas em determinados indivíduos — e não em todo indivíduo —, ocasionalmente portadores de processos mórbidos assintomáticos.

A maioria dos autores, contudo, acredita que as mortes relacionadas com a anestesia ocorrem por omissão ou comissão do anestesiológico, ocasionalmente

associada a defeitos ou falhas da aparelhagem. *In exemplis*, sem pretendermos ser *contumeliosus*, a malsinada e irresponsável conduta de muitos anestesiológicos que, em cumplicidade com os cirurgiões e a direção dos hospitais, mantêm, ao mesmo tempo, anestesiados, vale dizer, temporariamente paralisados por ação de potentísimos agentes medicamentosos que podem matar rapidamente por superdosagem, ou por alterações cardiovasculares súbitas, ou por hipóxia, vários pacientes que estão sendo operados, em diferentes salas, respirando através de uma máquina e “controlados” unicamente por ela. Deduz-se, portanto, impossibilidade a esses anestesiológicos de permanecerem, como deviam, todo o tempo na cabeceira da mesa cirúrgica velando atentamente pelo paciente.

Tenha-se em mente que “anestesia é intoxicação deliberada e controlada (o grifo é nosso) do organismo”, e que o anestesiológico não se preocupa apenas em levar o operando a um estado de reação mecânica e psíquica ao ato operatório, e, sim, em se comportar, durante a anestesia, como verdadeiro clínico *percirúrgico*, tendo que lidar com os sinais e sintomas, surgidos ou não de inopino, de cada caso, além de procurar prevenir ou anular ações colaterais dos fármacos usados. É o caso, por exemplo, de acidentes colinérgicos durante a anestesia geral como laringoespasma, broncoespasma, hipersecreção, tosse pelo pentotal etc., conseqüente à medicação pré-anestésica simpaticolítica e parassimpaticomimética, uso de relaxantes musculares dotados de efeito muscarínico, à hipóxia, às excitações por trações viscerais, vapores de éter, de iodo, poeiras irritantes da cal sodada, cânula endotraqueal, vômitos, secreções e sangue na faringe, na traqueia e nos brônquios, dilatação dos esfínteres em hemorroidectomia etc.

Insta assinalar que nas suas formas pouco acentuadas são bastante frequentes os acidentes colinérgicos no transoperatório e que por sua profilaxia nem sempre ser fácil é que se obriga o anestesiológico a permanecer na cabeceira do operando durante todo o transcurso da cirurgia, objetivando acobertar o paciente com uma grande margem de segurança e para que se lhe não acoime a lei a pecha de negligente.

Em nosso país, o INAMPS — Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social — tem a anestesia em muito pouca conta, não provendo os seus hospitais, nem os nosocômios que serviços médicos lhe prestam, de detectores de oxigênio nos aparelhos de anestesia e oxímetros (*pulse oximeters*), que assinalam qualquer baixa na concentração de O₂ na mistura inspirada, e mostram a saturação de hemoglobina na circulação periférica, por modo não invasivo, e de monitores com alarmas programáveis, ópticos e acústicos, que vigiam automaticamente o estado cardiovascular e respiratório dos pacientes. Oferecem maior segurança, evidentemente, mas não dispensam, seja por qual motivo for, a presença do anestesiológico na sala de operações, pois essa sofisticada aparelhagem não corrige emergência porventura desencadeada durante ou conseqüente à anestesia.

Estas normas não objetivam apenas proteger o anestesiológico quanto à responsabilidade (a anestesia não é obrigação de meio, mas de resultado, concernente a antes, durante e após o ato anestésico), mas, principalmente, assegurar aos pacientes toda possibilidade de socorro imediato na hipótese de acidente no decorrer da anestesia.

Aduza-se, ainda, que o acidente respiratório, durante uma anestesia geral, não é fato imprevisível, sendo, ao contrário, sempre cogitado pelos cirurgiões. Não pode ser, por isso, equiparado a caso fortuito ou força maior. Mesmo porque, para tanto, é mister a afirmativa de que, em ocorrendo o acidente respiratório, o paciente estaria irremediavelmente decretado à morte, o que, mor das vezes, não é exato.

A morte de paciente atribuída à anestesia, ocorrida em centro cirúrgico desprovido da aparelhagem indicada, ou de qualquer outro esquema eficaz de segurança para os enfermos, é de ser considerada, do ponto de vista penal, circunstância agravante: inobservância de regra de ofício, arte ou profissão.

Caberá ao perito, após acurado exame, esclarecer à autoridade competente se a causa jurídica da morte, *in casu*, foi acidental ou deveu-se à negligência do profissional.

In fine, os gases anestésicos podem também, como os gases das habitações, ser usados para o suicídio.

RESOLUÇÃO CFM N. 1.802/2006

(Retificação publicada no *DOU* de 20-12-2006, Seção I, p. 160)

Dispõe sobre a prática do ato anestésico.

Revoga a Resolução CFM n. 1.363/1993.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei n. 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

Considerando que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

Considerando que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

Considerando que o médico deve aprimorar e atualizar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

Considerando que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em especial, salas de indução e recuperação pós-anestésica;

Considerando o proposto pela Câmara Técnica Conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Anestesiologia, nomeada pela Portaria CFM n. 62/2005;

Considerando a necessidade de atualização e modernização da prática do ato anestésico;

Considerando, finalmente, o decidido em sessão plenária de 4 de outubro de 2006,

Resolve:

Art. 1.º Determinar aos médicos anestesiológicos que:

I — Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesiológico decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar;

b) na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente e procedimento proposto, o médico anestesiológico solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas;

c) o médico anestesiológico que realizar a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II — Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, deve o médico anestesiológico manter vigilância permanente a seu paciente.

III — A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico (ANEXO I).

IV — É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.

V — Para a prática da anestesia, deve o médico anestesiológico avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Art. 2.º É responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança.

Art. 3.º Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:

I — Monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, e determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo cardiocópia.

II — Monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo a oximetria de pulso.

III — Monitoração contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna.

IV — Equipamentos (ANEXO II), instrumental e materiais (ANEXO III) e fármacos (ANEXO IV) que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança, bem como a realização de procedimentos de recuperação cardiopulmonar.

Art. 4.º Após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso.

§ 1.º Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesiológico.

§ 2.º O médico anestesiológico que realizou o procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente para a SRPA e/ou CTI.

§ 3.º A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do médico anestesiológico.

§ 4.º Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorados quanto:

- a) à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco, por meio da cardioscopia;
- b) à respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial e oximetria de pulso;
- c) ao estado de consciência;
- d) à intensidade da dor.

Art. 5.º Os anexos e as listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia, e que integram esta resolução, serão periodicamente revisados.

Parágrafo único. Itens adicionais estão indicados em situações específicas.

Art. 6.º Revogam-se todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM n. 1.363, publicada em 22 de março de 1993.

Art. 7.º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília/DF, 4 de outubro de 2006.

6.6. Energias de ordem bioquímica

6.6.1. Inanição

Em muitas partes do globo terrestre, mesmo nas zonas mais prósperas dos países ricos, a alimentação humana é ainda pouco satisfatória. Nas classes pobres, onde o poder aquisitivo é mínimo, existe a escassez eterna do alimento: é o pauperismo de todos os tempos que repercute desfavoravelmente sobre o crescimento, a saúde e o vigor, sendo a causa de aumento da mortalidade infantil e de uma duração média de vida mais curta.

“A uns faltam as proteínas, os sais a outros, a outros as vitaminas. A necessidade de suprir os desgastes decorrentes das trocas contínuas, que se passam no interior dos tecidos, cria a sensação de fome que o homem consegue aplacar com qualquer alimento ingerido, permanecendo, porém, muitas vezes a deficiência alimentar deste ou daquele elemento.

Fome de proteínas com as suas repercussões sobre o crescimento e a manutenção do esqueleto; fome de fósforo, estabelecendo *deficit* mental no indivíduo, com influência sobre a sociedade que vive esgotada, numa estafa constante e progressiva; fome de vitaminas, seja com os quadros clínicos dos distúrbios nervosos dos que se não controlam e se desmandam em dismantelos de atitudes; seja com as alterações orgânicas das anemias, das polinevrites, das dermatoses, das descalcificações, maculando a humanidade de vícios, de miopragias, de fealdades, de desajustes físicos e psíquicos; fome de cálcio, esteriotipada nas bocas escancaradas, sem dentes, crateras horrendas, ostentando fragmentos dentários com arestas cortantes e cavidades mal cheirosas; fome integral que leva à morte por inanição ou fome parcial que leva à vida de sofrimentos, é a fome esse flagelo que conduz dois terços do gênero humano à dor, ao envelhecimento precoce ou fisiológico, à desintegração química na sepultura” (Galdino Nunes Vieira, *Nutrição e Vigor*, 6. ed., Santo André-SP, Casa Publicadora Brasileira, prefácio).

“Mesmo nos últimos tempos a fome tem matado mais gente do que a própria guerra. Mas o número dos que assim morrem ainda é pequeno em comparação com os que morrem num regime alimentar inadequado para manter a saúde e que por isso mesmo sofrem, em maior ou menor grau, de doenças da nutrição” (Lord John Boyd Orr).

É, então, a fome influência nefasta na política, na governança, na família, posto que o marasmado se torna um ônus para a sociedade.

Compre-nos assinalar que entre alimentação e nutrição há uma grande diferença. Alimentar é saciar a fome ou o vício de comer; nutrir é selecionar os alimentos para poder o organismo aproveitá-los ao máximo consumo de energia. “Dis-moi ce que tu manges; je te dirai ce que tu es” (Brillat-Savarin).

A seleção dos *alimentum*, numa alimentação normal, deve fundamentar-se essencialmente nas leis de Escudero:

- 1) Lei da Qualidade: o regime deve conter alimentos completos em sua composição.
- 2) Lei da Quantidade: a quantidade de alimentos deve ser suficiente para cobrir as exigências calóricas do organismo e manter o equilíbrio do balanço nutritivo.
- 3) Lei da Harmonia: as quantidades dos diversos princípios que integram a alimentação devem guardar entre si uma relação de proporção.
- 4) Lei da Adequação: a finalidade da alimentação está subordinada à sua adaptação ao organismo.

As leis de Escudero permitem compreender que, para viver com saúde, isto é, com ossos e dentes fortes, peso e estatura de acordo com o sexo e idade, boa disposição, resistência às enfermidades, psiquismo normal, vontade de trabalhar e divertir-se, o indivíduo deve ingerir, em três refeições diárias, variados alimentos com múltiplas funções, contendo todos os princípios nutritivos, regularmente balanceados: proteínas, hidratos de carbono, lípidios, aminoácidos essenciais, sais minerais, vitaminas e água.

No indivíduo submetido a uma dieta alimentar insuficiente e no que se vê completamente privado de alimentos ocorre queima das gorduras objetivando a produção de calorías. Contudo, como não pode o organismo utilizar as gorduras como única fonte de energia, são catabolizadas pequenas quantidades de hidratos de carbono, ainda no inanição. E antes mesmo que os depósitos de hidratos de carbono sofram completa exaustão, as proteínas se fracionam para proporcionar ao organismo os açúcares necessários à energia, e, como consequência, há uma rápida destruição dos tecidos e grave acidose metabólica. Destarte, a desnutrição crônica leva o famélico à inanição.

Inanição (de *inanius*, vacuidade estomacal) é o depauperamento orgânico e funcional consequente à ingestão insuficiente ou à privação de alimentos energéticos e plásticos, de forma aguda — na qual o indivíduo jejua durante curto tempo —, ou crônica, em que ele recebe durante meses, e até anos a fio, uma taxa calórica alimentar, qualitativa e quantitativamente, abaixo de suas necessidades.

A inanição crônica é como se fosse uma fome orgânica celular. Seu grau maior é a *caquexia*, em que, por completo desaparecimento do pâncreo adiposo, o corpo literalmente assume a aparência de “pele e ossos”, provocada pela privação alimentar completa, espontânea ou involuntária, anorexia nervosa, doenças consuntivas, defeitos de absorção, hemorragias crônicas.

Excetuados os jejuadores profissionais, amiúde a fome manifesta-se após 24 horas de abstinência, admitindo os autores sobrevida em média de 6 dias (o obeso suporta mais tempo a inanição com consequências muito menos graves que outro com reservas graxas limitadas), quando o indivíduo privado de alimentos ingere água. Com efeito, se o inanido não ingere água agrava mais rapidamente o seu quadro, posto estar clinicamente demonstrado que uma adequada ingestão de líquidos (e minerais) melhora os efeitos da inanição, porque auxilia os rins a excretar os produtos resultantes do metabolismo, mantendo uma circulação efetiva e participando ativamente na regulação da temperatura corporal.

Os faquires e os sacerdotes de baixa categoria, chamados puroítas, que se exibem nas praças públicas encerrados em caixas de vidro, ascetas entregues a práticas muito rigorosas, a quem atribui o vulgo faculdades psíquicas que lhes permitem efetuar certos fenômenos de autossugestão, afirmam jejum absoluto de mais de dois meses. No ramadã, nono mês do ano lunar maometano, os adeptos dessa religião praticam, durante trinta dias, rigoroso regime.

Os adultos resistem mais à inanição do que as crianças e os velhos.

Nas crianças a inanição é representada pelo chamado *kwashiorkor*, síndrome pluricausal proteica correspondente à desnutrição de 3.º grau, primária, secundária ou condicionada.

Constitui sintoma clínico da inanição o emagrecimento progressivo e acentuado, fazendo desaparecer o pâncreo adiposo no abdome e, sucessivamente, no tórax, na bacia, nos membros e na face.

Addis, Poo e Lew verificaram que os diversos órgãos de ratos jejunos por uma semana perdem seus pesos iniciais na seguinte proporção: o cérebro, 5%; os músculos, a pele e o esqueleto, 8%; os rins, 20%; o tracto digestivo, baço e pâncreas, 28%; a próstata e as vesículas seminais, 29%; o fígado, 40%.

O emagrecimento alcança proporções inusitadas, com pesos corporais de, amiúde, 30 quilos, em mulheres de estatura e porte normais. O tegumento cutâneo, pálido nos inanidos de raça branca, forma pregas, sobretudo na face externa das coxas. Reduz-se o turgor. O tônus muscular reduz-se ou aumenta. Ocorrem alterações das funções estáticas e motoras. Dores epigástricas, halitose precoce, oligúria com consequente aumento da densidade e da excreção urinária de nitrogênio, obstipação intestinal, escotomas, lentidão dos movimentos, gengiva tumefeita e com raíais sanguinolentas, língua saburrosa, boca seca, e, devido à acentuada diminuição de glucose 6-glicose no ciclo de Krebs, surgem vertigens e perturbações psíquicas como apatia, sonolência, delírios, convulsões, estado comatoso e morte.

Lassignardie descreve as perturbações mentais consequentes a inanição involutiva no caso dos grandes naufragos: confusão mental extrema, torpor, estupidez, alucinações de caráter fantasmagórico, aparição de belzebus tentadores, ou de belas *huris*, de objetos e locais conhecidos; alucinações auditivas, com vozes celestiais e, também, sensação da alma se separando do corpo e se elevando nos ares, talqualmente se observa em algumas intoxicações, como no maconhismo, ou na morte intermédia (*vide* n. 10.2, letra e).

O inanido é presa fácil de infecções.

Nas mulheres, o desequilíbrio nitrogenado consequente à inanição repercute sobre todas as funções do lobo anterior da hipófise, deprimindo-as, e provocando amenorreia.

Os legisperitos encontram na necropsia: caquexia; atrofia, principalmente de coração, rins, baço e fígado; adelgaçamento das túnicas gástricas e dos intestinos; cíbalas no intestino grosso; atrofia muscular generalizada, com adelgaçamento dos membros contrastando com o aparente aumento dos cotovelos e joelhos, dando a impressão de tumores ao nível dessas articulações; vesícula biliar distendida, contendo em seu interior líquido negro e espesso; edemas ora discretos, ora extensos, em alguns casos; às vezes fácies senil, por desaparecimento da *bola gordurosa de Bichat*.

A inanição criminoso interessa ao Direito nos casos de infanticídio por omissão, ou de sevícias, por redução de alimentos a crianças e mulheres, ou de greve de fome, como forma de protesto, nos encarcerados.

No que pertence ao último exemplo, não há de ser enfadonho lembrar ser vedado ao profissional de medicina alimentar compulsoriamente os capazes física e mentalmente, em greve de fome (art. 51 do Código de Ética Médica), e obrigatório o tratamento das complicações consequentes à abstenção alimentar prolongada, no que, por isso, estão em probabilidade concreta, objetiva e iminente de morte.

6.7. Energias de ordem biodinâmica

6.7.1. Choque

Estudaremos aqui o *choque* (do inglês *shock*), termo empregado primeiramente por James Latta, em 1795, para designar uma síndrome caracterizada pela impossibilidade precoce ou tardia, temporária ou definitiva do organismo de recuperar o equilíbrio rompido por falta de adaptação, quer pela amplitude da agressão, quer pela deficiência da resposta à mesma. Para Scudder, a expressão surgiu na língua inglesa em 1743, numa tradução da obra do francês Henri François Le Dran.

Desde então, e notadamente a partir da Grande Guerra Mundial de 1914-1918, época em que mais se incrementou o estudo do choque, inclusive laboratorialmente, tentaram vários autores definir essa síndrome sem, contudo, lograr seus intentos. Desse modo, parece-nos mais adequado conceituá-la que defini-la: a síndrome do choque é uma entidade mórbida desencadeada por causas diversas que promovem a diminuição intensa do débito cardíaco com consequente crise circulatória, profundas repercussões no metabolismo celular e fenômenos de exaustão que impossibilitam, precoce, tardia, temporária ou definitivamente, ao organismo recuperar o equilíbrio rompido por falta de adaptação, quer por amplitude exagerada da agressão, quer por deficiência da resposta à mesma, podendo levar o indivíduo à morte.

Se um indivíduo sofrer agressões (hemorragias e plasmorragias copiosas, queimaduras extensas e profundas, áreas extensas de esmagamento, compressões violentas do tórax e do crânio, infarto do miocárdio etc.), e não ocorrer uma resposta orgânica satisfatória ao agente *agressor* por falha do mecanismo de defesa destinado a protegê-lo dos efeitos nocivos do trauma, nele se instalará a síndrome do choque.

O choque é dito *primário* quando a síndrome se manifesta imediatamente, como no choque neurogênico, e *secundário* quando se instala após algum tempo da agressão.

Primário ou secundário, a condição básica de todo tipo de choque é a diminuição intensa do débito cardíaco com comprometimento da circulação, principalmente ao nível das meta-arteríolas e das "anastomoses arteriovenosas", que não se mostram abertas simultaneamente, acompanhada de um aumento de atividade do simpático e da concentração de catecolaminas no sangue circulante causadora de vasoconstrição intensa das extremidades e do território esplâncnico, objetivando a manutenção da vascularização cardíaca e cerebral. Submetido a uma agressão, ocorre de imediato no organismo uma dilatação, em geral fugaz, da microcirculação capilar, formada pela arteríola que origina uma meta-arteríola que termina numa vênula, com consequente diminuição da resistência vascular periférica, retardamento do retorno venoso ao coração, queda do débito cardíaco e da pressão arterial, desencadeando o choque primário, que pode ser fatal. À fase de vasodilatação inicial segue-se uma vasoconstrição generalizada ao nível das arteríolas, das meta-arteríolas e dos esfíncteres pré-capilares dos setores periférico e esplâncnico, desencadeada pelo sistema nervoso central, pela medula suprarrenal e pelos reflexos originados pelos centros vaso-sensíveis, seios carotidianos, cárdio-aórticos e substâncias pressoras liberadas pelos rins isquêmicos, com finalidade de manter uma irrigação adequada dos órgãos vitais. Dessa forma, o cérebro e o coração não são afetados pela vasoconstrição.

Se a intensidade ou a duração da agressão ultrapassar a capacidade compensatória do organismo, instala-se o *choque irreversível* seguido de morte. A verdadeira causa da irreversibilidade do choque é desconhecida. Sugerem-se como principais os fatores decorrentes da vasoconstrição compensatória prolongada: alterações metabólicas, ácido láctico e ácido pirúvico, CO₂, VDM, substâncias aminadas etc.

A acidose assinalada nos estados de choque tem sido apontada como consequência de alterações metabólicas, parecendo depender do íon lactato (Lotz, Beeck & Stevenson), além de outros ácidos fixos.

A redução da pressão arterial diminuindo o fluxo sanguíneo nos tecidos interfere na regularidade da hematose e compromete a liberação de O₂ ao nível celular, favorecendo a hipercapneia. Wiggers não considera a redução do consumo de O₂ como índice de irreversibilidade.

Chambers & Zweifach comprovaram experimentalmente no sangue de animais em estado de choque a presença de substâncias vasotróficas capazes de interferir no funcionamento espontâneo dos vasos terminais do mesoapêndice, as quais chamaram VEM (material vasoexcitador), produzidas pelos rins, e VDM (material vasodepressor), originadas em vários órgãos e, especialmente, no fígado. Reinhardt, Glasser & Page não atribuem, no entanto, a mesma importância ao VEM e ao VDM e até mesmo aos rins e ao fígado, no choque.

Há uma entidade, geralmente fatal, o *choque recorrente*: reaparecimento do estado de choque algum tempo após haver sido debelado. Admite-se em sua gênese uma resposta endócrina insuficiente, sucedendo à reação neuro-hormonal, podendo, ainda, o excesso de infusões com substâncias tipo noradrenalina comportar-se como fator predisponente ou determinante do choque recorrente, o que indica, a nosso ver, a necessidade urgente de uma revisão drástica do tratamento do choque clínico pelo emprego de vasoconstritores.

6.7.2. Classificação

Consoante o conceito fisiopatológico e as alterações hemodinâmicas, essa entidade mórbida classifica-se modernamente em: choque cardiogênico, choque obstrutivo, choque hipovolêmico e choque periférico.

a) *Choque cardiogênico* — Resulta da redução súbita do débito cardíaco com acúmulo de sangue na pequena circulação e vasoconstrição renal, como resposta compensadora, e redução do fluxo renal. A causa mais frequente do choque cardiogênico é o infarto do miocárdio. Alterações funcionais do coração, ou deste motivadas por afecções de outros órgãos e sistemas de intensidade suficiente para retardar o retorno venoso, bem como os desequilíbrios ácido-básico e hidroeletrólítico (acidose respiratória, acidose metabólica) em que a alteração do volume líquido vem associada a modificações na concentração dos eletrólitos, formando soluções hipo ou hipertônicas, e a hipoxia por insuficiência respiratória aguda, clínica ou acidental podem, também, ser causa de choque cardiogênico.

b) *Choque obstrutivo* — Ocorre por bloqueio da circulação de retorno ao coração, como exemplos, no tamponamento cardíaco, tromboes intracardíacas, tromboes pulmonares, bloqueio do mediastino, compressão das veias cavas.

Há mulheres em adiantado estado de gestação que, em decúbito dorsal, sofrem brusca e rápida queda da pressão arterial, que pode chegar a zero, com sensação de fraqueza, aceleração do pulso, sudorese, palidez, determinada por compressão da veia cava inferior, pelo útero aumentado de volume, impeditiva do retorno venoso para o coração direito. Ocorre rápida melhora do quadro clínico quando a paciente é colocada em decúbito lateral esquerdo. Alguns autores o consideram uma forma de síncope; será, no entanto, choque obstrutivo, do qual pode sobrevir a morte se a gestante não for mudada de posição e atendida adequadamente em tempo hábil.

A compressão da veia cava inferior, abaixo das veias renais durante a operação cesariana, reproduz essa síndrome.

c) *Choque hipovolêmico* — Ocorre nas hemorragias copiosas ou prolongadas, nas grandes queimaduras com plasmorragias intensas, nos processos supurativos e nas desidratações agudas.

Quando a hemorragia ou a plasmorragia são intensas e a reposição plasmática insuficiente, prolongando o período de hipovolemia, ocorre diminuição do retorno venoso e a consequente redução do débito cardíaco e do fluxo renal e vasoconstrição compensatória. Segue-se a hipoxia, responsável, ao fim de algum tempo, pela atonia capilar, cumulativa de sangue especialmente no território esplâncnico, a que se imputa responsabilidade pela irreversibilidade do choque a que sobrevém a morte.

d) *Choque periférico* — Chamado choque microvasogênico, é originado por resistência periférica aumentada ou por resistência periférica diminuída especialmente ao nível dos capilares e das vênulas.

e) *Choque por embolismo do líquido amniótico* — Sua principal sintomatologia é dispneia intensa, hepatização pulmonar, hemorragias graves e morte por falência cardíaca aguda.

Ocorre motivado por aspiração de razoável volume de líquido amniótico e/ou de mecônio pelos pontos em que se rompeu o seio venoso marginal da placenta ou, mais raramente, de todo o espaço intervulvo, ascendendo por intermédio da veia cava e coração direito até o pulmão, onde provoca obliteração dos capilares e arteríolas pulmonares, desencadeando *cor pulmonale agudo*, imediata causa do choque.

Em tempo seguinte, ocorre concentração elevada de tromboplastina no líquido amniótico, produtora de uma síndrome de coagulação intravascular agravadora da obstrução das artérias pulmonares, além das cerebrais e dos rins, contribuindo para potencializar o choque já estabelecido.

Seja dito, por fim, que em todo parto penetra pequena quantidade de líquido amniótico na torrente circulatória materna, a que se atribui o fenômeno de calafrio característico da mulher imediatamente após a *délivrance*, sem gerar nenhum efeito nocivo. Trata-se, na verdade, de uma forma frustrada de embolismo em que o ínfimo volume de líquido amniótico aspirado para a circulação pelas contrações violentas do útero não apresenta concentração relativamente elevada de tromboplastina suficiente para desencadear estado de choque (*vide* n. 10.11, subitem 6).

6.7.3. Exame cadavérico

Na autópsia o legista constata:

- 1) congestão capilar difusa;
- 2) congestão pulmonar;
- 3) sufusões hemorrágicas petequiais poliviscerais, relacionadas com a atonia capilar;
- 4) degeneração parenquimatosa do estômago e duodeno, devido à vasoconstrição prolongada;
- 5) necrose centrolobular hepática;
- 6) corticonecrose renal bilateral;
- 7) poliosteose visceral mais acentuada no fígado e no miocárdio, que se inicia 18 horas após a agressão e aumenta durante 96 horas, entrando depois em declínio;

8) mucose da túnica média da aorta, devido à hipoxia determinada pelo choque.

6.8. Energias de ordem mista

6.8.1. Fadiga

Legrange a define como “a diminuição do poder funcional dos órgãos, provocada por um excesso de trabalho, e acompanhada por uma sensação característica de mal-estar”.

A fadiga, sintoma frequente e abstruso de sensação de cansaço, pode ser: crônica, aguda ou superaguda.

A fadiga *crônica* aparece na ausência de exercício corporal rigoroso, consequente aos efeitos físicos e mentais nos incapacitados de sentir prazer em qualquer atividade sociofamiliar e profissional, e nos submetidos a excesso de trabalho, à qual recorrem como mecanismo de defesa. A maior parte dos que sofrem fadiga física e mental crônica inexplicada porta algum tipo de sintoma psiconeurótico, conforme as escolas dinâmicas de psiquiatria. Para os seguidores destas escolas, a fadiga crônica é qualidade positiva em que o desejo inconsciente de inativação objetiva a preservação física e da autoestima. Outros psiquiatras consideram a fadiga crônica uma incapacidade constitucional. Desse modo, o fatigado difere do não fatigado basicamente na energia potencial, com inferioridade física evidente, embora com inteligência média ou superior. Contudo, transtornos somáticos (infecções, anemias, intoxicações crônicas endógenas ou exógenas, endócrinos) devem ser pesquisados antes de se concluir ser a fadiga crônica de origem inteiramente psicogênica. O fatigado crônico frequentemente experimenta uma variedade de sintomas, tais como irritabilidade, mau humor, crises de raiva e choro, nervosismo, insônia ou sonolência, inquietude, desatenção, cefaleia, inapetência, depauperamento, incapacidade para enfrentar os problemas complexos, por redução do número e da qualidade de suas associações nas provas de função mental, falta de iniciativa, ideias de inferioridade, sensação de cansaço permanente e impaciência no relacionamento com os outros.

A fadiga *aguda* é uma autointoxicação consequente à liberação de leucomainas no cérebro, aumento do ácido láctico nos músculos, e de creatinina no sangue, provocada pelo trabalho excessivo do corpo, capaz de determinar alterações orgânicas consideráveis, insônia, inapetência, hipertensão arterial, retardamento do ritmo cardíaco (*surmenage*) e até a morte.

Tem sido demonstrado experimentalmente que a injeção de sangue de um animal fatigado produz em outro, que está em repouso, sinais evidentes de fadiga.

Exemplo clássico de *exitus* por fadiga é a do soldado grego que, no ano de 490 a.C., correu 42.195 metros, das planícies de Maratona até Atenas, para anunciar a vitória sobre os persas, ao fim da legendária façanha prostrando-se morto.

A fadiga *aguda* manifesta-se por dispneia, taquicardia, taquisfígmia, hipertensão, dores nos flancos, astenia, tremores, tonturas. Esses sintomas cessam habitualmente pelo repouso.

Persistindo o esforço excessivo do corpo instala-se a fadiga *superaguda*, com dispneia intensa, seguida de superficialização dos movimentos respiratórios, palidez, fria sudorese, pulso filiforme e bradicárdico, adinamia, perturbações do sistema nervoso central com possíveis convulsões e morte por colapso cardíaco.

No indivíduo morto por fadiga superaguda ocorrem rigidez cadavérica e putrefação rápidas. Os músculos tornam-se friáveis, e o sangue negro dissemina-se em sufusões nas mucosas e vísceras.

A fadiga crônica interessa à Medicina Legal porque o trabalhador, física e mentalmente esgotado, torna-se incapaz de levar a contento sua função, com baixa na produtividade, diminuição da resistência nervosa, podendo tornar os acidentes em certas atividades mais frequentes (Infortúnica) ou ensejar a prática de vários delitos.

CAPÍTULO 7

Da Periclitação da Vida e da Saúde

Sumário: 7.1. Perigo de contágio venéreo. 7.2. Ação pericial no delito de contágio venéreo. 7.3. Perigo de contágio de moléstia grave. 7.4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida — AIDS. 7.5. Omissão de socorro.

No Capítulo III do Título I da Parte Especial (Dos crimes contra a pessoa), o Código Penal prevê vários delitos cujo esclarecimento pode exigir o concurso da Medicina Legal, para examinar o acusado, determinar exposição a perigo de contágio venéreo (art. 130), determinar perigo de contágio de moléstia grave (art. 131), examinar as vítimas dos “crimes de abandono” (arts. 133 e 134), examinar as vítimas dos “crimes de omissão de socorro” (art. 135) e as vítimas de “maus-tratos” (art. 136).

7.1. Perigo de contágio venéreo

O Código Penal vigente prevê um crime — o de perigo de contágio venéreo — inexistente como tal nas legislações antigas, embora desde priscas eras existissem as moléstias transmissíveis sexualmente, as quais se vêm generalizando assustadoramente na sociedade atual. Com efeito, nenhum outro crime é mais característico da sociedade “civilizada” do que o de exposição ao perigo de contágio venéreo, justificando-se, pois, a inclusão do art. 130 em nosso diploma legal, conforme se lê na Exposição de Motivos: “Já há mais de meio século, o médico francês Després postulava que se incluísse tal fato entre as espécies do ilícito penal, como já fazia, aliás, desde 1866, a lei dinamarquesa. Tendo o assunto provocado amplo debate, ninguém mais duvida, atualmente, da legitimidade dessa incriminação. A doença venérea é uma lesão corporal e de consequências gravíssimas, notadamente quando se trata da sífilis. O mal da contaminação (evento lesivo) não fica circunscrito a uma pessoa determinada. O indivíduo que, sabendo-se portador de moléstia venérea, não se priva do ato sexual, cria conscientemente a possibilidade de um contágio extensivo. Justifica-se, portanto, plenamente, não só a incriminação do fato, como o critério de declarar-se suficiente para a consumação do crime a produção do perigo de contaminação”.

O adjetivo “venéreo” deriva etimologicamente de Vênus, por extensão sendo correntemente empregado no que diz respeito à sexualidade. Moléstia venérea é nome genérico de diversas doenças que, como define o nome, são ou podem ser transmitidas por meio de relações sexuais — a arte de Vênus, a deusa do Amor — ou seus consentâneos, os atos libidinosos. Por libidinoso compreende-se todo o ato que se refira à libido, ou seja, todo e qualquer ato estimulador do prazer sexual, incluindo-se, naturalmente, a conjunção carnal. O ato libidinoso pode então ser desde o próprio contato sexual anormal — coito anal, topoinversões, beijo voluptuoso que pode levar até ao *spasmus venereus* etc. — até a simples atrição momentânea, fugaz, dos órgãos sexuais ou outros, desde que se relacione com o desejo ou satisfação sexual, no mais amplo sentido.

A nossa legislação tomou por base a dinamarquesa, que, desde 1866, incrimina o contágio venéreo como crime de perigo. O delito se configura pela simples exposição a contágio de moléstia venérea, por meio de relações sexuais ou qualquer outro ato libidinoso, desde que o agente saiba ou deva saber que está contaminado, consubstanciando-se então o crime, independentemente de contaminação da vítima; com efeito, o *eventus damni* não é o elemento constitutivo do crime, nem é tomado em consideração para o efeito de maior punibilidade. Desse modo, o comportamento do agente poderá ser comissivo ou omissivo.

O crime de perigo é indiretamente doloso quando o agente qualquer que seja o sexo expõe alguém a contágio de moléstia venérea, sem intenção de fazê-lo, mas sabendo ou devendo saber que está contaminado ou, *stricto sensu*, culposo, quando a sua ignorância a respeito era inescusável. Assim tem entendido a jurisprudência. Nós pensamos como Celso Delmanto quando contrariava essa opinião, *in verbis*: “Todavia, como os casos de culpa devem ser expressos (CP, art. 18, II, parágrafo único) e o princípio de reserva legal (CP, art. 1.º) não pode ser desrespeitado, parece-nos mais seguro apontar o dolo eventual e não a culpa. Também o núcleo empregado no tipo (‘expor’) e a previsão do § 1.º reforçam essa nossa orientação” (*Código Penal comentado*, 1. ed., Ed. Renovar, 1986, p. 222). O dolo será direto se é intenção do agente transmitir a moléstia a outrem, ocorrendo agravação da pena.

Esta última hipótese não é rara em nosso país, onde a ignorância incute a credence, em muitos, de que a transmissão da moléstia venérea em crianças ou em virgens equivale à cura, ou então, por vingança, como foi o caso por nós atendido na comarca de Bauru, em 1968, de marido traído que se fez contaminar por blenorragia para transmiti-la indiretamente, via genitália da esposa, ao amante, somente não se configurando o crime previsto no art. 131 do CP, pelo modo contagiante empregado: as relações sexuais. Aliás, de passada, vale lembrar que Shakespeare pensava que o contaminado de doença venérea ficaria curado quando transmitia o seu mal a outra pessoa sã, como se depreende das palavras que põe na boca de Tímon, Ato IV, cena III: “Não quero beijar-te; a podridão continuará só na tua boca”.

Não atenua nem dirime o delito o consentimento da vítima, pois a saúde e a vida são bens indisponíveis de interesse público, que não pode ser derogado por um ato de particular, tutelados pela maioria dos Estados modernos.

Se o contágio se der entre cônjuges haverá razão para separação judicial, alicerçada em injúria grave e adultério, nos termos da Lei n. 6.515/77 e do artigo 1.573 do CC.

Ao contrário da lei dinamarquesa, que lhe serviu de modelo, dispõe nosso dispositivo legal que a ação penal somente se procede mediante representação e não apenas quando o ofendido seja cônjuge do agente (art. 130, § 2.º, do CP). A exigência da representação da espécie é justificada pelo Código Penal sob alegação de que o *streptus iudicii* pode, em muitos casos, “em face da natureza escabrosa dos fatos incriminados” (Helena C. Fragoso) ter consequências prejudiciais à própria vítima e a seus familiares. Proposta, no entanto, a ação penal, a representação será irretirável (art. 25 do CPP). Será, também, “irretirável depois de oferecida a denúncia” (art. 102 do CP).

Na prática judiciária raramente se tem notícias de inquérito ou processo por delito de contágio.

Nem por isso se pense ser o art. 130 do Código Penal inócuo ou mesmo inútil. Nada disso! Todavia, mais do que a justa inclusão do referido artigo no nosso diploma legal, pensamos ser a educação sexual e higiênica promovida pelo Estado nas escolas, quartéis, fábricas e meios de comunicação, orientando o indivíduo a preservar sua saúde e do alheio, os fatores mais importantes para a diminuição progressiva dos índices de contaminação venérea no País. Envide, também, o governo os melhores esforços visando diminuir a miséria, a pobreza de nosso povo, geradora de promiscuidade que favorece, *larga manu*, a mediata contaminação.

Finalmente, evitou o novo estatuto penal enumerar taxativamente as moléstias venéreas (sífilis, blenorragia, *ulcus molle* e o *linfogranuloma inguinal*), alegando, com propriedade, ser isso mais próprio da dinâmica dos códigos sanitários.

Mesmo assim, convêm algumas noções sobre essas doenças e suas possíveis consequências.

1) *Sífilis* — É uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica e cíclica, produzida pelo *Treponema pallidum*, que ataca a pele, mucosa, ossos, vísceras e, principalmente, o sistema nervoso central, independentemente de raça, sexo ou idade.

É doença passível de ser transmitida pela mulher doente ao feto, após o 4.º mês de gestação (sífilis congênita), por diminuição paulatina e desaparecimento da barreira placentária, do que pode resultar aborto ou parto prematuro. Se a defesa dada pela placenta desaparece mais tardiamente, a gravidez pode atingir o seu termo e o recém-nascido mostrar-se aparentemente indene, manifestando-se a doença 4 a 6 semanas após o nascimento.

A sífilis ainda pode ser adquirida ou acidental.

A *sífilis adquirida* inicia-se por uma lesão denominada cancro ou protossifiloma, de origem venérea (90% dos casos), localizada sempre no local do contato infectante (“lugar do pecado”).

O cancro de inoculação evidentemente só não existe na sífilis congênita, que também é adquirida, em que a infecção ocorre no momento do desprendimento dos vilos coriários, por ocasião do parto, e na sífilis adquirida por eventual contaminação por transfusões sanguíneas.

Essas duas formas, bem como a *sífilis acidental*, adquirida através de beijo, lactância, mordeduras, chupões, vacinação, tatuagem, circuncisão, bomba de mate etc., não interessam ao art. 130 do Código Penal, uma vez que este exige que a exposição se dê por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso.

O evoluir da sífilis possui cronologia típica: desse modo, há um *período de incubação* assintomático de 3 semanas, após o que surge o protossifiloma. Na 4.ª semana após o contágio infectante manifesta-se intensa adenopatia regional (a adenopatia acompanha o cancro, como a sombra ao corpo) em região dependente da sede de implantação do protossifiloma, ou seja, sempre dentro do território linfático que aos seus gânglios cabe drenar. Nesta fase já se positavam as reações sorológicas para lues (VDLR). Três semanas após o surgimento, desaparece sem subsistência de vestígios, espontaneamente, o cancro sífilítico, encerrando o ciclo do chamado *período primário*. O *período secundário* inicia-se pela *roséola sífilítica*, decorridos mais 45 dias de uma fase silenciosa, sem manifestações. O *período terciário* surge meses ou anos após, com eclosão dos tubérculos e gomas e, em alguns casos, lesões irreversíveis viscerais e/ou do sistema nervoso, provocando a paralisia geral progressiva dos alienados, a *tabes dorsalis* etc.

Os períodos primário e secundário são altamente contagiosos, o mesmo não ocorrendo no período terciário.

Gestante portadora de sífilis por período superior a cinco anos é potencialmente infectante para o *infans conceptum*.

Não existe imunidade natural para a sífilis, a não ser em alguns casos durante o tempo em que o indivíduo encontra-se atacado por essa doença; uma vez curado, nada impede que ele se contagie novamente, de forma acidental ou diretamente de indivíduo a indivíduo.

2) *Blenorragia* — É produzida pelo gonococo de Neisser ou *Neisseria gonorrhoeae*, que se dispõe em pares (diplococos), em situação intracelular, nos exsudados, em Gram-negatividade absoluta. Só existe na espécie humana. No meio ambiente resiste pouco ao calor, à dessecação e à ação dos antissépticos.

O contágio direto ou venéreo é a forma mais frequente; o contágio indireto pode ocorrer eventual e consecutivamente ao uso de toalhas, roupas infectadas, sondas uretrais e espéculos mal esterilizados, ou durante a travessia do ser nascente pelo canal do parto de gestante blenorragica. Neste caso, do 2.º ao 5.º dia após o nascimento, acomete o gonococo as conjuntivas da criança, gerando a chamada *oftalmia neonatarum*, reconhecida pela secreção esverdeada e abundante, edema palpebral e enfartamento dos linfonodos pré-auriculares. É por isso que se recomenda, nas maternidades, como medida profilática, o uso sistemático do *Método de credé* (solução de nitrato de prata a 1,5%) ou de penicilina anidra nos olhos dos recém-nascidos, que elimina, de forma quase absoluta, o aparecimento de conjuntivite.

O período de incubação é de 2 a 6 dias após o coito infectante, quando então manifestam-se as complicações típicas precoces (cistites, bartolinites agudas) ou tardias (prostatite, epididimite, salpingite e vaginite crônicas).

Na mulher a fase aguda passa frequentemente despercebida ou não existe. No homem, se a infecção se localiza na parte anterior da uretra, a sintomatologia se traduz por eliminação de secreção purulenta e ardor, principalmente durante a micção. Assentada na porção uretral posterior, pode não haver eliminação do fluxo blenorragico, embora haja desconforto à micção, manifestada por polaciúria e disúria. Na uretrite crônica a secreção purulenta se reduz à chamada *gota militar*, no homem, com ardência ao urinar, ejaculações sanguinolentas e estenose uretral.

A blenorragia não confere imunidade ao portador, nem mesmo na fase aguda ou na fase crônica da doença.

O diagnóstico médico-legal da gonococcia baseia-se no exame clínico de valor relativo e no exame bacteriológico, que tem critério seguro, diretamente ou mediante culturas.

Na gonorreia crônica os diplococos contidos no exsudado livre são escassos, o que pode propiciar exame negativo, motivo por que se deve repeti-lo várias vezes, antes de se afirmar o diagnóstico definitivo.

3) *Cancro mole* — Produzido pelo bacilo de Ducrey (*Hemophilus ducreyi*), aparece após uma incubação amíu de 2 dias, sob a forma de uma pequena pústula sob a qual se desenvolve o *ulcus molle*, na mucosa da base da glândula, no homem, e, na mulher, preferentemente no vestíbulo (fossa navicular, hímen, meato uretral, glândulas de Bartholin) e na face interna dos pequenos lábios. A disposição anatômica da vulva favorece a autoinoculação, pelo que não é excepcional encontrar casos de cancro moles múltiplos localizados, de preferência ou exclusivamente, nas ninfas, causando hipertrofia ou perfurações com segregação de copioso pus, ou um processo adesivo com atresia do introito vaginal.

Há casos em que ocorre intensa adenopatia aguda na virilha, dolorosa, com tendência à supuração e fistulização (bubão cancroso), que também pode manifestar-se tardiamente depois de cicatrizado o cancro.

4) *Cancro misto* — É uma variedade de cancro mole originada pela inoculação no mesmo ponto do bacilo de Ducrey e do *Treponema pallidum*, que se manifesta clinicamente a partir da 3.ª ou 4.ª semana de sua evolução. À medida que o granuloma específico se forma, a lesão perde o seu primitivo caráter inflamatório, com diminuição da secreção purulenta, e assume aspecto sífiloide mais ou menos característico.

5) *Linfogranuloma venéreo* — Também chamada doença de Nicolas e Favre ou quarta doença venérea, é adquirida pelo coito natural ou atos libidinosos, pela penetração de um vírus filtrável (Hellerström e Wassen), através da pele e das mucosas, ou por instrumentos ou toalhas contaminadas com secreções infectantes. O período da incubação é de 10 a 15 dias, após o qual surge um cancro fugaz acompanhado de adenopatia inguinal uni e imediatamente bilateral, que não adere aos planos subjacentes, permitindo sua mobilização sem com isto despertar dor.

Depois de um prazo variável, a massa ganglionar supura e fistuliza, eliminando secreção purulenta e pouco abundante, achocolatada e viscosa, mais tarde substituída por secreção pegajosa e amarelada na qual se detecta, laboratorialmente, os corpúsculos de Miyagawa. O processo é desacompanhado de sintomas gerais, salvo nas formas agudas febris. Na mulher, ocorre ulceração da vulva (estiomene), de evolução tórpida e progressiva, anexite linfogranulomatosa e estenose vaginal.

Quando o coito infectante foi anal, a lesão localiza-se no reto, estenosando a sua luz, por dano ulceroso da mucosa.

A infecção não é reinoculável ao mesmo doente.

7.2. Ação pericial no delito de contágio venéreo

A Medicina Legal pode ser requisitada para identificar os crimes de exposição a perigo de contágio venéreo, visando a intervenção do perito apurar, por meio de exames clínicos e laboratoriais, se:

- 1) por ocasião do coito ou do ato libidinoso, o acusado era portador de moléstia venérea;
- 2) a moléstia venérea se encontrava em fase contagiante;
- 3) a vítima, na ocasião do coito eventualmente contaminante, era isenta de moléstia venérea a cujo perigo foi exposta.

Configura crime impossível a resposta negativa ao primeiro item, pois se o acusado não portava moléstia venérea à época do coito ou da prática do ato libidinoso, evidentemente não poderia contaminar a queixosa. Se o indigitado autor era, porém, ao tempo das relações sexuais ou do ato libidinoso, portador da doença, o perito apurará se a mesma se encontrava em período contagiante, capaz, portanto, de representar perigo para a vítima. Para a configuração do delito é necessário, ainda, que a queixosa não portasse na época do coito ou do ato libidinoso o mesmo tipo de moléstia venérea a cujo perigo foi exposta, pois, caso contrário, não terá ocorrido exposição a perigo de contágio. Realmente, ocorrerá, no exemplo, crime impossível (art. 17 do CP), por falta de perigo. Por último, se um é portador de determinado tipo de doença venérea, e o parceiro sexual, de outro tipo, expondo-se reciprocamente a perigo de contágio, ambos, obviamente, terão cometido o crime.

7.3. Perigo de contágio de moléstia grave

O art. 131 do Código Penal dispõe:

“Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio.

Pena — reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa”.

A Medicina considera moléstia grave qualquer doença passível de causar a morte ou dano grave e irreparável à saúde ou à pessoa. Constituem exemplos de moléstias graves: a hanseníase, a tuberculose, a varíola, o tifo, a febre amarela, a AIDS, a blenorragia, a sífilis, o cancro mole e o linfogranuloma inguinal, fora, naturalmente, de relação sexual ou de ato libidinoso.

Para a caracterização do crime, a lei exige que as moléstias sejam transmissíveis por contágio e, ao mesmo tempo, graves, e que o agente pratique o ato com o fim precípua de contaminar a vítima, sendo inescusável alegação de ignorância da doença, implicitamente entendendo-se saiba o acusado ser portador da mesma, pois, só assim, pode praticar o ato objetivando transmiti-la.

Para a configuração do crime não é necessário que se materialize a transmissão: basta a prática contagiante e que o agente realize o ato com esse fim. Assim é que o art. 131 do CP prevê o dolo direto ao exigir intenção explícita do agente (que quis ou assumiu o risco de produzir o resultado), ao praticar ato objetivando contágio, quer ele ocorra ou não. Obviamente, se ao agente faltar a intenção, mas não o desconhecimento de que está contaminado e da contagiosidade da moléstia, o crime previsto no art. 131 não se configura, passando a integrar o dispositivo 132 do Código Penal. Todavia, se essa ignorância era inescusável e a moléstia grave vem, efetivamente, a transmitir-se, ter-se-á um crime de lesão culposa, ou de homicídio culposos, se o contagiado vier a sucumbir. Se o agente teve a intenção apenas de transmitir a moléstia grave de que sabe estar contaminado e o contágio desenganadamente se efetiva, desencadeando *exitus* do paciente, o delito a reconhecer será lesão corporal seguida de morte, prevista no § 3.º do art. 129 do Código Penal. É claro que se existe a parte *subjecti*, a *voluntas ad necem*, e ocorre a contaminação, o crime a ser cominado ao agente será o de tentativa de homicídio, ou se ao efetivo contágio ocorrer *exitus letalis*, homicídio doloso.

“Cumpra ainda notar que, se ocorre o efetivo contágio, e este não transcende à violação da incolumidade da pessoa visada, criando um perigo comum (propagação da moléstia com caráter epidêmico), o que se tem a configurar é um concurso formal entre o crime em questão e o § 2.º do art. 267, ou do art. 268, conforme o caso” (Nelson Hungria).

A Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, passou a considerar crime *hediondo* a epidemia com resultado morte (art. 267, § 1.º, do CP).

Caracterizam o delito:

- 1) ser o acusado portador de moléstia contagiante grave;
- 2) que o acusado pratique intencionalmente ato com a finalidade precípua de transmitir moléstia contagiosa grave;
- 3) que o ato praticado seja idôneo para produzir o contágio, qualquer que seja a sua modalidade.

Obviamente, se o ofendido, ao tempo da prática do ato capaz de produzir o contágio, estava infectado por idêntica moléstia, haverá crime impossível, consoante o art. 17 do Código Penal.

7.4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida — AIDS

Descrita pela primeira vez em 1979, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida — AIDS é desencadeada por um vírus denominado HTLV-III ou LAV (têm sido descobertas inúmeras cepas), que se assenta no linfócito, elemento figurado branco do sangue parcialmente responsável pela defesa imunológica do organismo, debilitando-o e expondo-o a várias infecções causadas por bactérias, vírus, protozoários e fungos, chamadas oportunistas.

Até o momento, apenas o tratamento das doenças oportunistas tem beneficiado inúmeros pacientes, pois ainda não se descobriu vacina preventiva ou medicamento específico que cure a AIDS.

São vias comprovadas de transmissão dessa síndrome: a) sangue contaminado — o risco aumenta proporcionalmente ao número de transfusões sofridas por um mesmo paciente e com o uso de seringas e agulhas não descartáveis; b) espermatozoides contaminado — pela conjunção carnal e por coito oral e anal.

A maior frequência ocorre no sexo masculino por contágio venéreo (64%) e 6% em mulheres, homens e crianças, por transmissão sanguínea; 30% têm o meio de contágio desconhecido. Não obstante ser também contagiante por atos libidinosos, não é a AIDS moléstia venérea, respondendo o transmissor por lesão corporal

gravíssima (enfermidade incurável), enquanto não ocorre a morte da vítima, e não pelo art. 130 do Código Penal.

A AIDS manifesta-se clinicamente por uma série de sintomas, como cansaço persistente, independente de esforço físico, emagrecimento acentuado, febres, calafrios, sudorese noturna, diarreias frequentes e intermitentes, adenites generalizadas, tosse seca e prolongada e ferimentos ou lesões esbranquiçadas na boca, em grande quantidade.

O diagnóstico da AIDS é essencialmente clínico. Alguns exames laboratoriais podem complementar a suspeita diagnóstica clínica. O teste laboratorial antígeno-anticorpo revela que o paciente já esteve em contato com o vírus, mas não afirma o diagnóstico de AIDS, porque o resultado positivo não significa doença. Ademais, há portadores de AIDS em que o teste mostra resultado negativo (falso negativo), assim como há, também, resultados falsos positivos.

As medidas preventivas específicas preconizadas para AIDS consistem em reduzir o número de parceiros sexuais (quanto mais compartes, maior o risco), evitar os atos libidinosos e conjunção carnal com desconhecidos, usar condom, agulhas e seringas descartáveis ou esterilizadas e luvas para fazer curativos quando em contato com o sangue.

A AIDS é moléstia de notificação compulsória. Sua profilaxia poderá ser feita pela tomada de medidas preventivas pelos órgãos públicos no sentido de aprimorar o controle nos bancos de sangue (sangue previamente tratado tanto na colheita quanto em caso de transfusão) e aplicação de educação sanitária aos casos confirmados, suspeitos, comunicantes e grupos de risco de investigação epidemiológica, clínica e laboratorial.

7.5. Omissão de socorro

Código Penal, art. 135: “Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança extraviada ou abandonada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública”.

Código de Ética Médica, art. 47: “O médico não é obrigado por lei a atender ao paciente que procura seus cuidados profissionais; porém cumpre-lhe fazê-lo em casos de urgência ou quando não haja na localidade colega ou serviço em condições de prestar a assistência necessária”.

Código Penal, art. 4.º: “Considera-se praticado o crime no momento da ação ou da omissão, ainda que outro seja o momento do resultado”.

Inserido recentemente no Código Penal brasileiro, o art. 135 é obrigação legal que torna dever de cada um a assistência a outrem, em iminente perigo de vida, mesmo que o perigo real tenha sido criado pelo próprio periclitante. Deixar de prestar assistência, quando podia fazê-lo sem risco pessoal, ou não pedir auxílio da autoridade pública, caracteriza o delito. Desse modo, qualquer pessoa que, podendo fazê-lo sem risco pessoal, mesmo que não tenha o dever jurídico e desde que não seja o agente causador, por dolo ou culpa, do estado de perigo, deixa de prestar assistência a quem se encontra ao desamparo ou em risco vital incorre no delito previsto no art. 135 (omissão de socorro). O mesmo se aplica a quem, sentindo-se incapaz de prestar socorro com eficiência, não recorre à autoridade pública (delegado de polícia, pronto-socorro, corpo de bombeiros etc.), que pela natureza de seu ofício está capacitada a intervir.

Da mesma forma comete o delito quem, podendo prestar assistência, limita-se a solicitar à autoridade pública apelo de socorro inteiramente ineficaz.

Nosso diploma legal impõe a assistência, quando for possível realizá-la sem risco pessoal (o risco moral ou patrimonial não afasta a incriminadora), a quem se imputa responsabilidade, independente de sexo ou profissão, pois a tendência socializante das legislações modernas, como a nossa, visa despertar, ainda que coercitivamente, o sentimento de solidariedade humana e da assistência recíproca pelo dever geral de prestação de socorro. Há quem afirme que esse dispositivo legal não devia existir em nenhum código, civilizado ou não, argumentando que o sentimento de solidariedade deve integrar intimamente o ser humano e que alguém que, sem risco pessoal, deixa de prestar assistência à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo, ou não pede socorro à autoridade pública, há de ser louco ou odiar o gênero humano. Na prática, porém, nem sempre é assim no que se refere a lei; apenas o ilícito não é comprovado porque as testemunhas do fato também devem ser acusadas do crime. O contrário é verdade quanto a médico, para quem, por característica da profissão, atender casos de gravidade é trivial e cotidiano.

Se em um grupo de pessoas apenas uma presta assistência ao periclitante, esse fato exime as demais de tal responsabilidade, desde que a ajuda de mais alguém não seja imprescindível, consoante tem entendido a jurisprudência, *in verbis*: “A assistência eficiente prestada por um dos presentes exime os demais, salvo quando é necessário a ajuda de mais pessoas” (TACrimSP, Ap. 165.543, RT, 81:263, 519:402, 504:382, 497:337). Ou como proleciona Aníbal Bruno: “O socorro a que está obrigado o sujeito é somente aquele que, pela sua capacidade e as circunstâncias vigentes, lhe foi possível prestar. Mas não se justificaria uma assistência deliberadamente incompleta, indiferente a que seja ou não eficaz”. Se ninguém, porém, prestar-lhe assistência, todas as pessoas do grupo serão responsabilizadas pela omissão de socorro.

Há quem entenda que a eventual recusa da vítima em receber socorro descaracteriza o delito, ainda que o agente deixe de comunicar o fato à autoridade competente para as cabíveis providências. Pensamos, no entanto, que incorre na segunda conduta omissiva o agente que, frente à recusa da vítima em receber a assistência oferecida, deixa de pedir o socorro da autoridade pública e até de prestar o auxílio que de urgência se fizer necessário. Nesse entendimento: *JTACrimSP*, 38:314.

A lei não impõe ao leigo, consciente da situação de perigo, dever de prestar socorro quando ausente do local onde se prestará a assistência. Situação diversa ocorre com médico cuja intervenção é necessária para avaliar a gravidade de risco ao periclitante. Dessa forma, mesmo distante do local de atendimento, sendo o médico o único profissional capacitado a avaliar esse risco, a sua recusa em deslocar-se e prestar assistência, sem assegurar-se se esse perigo era ou não de intervenção imediata, configura o delito. A respeito, manifesta-se Aníbal Bruno, *in verbis*: “O ausente tem o dever jurídico de prestar socorro quando, por aviso feito com a precisa seriedade, venha a ter conhecimento do grave perigo em que se encontra alguém e saiba que sua intervenção é necessária e que de sua ausência resultará para a vítima um risco de dano irremovível. É o caso, por exemplo, do único médico que se encontra nas proximidades e cujos serviços são solicitados para salvar o ferido” (*Crimes contra a pessoa*, p. 240).

“Configura-se, em tese, o delito de omissão de socorro, na recusa do médico em atender a pessoa reconhecidamente doente, sob a alegação de não ser grave e iminente o perigo que corria e de não necessitar de urgente atendimento. Para que a denúncia seja recebida há necessidade, apenas, da existência de indícios do crime e da autoria, resultantes da prova coligida no inquérito. As certezas só virão depois” (RT, 409:77).

Receitar remédio a distância, embora pareça aos menos avisados uma forma de socorro, não o é, dando margem, portanto, a que a lei configure abstenção; ademais, é imprudente o que receita e avalia um diagnóstico por telefone, como exemplo.

Não será, todavia, tal procedimento considerado ato negligente, se o médico prescreve medicamentos, por telefone, quando, em virtude de ter consultado o enfermo na véspera, já conhecia o seu estado.

O médico que, viajando, não socorre na estrada vítima de acidente de cuja ocorrência tem conhecimento, ou recusa transportá-la em seu veículo, ao hospital, incorre como qualquer cidadão no ilícito, sua profissão servindo apenas para agravar moralmente a sua situação. A recusa de transporte só não configura o delito se o ofendido já estava sendo socorrido por policial ou outra pessoa qualquer que pode, logo após, conduzi-lo ao hospital.

O médico, ainda que profissional liberal, encontrando-se em presença de enfermo em situação grave, falta ou farto de recursos, ou em iminente perigo, não pode recusar sua assistência, alegando estar de folga, quando não há outro profissional na localidade, ou há falta de pagamento de honorário antecipado, porque esse dever de prestar assistência a quem se acha ofendido em sua incolumidade física ou fisiológica nasce da situação de fato e se estriba no valor ético-social de solidariedade humana, não necessitando ter fonte num negócio jurídico. “Comete o delito de omissão de socorro o médico que exige depósito prévio e aval, para atendimento de pessoa ferida gravemente numa briga, máxime se desprovidos de recursos, ela e seus acompanhantes” (RT, 511:4).

O obstetra que se responsabiliza pelo atendimento de gestante em trabalho de parto, iniciado pela ruptura da bolsa das águas, consoante critério médico-legal, ou pelas contrações uterinas seguidas de eliminação do tampão mucossanguinolento de Shoederer, não pode deixá-la aos cuidados exclusivos da enfermeira; nesta situação, notificado da internação, ainda que ordene a aplicação de antiespasmódicos e/ou antibióticoterapia por telefone, objetivando ganhar tempo e evitar ou coibir infecção pulmonar ao nascer, incumbe-lhe dirigir-se incontinenti ao hospital e zelar pela paciente cerca de 24 horas, ou durante todo o tempo que se fizer necessário, pois só a ele cabe o dever profissional — a *obligatio ad diligentiam* — de assistência à paciente até que seu estado e o conceito não justifiquem cuidados. A propósito, não há de ser demais lembrar respeitosamente que algumas especialidades médicas incluem em seu atendimento patologias emergenciais, onde o *exitus* poderá ocorrer em mínimo espaço de tempo e até de maneira imprevista. A evidência que não devem admitir esquema de plantão a distância. Incluímos entre essas especialidades a obstetrícia, pois não é de todo infrequente surgirem urgências dramáticas, com óbito rapidíssimo, como, por exemplo, hemorragias *post partum*, hemorragias *ante partum* por descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal etc., cuja ocorrência pode ser muitas vezes evitada por pronto atendimento, impeditivo, também, de que se acoime ao plantonista delito de omissão de socorro. E não se alegue a má remuneração dispensada pelas entidades oficiais aos profissionais, nem o descalabro em que se encontra a assistência médico-previdenciária responsável pela massificação e impessoalidade do atendimento, pois essa triste realidade que assola o País não permite ao médico cometer a outrem as providências que lhe competem, senão estar-se-ia prestando um desserviço público, além de traição ao juramento hipocrático.

A recusa de profissional de medicina em intervir em caso caracterizado de perigo, alegando cumprimento de ordem administrativa, configura omissão de socorro. Sendo a missão principal do médico salvar vidas, diante de iminente perigo, deve ele empregar todos os meios éticos a seu alcance e até recursos que contrariem o próprio direito subjetivo (exercício regular de direito — art. 146, § 3.º, I, do CP). É indispensável, porém, nesse caso, que o perigo seja real, iminente e, portanto, o atendimento inadiável.

E como agir nos casos de chamados de urgência para atendimentos simultâneos? O Código Civil obriga o médico a atender em primeiro lugar um paciente conhecido, pois, com o outro, se desconhecido, ainda não se estabeleceu uma relação contratual jurídica. Aconselhamos, porém, prudência na avaliação da situação mais grave, pois o dever humano e a consciência profissional determinam atendimento, por primeiro, ao caso mais desesperador, sem contudo deixar de fazer alguma coisa em favor do outro paciente. Nesse entendimento: RT, 409:276. Agindo assim o médico, nenhuma censura legal lhe caberá, pois a ninguém é dado o dom da onipresença.

O Código Penal refere-se à criança (pessoa que não tem condições de autodefesa por imaturidade) abandonada ou extraviada, obrigando a prestação de assistência à mesma em tal situação. No Brasil, no entanto, a falta de assistência a menores ou a quem quer que seja é justamente dos poderes públicos, que, amiúde, são os que fazem as leis. Haja vista, aqui e acolá, o verdadeiro exército de paupérrimos desvalidos da fortuna e de toda sorte de recursos, que morrem à míngua de

uma assistência médica, judiciária e governamental sob os viadutos e nas sarjetas de nosso riquíssimo País. Não é outro o entendimento da celebrada professora de Direito Processual Civil, Dra. Iara de Toledo Fernandes: “cerca de sete milhões e meio de pessoas vivem desabrigadas, morando em cortiços, favelas, em condições de miserabilidade extrema. Desemprego, distorções da economia, invasões de propriedades públicas e particulares. Um povo inexplicavelmente, desnecessariamente sofrido, num país maravilhoso” (Novos rumos do direito processual civil, *Jornal do Advogado*, out. 1991, p. 27). Logo depois registra pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo. Invalidez é a incapacidade do indivíduo valer-se de si próprio e que necessita de auxílio por dano sério e imediato. A ferida pode ser lesão de natureza leve, desde que a vítima seja carente de socorro e incapaz de se valer por seus próprios meios. Desamparo equivale a dizer desprovida de assistência e impossibilitada de enfrentar e conjurar o perigo, por si mesma. O iminente perigo de vida avalia-se pela certeza de grande sofrimento ou de resultado danoso, em situação em que existe uma possibilidade de êxito letal e que exige uma atuação rápida, eficiente e inadiável, a fim de evitar a morte. Daí a lógica orientar ao profissional de medicina diligência em atender *de immediatus* ao chamado domiciliar ou hospitalar, a despeito de aborrecimentos, para confirmar a realidade alegada.

Rebuscando o argumento “Responde por omissão de socorro o médico que, embora solicitado, deixa de atender de imediato o paciente que, em tese, corra risco de vida, omitindo-se no seu dever de facultativo” (*JTACrimSP*, 47:223).

Ou que, omitindo-se dos deveres de cuidado, deixa de examinar convenientemente criança em estado de saúde precaríssimo, que, deixando o hospital ou o local do mau atendimento em condições anormais tecnicamente desaconselháveis e sem medicação prescrita, ou displicentemente prescrita, vem a falecer. No sentido do texto: *JTACrimSP*, 13:203.

O crime de omissão de socorro se objetiva pelo dolo de não prestar assistência e, inclusive, pela pressuposição de vontade livre e consciente para que a pessoa em grave e iminente perigo não seja salva. Exige-se, entretanto, que o omitente tenha consciência do perigo (*RT*, 525:378) e que possa agir sem pôr em risco a própria vida, pois a lei não obriga ninguém a sacrificar-se por amor ao próximo (*RT*, 87:236, 371:359, 604:370).

Erro de diagnóstico não configura o delito (*JTACrimSP*, 60:208).

O delito é omissivo puro, instantâneo e eventualmente permanente.

A inexistência de dano real não exclui nem atenua a situação do omitente. Se, ao contrário, da omissão de socorro resulta lesão corporal grave ou morte, configura-se a agravante, sendo a pena aumentada de metade, na ocorrência do primeiro evento, e triplicada, no êxito letal.

Tem mais: ainda que o óbito do paciente não resulte de omissão de socorro, é suficiente para que se configure o delito em sua forma qualificada caso se comprove que a atuação do profissional poderia ter evitado o resultado, tanto mais tratando-se o agente de profissional de medicina no exercício dessa atividade.

E como deve comportar-se o médico atendente se um paciente, por si ou por seu representante legal, por força de convicção religiosa, recusa submeter-se a uma transfusão de sangue quando esse é o único inadiável meio de salvar-lhe a vida?

Nessa situação não fica o médico atendente desobrigado de fazê-la, posto que, no tratamento do iminente perigo de vida ou de saúde, a liberdade do profissional não está condicionada ao consentimento do periclitante mas aos ditames da ciência visando resguardar bens jurídicos supremos: a saúde e a vida. Levado, no exemplo, a omitir-se pelo dissenso do prosélito, porque fundamentado este na proibição bíblica à transfusão de sangue, a não intervenção qualifica o facultativo no crime de omissão de socorro, nos moldes do art. 135 do Código Penal. Se sobrevier a morte responderá ele por homicídio, evidentemente.

Realizada a plenamente justificada transfusão de sangue objetivando coibir a extrema gravidade do quadro clínico, se, por infelicidade, o paciente sucumbe, nenhuma responsabilidade caberá ao médico, amparado que está pelo § 3.º do art. 146 do Código Penal: “Não se compreende na disposição desse artigo:

I — a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida” e, por analogia, também por iminente perigo à saúde.

“Uma vez comprovado efetivo perigo de vida para a vítima, não cometerá delito nenhum o médico que, mesmo contrariando a vontade expressa das pessoas por ela responsáveis, tivesse ministrado transfusão de sangue” (Ac. un., de 30-8-1989, 9.ª Cam. TACrim, HC 184.642/5, Sorocaba, Rel. Juiz Marrey Neto).

À evidência que, conforme as serenas ponderações de Romeu de Almeida Salles Júnior (*Curso completo de direito penal*, 4. ed., São Paulo, Saraiva, 1955, p. 189), “se o paciente é membro de seita que se opõe ao tratamento e, por tal motivo, o recusa, não estando portando aquele quadro que identifica o perigo para a vida ou para a saúde, recomenda-se que o médico respeite o pensamento religioso daquele, não realizando a transfusão”.

Cabe-nos agora indagar: as pessoas responsáveis pelo enfermo, maior, necessitado de reposição sanguínea, poderão ser inquinadas criminalmente se por razões religiosas não autorizam a transfusão?

Pensamos que poderão, sim, sofrer as sanções previstas no art. 135 do CP, dès que não estejam assistindo ao enfermo, maior, através de terapia distinta, mas abonada por critério médico, condição essa necessária para inexistir justa causa para a ação penal. Mas, em se tratando de menor nessa condição de saúde, poder-se-á, talvez, invocar o art. 132 do CP, o qual pune a situação de perigo criada pela conduta ou omissão do agente, presente ao menos em consciência de tal situação o dolo eventual. Dessa sorte, comprovados, *prima facie*, a presença de perigo para a vítima, sendo essa circunstância que inspira cuidados, causada, como exemplo, por uma condição anêmica, principalmente hemorrágica, acentuada, a correta indicação de reposição de sangue e a negativa de autorização dos responsáveis configuram somatoriamente, em tese, conduta típica e punível através o estatuído no referido art. 132 do CP.

A jurisprudência tem entendido que não comete omissão de socorro mas, sim, o delito de homicídio culposo o facultativo que, negligentemente, medica por intermédio de enfermeira paciente com o qual sequer manteve contato pessoal, contribuindo de forma eficaz para a sua morte (*RT*, 521:432).

E que também “responde por homicídio culposo e não por omissão de socorro o médico que, diante de caso grave, negligentemente, se limita a prescrever medicamento sem qualquer prévio contato pessoal com o paciente. É que a omissão de socorro tem por base a falta de atendimento ao periclitante, que envolve o contato direto com a vítima” (*JTACrimSP*, 47:307).

CAPÍTULO 8

Incolumidade Pública

Sumário: 8.1. Exercício legal da Medicina. 8.2. Exercício ilegal da Medicina. 8.3. Charlatanismo. 8.4. Curandeirismo.

8.1. Exercício legal da Medicina

A Constituição Federal assegura aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a liberdade de exercerem qualquer trabalho, ofício ou profissão, desde que legalmente habilitados para determinado fim.

Assim, para o exercício lícito da Medicina — profissão intrinsecamente ligada à pessoa humana — pressupõe-se habilitação profissional e habilitação legal. A habilitação técnica é outorgada pelo estudo curricular universitário regular e completo, numa Faculdade de Medicina, e a habilitação legal, pela posse de um título idôneo — o diploma médico — e o seu registro nas repartições competentes.

Faz justificadamente jus à hipérbole do encômio o atento legislador que, objetivando resguardar a saúde dos incautos que possam ser enganados por um “aventureiro sem cartucho”, reprimiu, severamente, pelo perigo que representa à coletividade, o exercício ilegal da atividade médica. A ação dos poderes estatais não deve ser complacente, no ato de fiscalizar, autuar e punir energicamente todos aqueles que, com o fito de lucro ou não, se proponham a desempenhar a delicadíssima profissão sem possuir a necessária habilitação técnica comprovada, mediante o diploma conferido por Faculdade de Medicina legalmente reconhecida, que, ademais, deverá ser legalmente registrado, como foi dito.

São títulos idôneos os outorgados no Brasil por faculdades médicas oficiais ou por escolas ou universidades estrangeiras, desde que, consoante orientação dos respectivos regulamentos, revalidados por faculdades brasileiras, submetido o pretendente a provas sobre disciplinas obrigatórias do currículo mínimo.

A Constituição não restringe aos brasileiros natos o exercício da Medicina; qualquer médico de nacionalidade estrangeira, residente no Brasil, tem assegurado o direito de exercer a Medicina, após revalidação do título, independentemente de naturalização e de prestação do serviço militar.

A exigência de revalidação do diploma exarado por estabelecimentos de ensino superior estrangeiros somente é feita aos médicos desejosos de radicar residência definitivamente no Brasil e exercer como profissão a Medicina no País. Dessarte, não é exigida a revalidação do diploma do médico estrangeiro com visto temporário e residência médica no Brasil, credenciada pelo Ministério da Educação e Cultura, cursos de especialização ou aperfeiçoamento em estabelecimentos universitários, ou cursos e estágios de serviços credenciados pelas sociedades filiadas à Associação Médica Brasileira, através de convênio firmado com o Conselho Federal de Medicina, sendo-lhe defeso, todavia, exercer como profissão a Medicina no País. Na vertente, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no dia 17 de setembro de 1991, baixou a Instrução n. 19/91, decidindo implantar certidão contendo licença por prazo determinado, em conformidade com a validade da Cédula de Estrangeiro Temporário, sem a qual ser-lhe-á vedado frequentar a residência médica e/ou outros cursos de especialização acima apontados. A licença concedida pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo não permite ao médico estrangeiro o exercício da profissão fora da entidade na qual esteja realizando o aprendizado, bem como o exercício remunerado pelos serviços profissionais por ele eventualmente prestados.

Essa licença é concedida a médicos estrangeiros que estejam em situação regular no país, de acordo com a comprovação do Departamento da Polícia Federal e válida por 180 dias, sendo prorrogáveis por igual período (licença temporária).

A licença temporária poderá ser cancelada caso venha a ser indevidamente utilizada para qualquer outro fim que não aquele para o qual foi concedida.

A Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, art. 17, estatui obrigatoriedade do registro do diploma médico no Departamento Nacional de Saúde Pública e nos Conselhos Regionais de Medicina.

“Não é o diploma, mas o registro respectivo que dá a habilitação legal para o exercício das profissões aludidas no art. 282 do CP” (RT, 278:537).

“A omissão do registro do diploma no Departamento de Saúde do Estado em que o profissional exerce suas atividades implica no exercício ilegal da Medicina” (RT, 306:405).

O Tratado de Santiago, em que o Brasil, o Chile e a Bolívia conveniam direitos recíprocos aos professores universitários no exercício da profissão, os exclui da obrigatoriedade de revalidação, porém não dispensa o registro do diploma, conforme preconiza a lei vigente.

8.2. Exercício ilegal da Medicina

Vimos ser a posse e o registro de título idôneo condições básicas estatuídas pela lei para a caracterização do exercício legal da Medicina. Então, configura o delito o exercício das funções inerentes à Medicina por indivíduo desprovido de habilitação técnica (incorrendo em curandeirismo) e/ou sem habilitação legal. O crime será de perigo, não exigindo a lei a consumação de qualquer dano, pois o objeto jurídico por ela tutelado é a incolumidade pública, especialmente a saúde pública.

Cometem infração:

a) o leigo que, demonstrando aptidões e alguns conhecimentos da arte médica, ministra remédios da farmacopeia oficial. Todavia, sensibilizados com a vasta extensão territorial de nosso país, falto em algumas regiões de toda sorte de assistência, há quem entenda, com apoio no estado de necessidade (art. 24 do CP), que, onde não existem médicos e a comunicação com lugares de mais recursos é difícil, “Não pratica o exercício ilegal da medicina o leigo que, valendo-se de sua experiência e rudimentares conhecimentos, faz curativos, ministra e prescreve medicamentos, sem comprometer a saúde dos que dele se socorrem” (JTACrimSP, Ed. Lex, 81:300);

b) os cirurgiões-dentistas e as parteiras que empregam habitualmente determinados aparelhos médicos e manobras e condutas cuja atribuição seja da profissão médica;

c) o médico que exceda reiteradamente os limites de sua profissão, *in exemplis*, firmando atestado de óbito de pessoa que foi tratada por leigo, ou atestando graciosamente, sem haver examinado o paciente, ou receitando sem ter examinado o doente.

O exceder a que alude o art. 282 do CP é, conforme Magalhães Noronha (*Direito Penal*, 1988, v. 4, p. 91), o funcional. Assim, a antijuridicidade, em relação à espécie, configura-se quando o médico transpõe os limites da profissão para a qual está legalmente habilitado, *exempli gratia*, quando transgredir os limites estabelecidos na lei, nas normas regulamentares, e não utilização de métodos e práticas não condenadas. Inafastavelmente certo é que, desde que o discípulo de Esculápio se conduza dentro desses limites, não estará praticando exercício ilegal da Medicina.

“O sujeito ativo do crime capitulado no art. 282 do Código Penal pode ser, em tese, qualquer pessoa. Os profissionais sugeridos nesse dispositivo apenas são necessários quando a hipótese é de exceder os limites da profissão” (RT, 501:339).

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, estribado no art. 17 da Lei n. 3.268/57, no expediente n. 15.294/88, emitiu parecer, *in verbis*, no sentido de que “os médicos só poderão exercer a profissão após inscreverem-se no Conselho Regional de Medicina, nos termos do art. 17 da Lei n. 3.268/57, sendo que o seu descumprimento implica em exercício ilegal da Medicina, previsto no art. 282 do Código Penal”. *Data venia*, pensamos que o médico habilitado técnica e legalmente, ou seja, portador de diploma registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública, não infringe o art. 282 do Código Penal se exerce condignamente a sua profissão, ainda que não esteja inscrito no Conselho Regional de Medicina de seu Estado. A nosso ver, cometerá ele a contravenção prevista no art. 47 do Decreto-Lei n. 3.688, de 3 de outubro de 1941: “Exercer profissão ou atividade econômica ou anunciar que a exerce, sem preencher as condições a que por lei está subordinada o seu exercício”, sem prejuízo de eventual penalidade administrativa. A jurisprudência tem sido concorde a respeito: “Ressalte-se, por oportuno, que médico com diploma registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública não pratica o delito do art. 282 se exerce a profissão sem estar inscrito no Conselho Regional de Medicina” (TACrimSP, Ap. 170.307, RT, 536:340).

Ainda mais: não transgredir a lei o possuidor de diploma médico outorgado por faculdade oficial que, por *remora* burocrática tão comum neste país de área territorial extensa e parco de recursos sanitários, ainda não obteve a autorização legal conferida pelo registro do pergaminho médico no Departamento Nacional de Saúde Pública. À vertente, pensamos que o bom-senso, que sempre deve presidir ao Direito, permitirá reconhecer que o médico exemplificado que ainda não obteve a habilitação legal, mas já a solicitou, exercendo a sua profissão, comete infração administrativa, mas não crime, pois este pressupõe o dolo e, como resultado, algum dano real ou potencial; logo é de reconhecer que esse médico, longe de cometer dano, apenas concorre para a saúde e o bem-estar geral da população a que atende.

Quando a infração delituosa estiver justificada pelo estado de necessidade (art. 24 do CP), constituem exceções:

a) o acadêmico de Medicina que assista paciente em iminente perigo de vida e que, para coibi-lo, impõe conduta médica, cirúrgica ou terapêutica, exigida pelo caso;

b) o leigo com certa vivência em serviços médico-hospitalares que, para tentar salvar o paciente em iminente perigo de vida, de boa-fé, emprega meios médicos. Ademais, em relação ao exercício ilegal da Medicina, o art. 282 do Código Penal prevê a reiteração, a habitualidade:

“Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites:

Pena — detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos.

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

Por exercer entende-se desempenhar, praticar, exercitar. Exercer ilegalmente a Medicina é desempenhar reiteradamente, habitualmente, sistematicamente atos inerentes à profissão médica.

O exercício, pois, deverá ter o sentido de prática renovada, ação constante, intensiva, indissimulável, para que se configure o delito do art. 282 do Código Penal.

Preconiza o parágrafo único a aplicação cumulativa da pena de multa se o agente exercer ilegalmente a Medicina visando pecúnia.

8.3. Charlatanismo

O termo deriva do italiano *ciarlare*, que se traduz por “conversar” e, por extensão, “chalar”, “tagarelar fiado”, “intrigar”, “iludir”, “engazopar”. O conceito legal de charlatanismo está explícito no texto do art. 283 do Código Penal, que configura delito ao ato de inculcar ou anunciar cura de doenças, reais ou imaginárias, por meios secretos ou infalíveis.

Por “inculcar” entende-se mostrar-se como bom, dar a entender, insinuar-se, convencer, recomendar, aconselhar, apregoar, indicar com elogios. “Anunciar” é proclamar ou divulgar, por meio de anúncios visuais, escritos ou verbais, em almanaques, panfletos e nos meios de comunicação. “Secreto” é qualquer meio mantido oculto, em segredo, e “infalível”, tudo o que é dotado de infalibilidade. Esses dois elementos fundamentais, mas não únicos, do crime ferem os princípios éticos médicos, pois a Medicina é profissão praticada às claras e pelo emprego de métodos clínicos, cirúrgicos e terapêuticos, preconizados pelos órgãos regulamentadores mundiais, e que desde priscas eras se proclama falível.

O charlatanismo deveria ser delito privativo de médico. Não o é, no entanto; os verbos inculcar ou anunciar tipificam como sujeito ativo qualquer pessoa, incluindo o médico, quando despido de sentimento de moralidade e dos mais comezinhos princípios éticos inerentes à sua profissão.

“Charlatanismo” é a vontade livre e consciente do agente de inculcar ou anunciar curas miraculosas, infalíveis, por meios desconhecidos e não aceitos pela Medicina oficial. “Charlatão” é a pessoa que apregoa curas miraculosas, consciente da falsidade e nocividade da afirmativa. “É o estelionatário na Medicina; sabe que não cura; é o primeiro a não acreditar nas virtudes do que proclama, mas continua em seu mister, ilaqueando, mistificando, fraudando etc.” (Magalhães Noronha, *Direito Penal*, 1988, v. 4, p. 63). A característica marcante do charlatão é a consciência da falsa afirmação ou indicação, não exigindo a lei habitualidade ao ato, nem se houve possibilidade de enganar alguém, pois o delito se consuma com a efetiva inculca ou anúncio, independentemente do resultado.

O simples anúncio de cura não fundamentada em meio secreto ou infalível não configura o delito tipificado no art. 283 do Código Penal. Também não caracteriza o crime apregoar a descoberta de tratamento alegando eficácia comprovada, mas sem inculcar infalibilidade de cura.

Tipifica o charlatanismo o conhecido “toque de Assuero” ou assueroterapia, por termocauterização de um ponto da mucosa nasal, de repercussão mundial na época, que a tudo curava, inclusive doenças até hoje tidas por incuráveis.

Ou o conhecido “toque real”, mecanismo de poder, ritual de cura conferindo prestígio e respeito à monarquia, que, no final da Idade Média, tornou-se extremamente popular, sobretudo na França e na Inglaterra: “Vi com meus olhos multidões ocorrendo ao rei Luís para receber o toque real”, conta o abade de Nogent-sous-Coucy, Guibert, para obter cura da escrofulose (tuberculose ganglionar).

O charlatão Dr. James Graham, no século passado, explorava em Londres um Leito Celeste no seu Templo da Saúde, no alto do qual “estavam duas delicadas silhuetas de Cupido e Psique, tendo na parte de trás a de Himeneu, com sua tocha flamejante de chispa elétrica, em uma das mãos, enquanto com a outra sustentava uma coroa celeste que brilhava sobre um par de grandes rolas vivas num pequeno leito de rosas”, proclamando que o tálamo magnetizado curava várias moléstias, inclusive a esterilidade, garantindo a saúde e a dádiva da prole de quem quer que passasse uma noite ali, sob paga.

O charlatanismo é crime mais de fraude que de perigo abstrato, praticado por espertalhões e por médicos inescrupulosos que, indignos do título profissional que ostentam, enxovalham a Medicina, engodando, por ganância, os menos avisados. Para combatê-los não basta a lei; é necessário também, e principalmente, o aprimoramento cultural de nosso povo, tão carente estatisticamente de escolaridade, pois o charlatanismo só medra à sombra da ignorância.

8.4. Curandeirismo

A prática do curandeirismo se perde nas noites do tempo e, ainda hoje, ao que parece, tende a aumentar à sombra da tolerância da jurisprudência, que aberrante inteiramente do texto legal, fazendo amiudadamente ouvidos moucos à influência negativa exercida por indivíduos ignorantes e místicos, revestidos pela credence popular da aura de milagreiros — os curandeiros —, sobre gente supersticiosa, inculta, simplória e crédula. Como no charlatanismo, o curandeirismo grassa à sombra da ignorância e da credence popular!...

O agente ativo do crime é o curandeiro, indivíduo que há de ser, frequentemente, inculto, desprovido de habilitação profissional, que emprega empiricamente meios de cura não utilizados e não reconhecidos pela Medicina oficial. Por isso chamam-se curandeiros os indivíduos ignorantes e rudes que se dedicam à cura de moléstias por meios grosseiros e extravagantes. Atendendo também pelos nomes de carimbaba, mezinheiro, raizeiro, benzedor, quimbandeiro, o curandeiro é ignorante de conhecimentos médicos, e prescreve habitualmente “garrafadas”, “mezinhas”, “raízes do mato”, “banhos de folhas”, aplicação de teias de aranha visando à hemostasia, chá de fezes de cachorro para acalmar tosse quintosa, ou, o que é mais grave, medicamentos oficiais, acompanhados por gestos, ou mesmo o tratamento à base de gestos, palavras, postura, rezas, benzeduras, esconjurações, “encomendações” etc., apoiados pela superstição do crente. Destarte, “O farmacêutico que diagnostica e prescreve medicamentos não pode ser equiparado ao curandeiro, pois possui habilitação técnico-profissional, embora não esteja habilitado a praticar a arte de curar” (RT, 390:322).

Poderá ser partícipe do delito o médico que presta auxílio ao curandeiro.

“Prática, também, do delito do art. 282 do CP o médico que assume a responsabilidade do tratamento dirigido por quem não for profissional” (RT, 430:384 e JTACrimSP, 14:149).

O curandeirismo é, como o charlatanismo, crime de perigo abstrato ou presumido, e não de dano, pois à lei não importam os resultados ou os efeitos, e se integra:

a) pela falta de habilitação profissional;

b) pela habitualidade.

Ausente a habitualidade o ilícito se desconfigurará.

O tipo subjetivo é o dolo consistente na vontade livre e consciente de exercer o curandeirismo.

O nosso diploma legal (art. 284) refere-se a quatro modalidades de exercício de curandeirismo:

a) os que prescrevem, ministram ou aplicam habitualmente qualquer substância com finalidade teoricamente curativa, ou que o agente supõe como tal, *mesmo as não nocivas*, constituindo infração, o que tem dado margem a divergências doutrinárias;

b) os que adotam posturas ou usam gestos, palavras, passes, rezas ou benzeduras, ou objetos e instrumentos vários, ou qualquer outro meio. A jurisprudência tem entendido, no entanto, que os “passes” e as “rezas”, quando atos de fé, objetivando a cura, não caracterizam o delito, desde que não ofendam os ditames da moral e dos bons costumes;

c) os que intentam diagnósticos — que é notório ser atribuição de médicos — para uso próprio ou para que outros (os charlatões) prescrevam ou ministrem tratamento. Desse modo, “O simples comportamento de fazer diagnóstico caracteriza o crime” (RT, 507:412);

d) os leigos que realizam reiteradamente “curas milagrosas” e “cirurgias”, com boas e altruísticas intenções, sob o pretexto de que são espíritas e de que agem sob a influência do sobrenatural mediunizado, como instrumentos de médico desencarnado, pois além da falta de habilitação técnico-legal, o que exercem é curandeirismo sob disfarce de religião.

Finalizando, a remuneração do curandeiro, quando ocorre, não é requisito essencial, mas sim condição de aplicação cumulativa de pena de multa a ser paga “dentro de 10 dias após haver transitado em julgado a sentença que a impuser” (arts. 50 do CP e 686 do CPP), se não for interposto recurso do decisório judicial.

CAPÍTULO 9

Causa Jurídica da Morte — Homicídio, Suicídio, Morte Acidental

Sumário: 9.1. Conceito. 9.2. Homicídio. 9.3. Suicídio. 9.3.1. Estado mental dos suicidas. 9.3.2. Meio de suicídio. 9.3.3. Profilaxia. 9.3.4. Aspecto penal. 9.4. Morte acidental. 9.5. Diagnóstico diferencial da causa jurídica da morte consoante o meio empregado.

9.1. Conceito

Entende-se por causa jurídica da morte toda e qualquer causa violenta — homicídio e suicídio — ou acidental capaz de determinar a morte, revestindo-se a sua elucidação de fundamental importância, pois as consequências legais variam conforme seja a hipótese figurada.

9.2. Homicídio

É a morte voluntária ou involuntária de alguém realizada por outrem.

É a morte dolosa ou culposa de ser humano por outrem.

“É a eliminação da vida extrauterina praticada por outrem” (Euclides Custódio da Silveira, *Crimes contra a pessoa*, p. 24, nota 46).

À lei não importa seja a vítima monstro, inviável, demente, incapaz, agonizante; exige, naturalmente, que esteja viva ao sofrer por parte do agente a agressão homicida, pois o *objectum juridicus* que a lei tutela é a vida, bem inestimável inerente ao homem, quaisquer que sejam suas condições biopsíquicas, transitórias (vida intrauterina), momentâneas (sono, ebbriez), ou permanentes (idade, sexo, raça, inteligência etc.), independente de suas condições jurídicas.

Os tratadistas apontam como causas principais do homicídio: a fase aguda (do leão) da embriaguez, as questões passionais, a doença mental, a anormalidade psíquica, o jogo, a vingança, a política, a religião, a miséria e a marginalidade.

Segundo a lei de Nicéforo, o homicídio teve incidência diminuída nos últimos anos, comparativamente a outros crimes que, influenciados por fatores ambientais, transformaram-se de violentos em fraudulentos. Pensamos, no entanto, não mais ser assim nos dias atuais, em que a miséria — com seu cotejo social, o desemprego e a ignorância, e orgânico, a fome —, a despeito da repressão policial, incrementou a marginalidade violenta urbana, praticada notadamente por delinquentes juvenis e traduzida por assaltos à mão armada, frequentemente acompanhados de lesões corporais ou de morte.

No homicídio doloso o perito esclarecerá à Justiça:

a) o nexa causal entre a agressão alegada e o evento morte;

b) qual o meio empregado;

c) o estado mental do homicida;

d) sua periculosidade;

e) se se trata de embriaguez fortuita ou preordenada;

f) se foi cometido mediante emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel;

g) se foi cometido sob violenta emoção;

h) a idade do agente (menor de 21 anos, na data do fato, e maior de 70 anos na data da sentença);

i) a atitude da vítima (postura, lesões de defesa, sede e ordem das lesões etc.);

j) a execução de certos atos pela vítima, após o ferimento mortal;

l) a mudança de posição, dolosa ou acidental, da vítima (lesões de arrastamento das vestes e dos tegumentos; hipóstase interna ou externa);

m) sendo o agente silvícola, o seu grau de adaptabilidade ao meio.

A jurisprudência médico-legal registra imputações de homicídio culposo contra médicos por imperícia, negligência ou imprudência, cabendo, nesse caso, ao perito esclarecer à lei se o resultado lesivo ocorreu por inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, sendo, *in casu*, a pena aumentada de 1/3 (art. 121, § 4.º, do CP).

“A inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, que importa agravação especial, não se confunde com a imperícia, que é uma das modalidades da culpa. Na imperícia, o agente não tem conhecimentos técnicos; na agravante, ao contrário, o agente tem esses conhecimentos, mas deixa de empregá-los, por indiferença ou leviandade” (*JTACrimSP*, 69:250).

Atropelamentos por veículos motorizados ocasionam habitualmente lesões de impacto do semovente contra a vítima ou desta contra um plano de resistência, o que também pode constituir homicídio culposo se resultar o evento morte.

9.3. Suicídio

Suicídio (de *sui*, a si próprio; *caedere*, cortar, matar) é a deserção voluntária da própria vida; é a morte, por vontade e sem constrangimento, de si próprio.

Suicida é todo aquele que deliberadamente consuma a própria morte; é o que destrói livremente a própria vida.

A conceituação dessa modalidade jurídica de morte exige dois elementos: um, subjetivo, o desejo de morrer; outro, objetivo, o resultado morte. Dessarte, excluem-se do conceito de suicídio os que morrem no cumprimento do dever, como os soldados e os bombeiros em ação; os médicos mortos por doenças infectocontagiosas contraídas no exercício da profissão; os que encontram a morte por autoinoculação de micróbios ou substâncias tóxicas desconhecidas, em imprevisíveis experimentações científicas; os que falecem tentando, em gesto altruístico, salvar semelhantes prestes a afogar-se; ou o ato do capitão que permanece a bordo ao afundar o navio, enquanto nele existam outros passageiros etc.

9.3.1. Estado mental dos suicidas

Dois doutrinas científico-filosóficas buscam explicar a gênese do suicídio: a biológica ou psiquiátrica — à qual se filiam os médicos e os psiquiatras — e a sociológica, perflhada pelos sociólogos e juristas.

A escola biológica ou psiquiátrica entende que o indivíduo que atenta contra a própria vida não tem perfeita saúde mental, sendo o suicida alienado ou anormal psíquico, argumentando que, se não há psicose aparente antes do ato, existe sempre um estado psicopático ao menos no momento em que o pratica, posto que raramente se observa uma autodestruição em condições racionais e por motivos decididamente válidos. Seria, então, o suicídio precipitado por um *estado de depressão* que assume a forma de fantasias sádicas e produz a internalização de impulsos agressivos que não conseguem externalizar-se, representando o resultado morte o reflexo de uma interação entre certas contingências pessoais e sociais, *verbi gratia*, uma intensa tensão interior com pequena estimulação social ou vice-versa. Não se trata necessariamente de indivíduos sempre deprimidos, podendo ser apenas infelizes acometidos de uma reação psicogênica a dificuldades ambientais ou a situação negativa em que se encontram. E atribui ao suicídio seis processos psíquicos (Simonin): *defensivo, punitivo, agressivo, oblativo, lúdico* (por jogo da morte), e *tanatômico* ou atração pela morte.

A corrente sociológica entende ser o suicídio fenômeno puramente social, recusando a obrigatoriedade de alienação ao autócida, afirmando ser possível o indivíduo entregar-se à morte, voluntariamente, na plenitude de suas faculdades mentais, após deliberação tranquilamente refletida. Ilustra o exemplo o excelente trabalho do Prof. Tanner de Abreu (*Do suicídio*): “Assaz instrutivo é o caso Lafargue. O socialista francês e sua mulher deram um balanço nos meios de que dispunham e calcularam que poderiam gastar anualmente determinada soma durante certo número de anos. Combinaram os dois, entretanto, que, se falhassem os cálculos e chegassem a consumir todos os bens, praticariam o suicídio. Esse plano foi assentado e escrito em testamento. Chegando o momento, com antecedência de alguns anos previstos, esgotados os recursos, foi executada a deliberação do casal. Em 1911 houve o duplo suicídio” (apud Hêlio Gomes, *Medicina legal*, 23. ed., p. 636).

Conhece-se na história o suicídio coletivo dos judeus (*Aveda*), ocorrido na Fortaleza de Massada, em consequência de perseguição político-religiosa encetada pelos conquistadores romanos. “É fato estranho o de terem levado a cabo o suicídio coletivo, em lugares onde não havia perigo algum para a comunidade judia. Tal atitude se interpreta como uma espécie de vingança perante Deus, que os havia abandonado” (Székely).

Foi Nietzsche o exterminador do tabu da morte voluntária na obra *Gotzen Dämmerung*: “Morrer orgulhosamente, com dignidade, é mil vezes preferível a viver em condições opostas. A morte que ocorre em circunstâncias desprezíveis, a morte que não é livre, que surge em ocasião imprópria, é a morte de um covarde. Não nos é dado evitar o nosso nascimento; mas este erro — isto algumas vezes é um erro — pode ser retificado se assim o desejarmos. O homem que deserta da vida pratica o mais elogiável dos atos: agindo assim, tal homem quase que merece viver”...

Sêneca, referindo-se aos *estoicos*, que atentavam livremente contra a própria vida, perorou: “O sábio vive enquanto deve, não enquanto possa, seja onde e como

deva viver, assim como o que há de fazer, isto é, o que será sua vida, e não se esta será mais ou menos alongada. Se sobrevêm acontecimentos desagradáveis, miseráveis, ou desgraçados, que o despoje de sua paz espiritual, o sábio fugirá à vida”.

Talqualmente, defende Enrico Ferri (*Sociologia criminal*) a assaz estranhável e especiosa tese de que o homem tem o direito de pôr cobro à própria vida, por motivos morais, humanitários.

Finalmente, há autores, como Lutaud, que preconizam posição intermediária entre essas duas correntes doutrinárias, reconhecendo que talvez a maioria dos suicidas está acometida de alienação, havendo, entretanto, autocidas que atentam contra a própria vida, voluntária e conscientemente, em plena higidez física e mental.

Imputam-se várias causas ao suicídio: alienação, doenças mentais ou orgânicas graves, dissolução do lar, frustrações amorosas, alcoolismo, crises econômicas, hereditariedade, educação, detenção, desemprego, fatores mesológicos (fim e começo do ano, dos meses, da semana, do dia), sugestão, imitação e contágio. Em nossa opinião, são fatores que aumentam a frequência mas não são causa do suicídio, de vez que, não embargante haver-se muito escrito a respeito do autocídio, continua ele, entretanto, sendo um mistério na maior parte das vezes, porquanto sucede que um indivíduo atenta contra a própria vida e, outro, em uma mesma das condições causais apontadas por diferentes autores e idêntica constituição psíquica, não o faz.

Os tratadistas concordam que o suicídio não existe na primeira infância, sendo excepcional antes dos 10 anos e raríssimo abaixo dos 15; é mais frequente até os 30, diminuindo até os 50, e a partir daí aumentando novamente sua frequência, sobretudo nas mulheres.

A autoquíria é mais frequente nos estrangeiros, na raça negra e no sexo masculino, sendo a tentativa, todavia, mais comum na mulher jovem, de boa saúde física, em evidente situação de conflito emocional com o grupo familiar ou social mais próximo. Os casados suicidam-se menos que os solteiros e viúvos, o mesmo ocorrendo com os militares e os profissionais liberais. Quanto ao grau de instrução, os incultos são os mais poupados.

9.3.2. Meio de suicídio

Varia conforme o lugar e a época, o poder aquisitivo, a profissão, a raça e o estado mental do suicida.

No que diz respeito ao poder aquisitivo, no Brasil, a classe econômica mais favorecida tem preferência pela arma de fogo (pistolas, revólveres), e os menos abastados pela fortuna, pelas armas brancas, pelo enforcamento, pela precipitação de pontos elevados, pela inalação, nas capitais, de monóxido de carbono contido no chamado “gás de rua”, e, principalmente no meio rural, pela ingestão de formicida líquido — que contém sulfureto de carbono — ou de formicida sólido, de cuja composição participa veneno de ação rapidíssima e extremamente violenta, o cianureto de potássio.

A profissão pode induzir o meio: o açougueiro suicida-se com faca de carnear, o barbeiro com navalha, o farmacêutico com veneno, o trabalhador rural com formicidas e agrotóxicos, a lavadeira com água sanitária ou potassa, o caçador com espingarda, o militar com armas de fogo portáteis, o operário em andaimes por precipitação.

As mulatas e as pretas, assim como os monges budistas e as meretrizes, têm predileção pelo fogo, ensinando a psicologia que o emprego desse meio de suicídio deve ser interpretado como desejo inconsciente de purificação.

Além desses meios comuns, há outros extravagantes e bizarros denunciadores do estado mental do suicida. Como exemplos, recordamos o caso registrado por Lombroso de indivíduo que se precipitou por uma janela, após ter disparado um tiro de pistola na frente e outro no precórdio; do que atentou contra a vida enchendo a boca de pólvora e ateando fogo; do que se matou a golpes de machadinha no crânio; do militar (relatado por Brian e Chaudé) que dissecou com tesourinha a região anterolateral do pescoço, seccionando os músculos, a traqueia, o esôfago e o feixe vasculonervoso, à direita.

Massaroti confere importância aos locais onde ocorrem a autoquíria para distinguir os suicidas em *impulsivos* — nos quais influi uma explosão do momento — e em *premeditados* — em que agem a sugestão, o temperamento, a vaidade.

A grande maioria de suicídios ocorre atualmente como acontecimento impulsivo, súbito e inesperado, sem antecedentes que levem à suspeição da sua ocorrência; dessarte, sucede como desesperado “grito de socorro” de indivíduos que, embora sob tensão, não demonstraram nenhum sintoma, nem exteriorizaram período de preocupações ou reflexões sobre autodestruição.

Os suicidas premeditados amiúde sofrem de estado de ansiedade (insônia, fobias, dificuldades sexuais, desinteresse, inapetência, inafetividade) e têm sentimentos de culpa e/ou de insuficiência, censurando-se pela incapacidade de lutar denodadamente contra seus problemas. Constituem minoria.

Nas crianças abaixo dos 15 anos a consumação do suicídio, ou sua tentativa, não é súbita — a maioria delas se apresentam deprimidas durante um mês ou mais antes do nefasto acontecimento. Nessa faixa etária parece estar a tentativa de suicídio relacionada com o incesto ou com maus-tratos sexuais e práticas anômalas que infelizmente ocorrem em todas as classes econômico-sociais. Ou, então, trata-se de crianças anormais, portadoras de sistema nervoso doentamente sensível, e que são levadas a destruir a própria vida sob o império de fatores fúteis e insignificantes do tipo “minha mãe me repreendeu diante de minha colega de escola”, “fui reprovado nos exames”, e outros que tais, que deixam bilhetes póstumos. Não se descure, também, os casos de suicídio infantil por neuroses, posto que, embora raros, existem com efeito.

Os locais de suicídio são extremamente variáveis: residências, hospitais, quartéis, lugares ermos, vias públicas, prisões, cemitérios etc.

9.3.3. Profilaxia

A profilaxia do suicídio deve ser orientada por parte do Estado visando ao reajustamento social, representado por justiça social, combate à crescente taxa de desemprego, proteção à família e educação eficaz sexual, para o trabalho e religiosa, encetando, também, periodicamente, campanhas contra o alcoolismo e demais toxicomanias exógenas e aprimorando a assistência aos alienados em tratamento ambulatorial e aos doentes mentais internados em estabelecimentos dotados de características hospitalares ou em hospitais psiquiátricos.

Muitos incriminam certo tipo de imprensa de fomentadora do aumento de suicídios, sugerindo proibição legal de noticiário sobre o assunto. No regime político atual, a lei que regulamenta a liberdade de imprensa coíbe medidas coercitivas (*libertas conviciandi*) aplicadas aos jornais, rádio e televisão, proibindo-os de noticiar e comentar os casos de suicídio sensacionais, objetivando impedir a imitação, no que andou acertado o legislador, embora até hoje, quicá por falta de pesquisa mais acurada, não se demonstrou a parcial responsabilidade dos meios de comunicação pelo aumento dos suicídios. Mantenha, pois, o governo a não censura sobre tal noticiário e concomitantemente aprimore a educação do nosso povo, tão carente de escolaridade e saúde, visando formar consciências mais sãs e equilibradas, capazes de convergir toda a energia interior do indivíduo contra esta forma apoteótica do mal.

9.3.4. Aspecto penal

Embora o suicídio não seja fato ilícito, o dispositivo 122 do direito repressivo pune o induzimento, a instigação ou o auxílio físico, material ou moral, mesmo por motivos altruísticos, para que o potencialmente suicida realize seu intento, sendo a pena agravada se o partícipe age egoisticamente, ou se a vítima é menor de 18 anos e maior de 14, dotada de certo entendimento, ou tem, por qualquer causa, diminuída a capacidade de resistência.

Responderá o sujeito pelo *caput* do art. 122, se a vítima for maior de 18 anos.

O menor de 14 anos e o alienado mental induzidos ao suicídio consumado nunca serão, obviamente, considerados vítimas de autoquíria, e, sim, de homicídio, porque são absolutamente incapazes de resistência.

Cuida a lei de delito material, de conduta e resultado.

Dessarte, a lei não pune o induzimento, a instigação, ou o auxílio ao suicídio se este não chega, pelo menos, a ser tentado (art. 31 do CP), ou, se for, não se consuma por ineficácia absoluta do meio ou absoluta impropriedade do objeto (art. 17 do CP), desde que da tentativa não resulte lesão corporal de natureza grave, ou, ainda, apenas resulte lesão corporal leve.

Não se admite auxílio por omissão, pois a expressão *prestar-lhe auxílio* subentende conduta francamente ativa.

Deduz-se, portanto, que para a materialização do delito exige-se o dolo, direto (RT, 491:285) ou, conforme Nelson Hungria (*Comentários ao Código Penal*, 1958, v. 5, p. 234), também em sua forma eventual.

Como exemplos: Sinfrônio e Pancrácio acordam pacto de morte; o primeiro aciona o meio de morte; o segundo sobrevive. Responderá Pancrácio por participação em suicídio. Fosse Pancrácio acionador do meio de morte, responderia por homicídio, uma vez que teria praticado o ato executório de matar. Se ambos acionam, simultaneamente, o ato executório de matar e, por ação de terceiro, sobrevivem, incólumes, responderão por mútua tentativa de homicídio. Se ambos sobrevivem, sem lesão corporal de natureza grave, à ação de terceiro que colocou em movimento o ato executório de matar, ficarão impunes, enquanto o terceiro responderá por tentativa de duplo homicídio. Por fim, se ambos os sobreviventes sofrerem lesão corporal de natureza grave, sendo Sinfrônio o acionador do ato executório de matar, responderá por tentativa de homicídio e Pancrácio por participação em suicídio.

Em se tratando de “roleta russa” responderá o sobrevivente por participação em suicídio.

Requer exame de corpo de delito (art. 158 do CPP).

Sendo, como é, crime doloso e contra a vida, o julgamento é, obrigatoriamente, da competência do Tribunal do Júri, conforme estatui o art. 5.º, XXXVIII, *d*, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

9.4. Morte acidental

É causa jurídica da morte representada por acidentes aeroviários, ferroviários, marítimos e, em sua maioria, pelo extraordinário desenvolvimento do tráfego, pela velocidade dos veículos, pelo despreparo psicológico dos motoristas ou pelo estado de embriaguez de muitos deles, pela imprevidência e imprudência dos pedestres, pelo obsolescimento de algumas estradas principais e vicinais, pela deficiência no policiamento rodoviário, pelas ruas estreitas e mal iluminadas.

Os acidentes de trânsito, num crescendo alarmante, têm ceifado mais vidas, neste século, do que fizeram todas as guerras registradas na história da humanidade, causando anualmente às nações incalculável prejuízo socioeconômico, pois, em geral, invalidam e matam indistintamente homens e mulheres ainda jovens, em plena produtividade.

As campanhas de prevenção da morte acidental devem ser orientadas no sentido de aumentar o efetivo militar de trânsito e rodoviários e de promover permanentes esforços conjuntos educacionais sobre o assunto nos grupos escolares e demais escolas, e pelos meios de comunicação.

Não importa seja a lesão corporal resultante de acidentes de trânsito de natureza leve; ainda assim a pena deverá ser aplicada ao culpado tanto por sua função retributiva quanto, especialmente, pela sua natureza preventiva, que traz em si um caráter altamente pedagógico.

9.5. *Diagnóstico diferencial da causa jurídica da morte consoante o meio empregado*

1. *Lesões por instrumentos cortantes*: comuns no suicídio e no homicídio e só excepcionalmente no acidente.
2. *Lesões por instrumentos contundentes*: comuns no homicídio, suicídio e acidentes.
3. *Lesões por instrumentos cortocontundentes*: comuns nos casos de homicídio e, excepcionalmente, acidentes.
4. *Lesões por instrumentos perfurantes*: comuns em homicídio e raras em casos de suicídio e acidentes.
5. *Lesões por instrumentos perfurocortantes*: comuns em homicídio e raras em casos de suicídios e acidentes.
6. *Lesões por instrumentos perfurocontundentes*: comuns em homicídio e suicídio e raras em casos de morte acidental.
7. *Esmagamentos*: comuns nos acidentes.
8. *Precipitação*: comum no suicídio e no homicídio; só raramente é acidental.
9. *Enforcamento*: comum em casos de suicídio e raro no homicídio, é rarissimamente acidental.
10. *Estrangulamento*: comum em casos de homicídio, é excepcional no suicídio e nos acidentes.
11. *Sufocação*: comum em casos de acidentes e homicídio.
12. *Afogamento*: comum nos acidentes e suicídios, é raro em homicídios.
13. *Envenenamento*: comum em casos de suicídio, é menos frequente no homicídio e acidente.
14. *Queimaduras*: comuns no suicídio e acidentes, são raras em homicídios.

CAPÍTULO 10

Tanatologia Forense

Sumário: 10.1. Conceito. 10.2. Modalidades de morte. 10.3. Tanatognose. 10.3.1. Fenômenos abióticos imediatos. 10.3.2. Fenômenos abióticos consecutivos. 10.3.3. Fenômenos transformativos. 10.3.3.1. Destrutivos. 10.3.3.1.1. Autólise. 10.3.3.1.2. Putrefação. 10.3.3.1.3. Maceração. 10.3.3.2. Conservadores. 10.3.3.2.1. Mumificação. 10.3.3.2.2. Saponificação. 10.4. Cronotanatognose. 10.4.1. Fenômenos cadavéricos. 10.4.1.1. Resfriamento do cadáver. 10.4.1.2. Rigidez cadavérica. 10.4.1.3. Livores e hipóstase. 10.4.1.4. Mancha verde abdominal. 10.4.1.5. Gases de putrefação. 10.4.1.6. Decréscimo de peso. 10.4.2. Crioscopia do sangue. 10.4.3. Cristais do sangue putrefato. 10.4.4. Crescimento dos pelos da barba. 10.4.5. Conteúdo gástrico. 10.4.6. Fauna cadavérica. 10.5. Lei dos transplantes. 10.6. Inumação. 10.7. Exumação. 10.8. Cremação. 10.9. Embalsamamento. 10.10. Morte natural. Morte violenta. Morte suspeita. Morte súbita. Morte agônica. Sobrevivência. 10.10.1. Docimasia hepática química. 10.10.2. Docimasia hepática histológica. 10.10.3. Docimasia suprarrenal química. 10.10.4. Docimasia suprarrenal histológica. 10.10.5. Docimasia suprarrenal fisiológica. 10.11. Diagnóstico diferencial das lesões ante e post mortem.

“Detém-te, viajor — cada lápide murmura —
e contempla a última jornada da vida.”

10.1. Conceito

É o capítulo da Medicina Legal no qual se estuda a morte e as consequências jurídicas a ela inerentes.

Assim como não se pode definir a vida, é teoricamente impossível conceituar a morte. Por isso, deveria bastar-nos procurar compreender e aceitar essa única e insofismável verdade.

Antes do advento da era da transplantação dos órgãos e tecidos aceitava-se a morte como o cessar total e permanente, num dado instante, das funções vitais. Supera hoje esse conceito o conhecimento de que a morte não é o cessamento puro e simples, num átimo, das funções vitais, mas, sim, toda uma gama de processos que se desencadeiam inexoravelmente durante certo período de tempo, afetando paulatinamente os diferentes órgãos da economia. Baseado nisso criaram-se modernamente dois conceitos distintos de morte: a *cerebral*, teoricamente indicada pela cessação da atividade elétrica do cérebro, tanto na corteza quanto nas estruturas mais profundas, pela persistência de um traçado isoeletrico, plano ou nulo, e a *circulatória*, por parada cardíaca irreversível à massagem do coração e às demais técnicas usualmente utilizadas nessa eventualidade. Qualquer que seja a teoria adotada, vê-se logo quão difícil é estabelecer um critério de morte. Fiquemos, pois, apenas com as razões indiscutíveis de morte: a cessação dos fenômenos vitais, por parada das funções cerebral, respiratória e circulatória, e o surgimento dos fenômenos abióticos, lentos e progressivos, que lesam irreversivelmente os órgãos e tecidos. Assim, deve-se prudentemente deixar escoar certo lapso na ampulheta do tempo para afirmar com rigorismo clínico a realidade da morte, conforme preceitua a Sociedade Alemã de Cirurgia:

“A morte cerebral pode produzir-se antes que cessem os batimentos cardíacos (traumatismo cerebral). Considera-se que o cérebro está morto após doze horas de inconsciência com ausência de respiração espontânea, midríase bilateral e eletroencefalograma isoeletrico, ou quando o angiograma revela a parada da circulação intracraniana (durante trinta minutos). Pode ocorrer que o coração pare, mas o sistema nervoso central está intacto ou com possibilidade de recuperar-se. Convém, então, iniciar a ressuscitação; se os batimentos cardíacos não reaparecem pode dar-se por morto o paciente, mas se reaparecem, sem que se restabeleçam a consciência ou a respiração, deve seguir-se aplicando as normas usuais de assistência intensiva até que possa ser demonstrada a morte cerebral”.

Do que se trata, deve-se dar o indivíduo por morto quando se constata, *indubiosamente*, a ocorrência verdadeira da morte encefálica geral e não apenas da morte da corteza cerebral.

10.2. Modalidades de morte

Existem várias modalidades de morte:

a) *Morte anatômica* — É o cessamento total e permanente de todas as grandes funções do organismo entre si e com o meio ambiente.

b) *Morte histológica* — Não sendo a morte um momento, compreende-se ser a morte histológica um processo decorrente da anterior, em que os tecidos e as células dos órgãos e sistemas morrem paulatinamente.

c) *Morte aparente* — O adjetivo “aparente” nos parece aqui adequadamente aplicado, pois o indivíduo assemelha-se incrivelmente ao morto, mas está vivo, por débil persistência da circulação. O estado de morte aparente poderá durar horas, notadamente nos casos de morte súbita por asfixia-submersão e nos recém-natos com *índice de Apgar* baixo. É possível a recuperação de indivíduo em estado de morte aparente pelo emprego de socorro médico imediato e adequado.

Há quem tenha verdadeiro pavor de ser sepultado vivo, ou seja, em estado de morte aparente. E cita para fundamentar seu comportamento o caso do ator Sérgio Cardoso, cuja exumação, consoante relato de revista sensacionalista, teria observado o esqueleto em decúbito ventral. Alguns autores de renome concedem veracidade a relatos de inumações de indivíduos em estado de morte aparente. Ouçamos, na vertente, Eliphaz Levi (*Dogma e ritual da alta-magia*, Ed. Pensamento, p. 206), *ipsis verbis*: “Quantas pessoas, cuja morte foi jurídica e cientificamente constatada, foram encontradas mortas, é verdade, no seu caixão, mas tendo vivido, e tendo roídos os punhos para abrir as suas artérias e escapar, por uma nova morte, de horríveis sofrimentos! Um médico nos dirá que estas pessoas não estavam mortas, mas sim em letargia? É o nome que dais à morte começada que não acaba, à morte que uma volta à vida vem desmentir. Facilmente nos libertamos de embaraços com palavras, quando é impossível explicar as coisas”. “Há algum tempo a revista *O Cruzeiro* deu-nos notícia vinda de Massapê, Estado do Ceará, de que estava sendo realizado o velório de Maria Rodrigues, vitimada por um colapso cardíaco, 7 horas da noite. A certo momento, porém, a ‘defunta’ levantou-se do caixão. Houve debandada geral... Depois o velório se transformou em festa” (Fernando da Costa Tourinho Filho, *Processo penal*, São Paulo, Saraiva, 1992, v. 3). Brouardel, eminente médico legista, assegura que em toda sua longa vida profissional nunca observou um caso de morte aparente em que o indivíduo tenha sido inadvertidamente sepultado, como que a querer dizer que tal fenômeno inexistente.

Esse tipo de acontecimento *sui generis*, todavia, ocorreu irretorquivelmente no Pronto-Socorro Municipal do Hospital Tide Setúbal, na cidade de São Paulo, no ano de 1982, conforme se lê na Apelação Criminal n. 380.059-3, publicada em *RT*, 598:343: “após o parto em que veio à luz, o neonato não mais evidenciou sinais de vida, pelo que o anestesilogista e o médico pediatra, tendo exaurido todos os procedimentos que se faziam necessários, deram a criança por morta encaminhado-a ao necrotério, aonde o corpo permaneceu inerte, com a boca vedada por esparadrapo, por algumas horas. No final da tarde, quando assumiu seu posto, o encarregado noturno do necrotério verificou movimentos feitos pela criança. Pediu por auxílio médico, tendo sido ela imediatamente removida para o berçário, onde recebeu, por 42 dias, atendimento correto, vindo, no entanto, a falecer, de choque séptico consequente à infecção generalizada”.

Salvo contra-indicação formal de médico-assistente aposta em atestado de óbito, a lei preventivamente exige o decurso de 24 horas, antes da inumação.

d) *Morte relativa* — O indivíduo jaz como morto, vitimado por parada cardíaca diagnosticada pela ausência de pulso em artéria calibrosa, como a carótida comum, a femoral, associada à perda de consciência, cianose, ou palidez marmórea. Entende-se por parada cardíaca o cessamento súbito e inesperado da atividade mecânica do coração sob forma de fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso periférico palpável, dissociação eletromecânica em ritmo orgânico, útil e suficiente, em indivíduos que não portam moléstia incurável, debilitante, irreversível e crônica, pois que nesses enfermos a parada cardíaca nada mais é do que a consequência natural do evoluir maligno da doença de base. Ocorre estatisticamente em 1/5.000 casos de anestésias cirúrgicas. O ofendido, submetido em tempo hábil à massagem cardíaca, poderá retornar à vida, como sucedeu em quatro pacientes por nós socorridos, acometidos por parada dos batimentos do coração durante gastrectomia total por neoplasia maligna de estômago.

e) *Morte intermédia* — É admitida apenas por alguns autores. A morte intermédia é explicada, pelos que a admitem, como a que precede a absoluta e sucede a relativa, como verdadeiro estágio inicial da morte definitiva. Diversos autores têm relatado em seus livros centenas de casos de indivíduos que, em inúmeras circunstâncias (atos cirúrgicos, afogamentos frustrados etc.), perceberam-se como que saídos de seus corpos, flutuando no espaço, presos por um “fio prateado” à cicatriz umbilical, sentindo-se como se mortos estivessem. Socorridos adequadamente, em tempo hábil, retornaram à consciência física, contando avidamente as experiências vividas.

f) *Morte real* — É o ato de cessar a personalidade e fisicamente a humana conexão orgânica, por inibição da força de coesão intermolecular, e o de formar-se paulatinamente a decomposição do cadáver até o limite natural dos componentes minerais do corpo (água, anidrido carbônico, sais etc.), que, destarte, passam a integrar outras formas de organizações celulares complexas em eterna renovação, como se por átomos químicos do *corpus*, ou de seus despojos, estivéssemos unidos aos átomos de todo o universo!

Com efeito, a morte “parece uma decomposição, pois nunca brota do caule sem que a semente se decomponha; nunca o fruto, sem a flor secar; nunca uma forma nova, sem violar pelo menos as formas das quais nascera no crescimento e progresso de todos os seres” (apud Roso de Luna, *O livro que mata a morte*, Ed. Três, 1973, p. 75).

Desse modo, é a morte real tão somente renovação, necessidade cósmica para a evolução...

É a morte na acepção tecnológica da palavra, quando os seres mudam inexoravelmente deste plano físico para o campo ou extensão de algum estado de

consciência determinado, sujeito a nova escala de medida vibratória, para obedecer à ordem eterna, pois tudo se transforma, nada se destrói...

10.3. *Tanatognose*

É a parte da Tanatologia Forense que estuda o diagnóstico da realidade da morte. Esse diagnóstico será tanto mais difícil quanto mais próximo o momento da morte. Antes do surgimento dos fenômenos transformativos do cadáver, não existe sinal patognomônico de morte. Então, o perito observará dois tipos de fenômenos cadavéricos: os abióticos, avitais ou vitais negativos, imediatos e consecutivos, e os transformativos, destrutivos ou conservadores.

10.3.1. *Fenômenos abióticos imediatos*

Apenas insinuam a morte:

- a) perda da consciência;
- b) abolição do tônus muscular com imobilidade;
- c) perda da sensibilidade;
- d) relaxamento dos esfíncteres;
- e) cessação da respiração;
- f) cessação dos batimentos cardíacos;
- g) ausência de pulso;
- h) fâcies hipocrática;
- i) pálpebras parcialmente cerradas.

A perda da consciência, a imobilidade por abolição do tônus muscular, a insensibilidade e o relaxamento dos esfíncteres a ponto de o reto e a bexiga poderem esvaziar-se, manifestam-se precocemente com a morte. O cessar da respiração, afirmado por ausculta pulmonar silenciosa, com ausência dos murmúrios alveolares, e da circulação, confirmada principalmente pela eletrocardiografia, associada ou não à ausculta cardíaca e à radioscopia, é sinal prático inofismável de morte real. Na morte aparente não ocorre cessação da respiração e dos batimentos cardíacos; eles apenas permanecem imperceptíveis.

Fâcies é o nome que se dá ao aspecto do rosto e sua expressão fisionômica. Fâcies hipocrática é a que se observa nos estados gerais extremamente graves e nos agônicos, em que se alteram completamente os traços fisionômicos: palidez intensa, adelgaçamento labial, afilamento nasal, olhar fixo, vago, inexpressivo, extremidades do pavilhão auricular frias e cianóticas e sudorese facial meio viscosa. A fâcies hipocrática é erroneamente chamada cadavérica, pois não traduz o semblante sereno dos trânsfugas da vida, e sim, frequentemente, a expressão de sofrimento característica dos moribundos.

A abertura das pálpebras não é fenômeno constante; mais comum é mostrarem-se parcialmente cerradas.

As manobras e sinais habitualmente pesquisados por diversos autores para constatar a realidade da morte são os seguintes:

- Magnus preconizou a ligadura firme na extremidade de um dos dedos, que adquirirá cor violácea se persistir a circulação.
- Halluin propôs a instilação de uma gota de éter na conjuntiva ocular, que, se irritar, negará a existência de morte.
- Ott sugere a prova da ampola gasosa pela aproximação de uma chama à pele do examinando. Se resultar flictena própria do 2.º grau das queimaduras, há vida, e se surgir ampola contendo gás, que se rompe com um estalido, será sinal positivo de morte.
- Icard sugere a prova da fluoresceína, substância utilizada em oftalmologia para o diagnóstico de úlceras corneais e lesões oculares por contraste com o fundo de olho, injetada hipodérmica ou endovenosamente. Esta via de administração, ainda que mais trabalhosa, uma vez que, amiúde, exige a dissecação da veia escolhida, é, sem embargo, preferível, porque mais pronta e pela maior certeza dos resultados. Havendo vida, ao cabo de minutos, a pele e mucosas adquirem coloração amarela e quando a dose é mais elevada, amarela tendendo para o alaranjado. Obtém-se idêntico resultado injetando-se a fluoresceína na artéria femoral. A lâmpada de Wood facilitará o diagnóstico.

— Levasseu recomenda a aplicação de uma ventosa ao corpo inerte; se há vida, sai sangue.

— Hilário Veiga de Carvalho indica a injeção de solução milesimal de adrenalina, através do *ponto de Szubinsky*, diretamente no músculo cardíaco, o que, em se tratando de morte aparente, seria uma forma auxiliar de tratamento.

Por motivos óbvios, o que não se fará nunca é a acidopirastia de Mildredorf, que consiste em introduzir uma agulha longa, munida com uma bandeirinha na extremidade livre, no precórdio, e observar a sua movimentação, caso o coração apresente ainda débeis movimentos.

Do ponto de vista eminentemente prático, são a ausculta do coração (sinal de Bouchut), a eletrocardiografia e a prova de fluoresceína de Icard os métodos definitivamente concludentes do diagnóstico da realidade de morte imediata.

10.3.2. *Fenômenos abióticos consecutivos*

- a) resfriamento paulatino do corpo;
- b) rigidez cadavérica;
- c) espasmo cadavérico;
- d) manchas de hipóstase e livores cadavéricos;
- e) dessecamento: decréscimo de peso, pergaminhamento da pele e das mucosas dos lábios; modificações dos globos oculares; mancha da esclerótica; turvação da córnea transparente; perda da tensão do globo ocular; formação da tela viscosa.

O resfriamento paulatino do corpo não ocorre com rigorosa uniformidade, influenciada que é a sua evolução por fatores ambientais, idade, pânulo adiposo, agasalhos. Os agasalhos constituem barreira protetora que retarda a perda de calor; desse modo, o cadáver desnudo resfria mais rapidamente do que o agasalhado, por irradiação, por convecção e por gasto na evaporação cutânea.

No cadáver não existe a termogênese. Quando o *de cujus*, ainda quente, jaz em ambiente mais frio, perde quantidades de calor proporcionais à sua superfície e à diferença entre a sua temperatura e a externa. A fórmula $Q = K \times S \times (T-t)$, em que K é uma constante, própria de cada corpo inerte; S, a sua superfície; T, a sua temperatura; t, a temperatura ambiente; e Q, a quantidade de calor irradiada pelo cadáver, permite a verificação desta assertiva.

Modo geral, admite-se em nosso meio o abaixamento da temperatura em 1/2 grau nas três primeiras horas, depois 1°C por hora, e que o equilíbrio térmico com o meio ambiente se faz em torno de 20 horas nas crianças, e de 24 a 26 horas nos adultos. Estes resfriam, portanto, mais demoradamente do que os velhos e as crianças. A diferença de temperatura retoaxilar no cadáver varia de 2°C a 5°C entre 2 a 12 horas após a morte. Consideram-se 20°C, registrados por termômetros retais de hastes longas (tanatômetro de Nasse, necrômetro de Bouchut), introduzidas 10cm na parte terminal do tubo digestivo, índice incompatível com a vida.

A rigidez cadavérica é fenômeno constante no cadáver, originado por uma reação química de acidificação num estado de contratura muscular que desaparece quando se inicia a putrefação. Ou seja, o *rigor mortis* é explicado pela desidratação muscular que produz a coagulação da miosina associada ao aumento do teor de ácido láctico nos *musculus*. Segundo Schiff, a rigidez não é o primeiro sinal de morte, mas o último sinal de vida. Pela lei de Nysten-Sommer, nos cadáveres em decúbito dorsal, a rigidez se inicia pela face, mandíbula e nuca, seguindo-se os músculos do tronco, os membros superiores e, por último, os membros inferiores, desaparecendo, posteriormente, na mesma ordem em que surgiu.

Há um tipo de rigidez que se instala ainda em vida, na fase pré-agônica ou agônica, nos acometidos por tétano, nos intoxicados por estricnina, ergotina, magnésio, e nos que a morte resultou de destruição intensa dos tecidos do sistema nervoso central. As lesões que promovem interrupção entre a córtex cerebral e os centros nervosos inferiores, do tônus muscular, desencadeiam rigidez difusa dos músculos estriados, análoga à que sucede no animal descerebrado, no qual se elimina a participação da cortiça por meio de uma seção do encéfalo, ao nível dos tubérculos quadrigêmeos. À vertente, a rigidez resulta da falta de inibição dos centros nervosos corticais mais hierarquizados sobre os núcleos inferiores. O indivíduo assume posição rígida, com os membros inferiores em extensão e os membros superiores contraturados. É assaz frequente o quadro de rigidez descortizada nas contusões difusas da córtex cerebral.

A rigidez que se instala ainda em vida diferencia-se da rigidez cadavérica por não ser removida pela movimentação, brusca e violenta, de determinada articulação. Efetivamente, instalada a rigidez muscular em vida, se for vencida a resistência oposta por determinada articulação, esta logo retorna à posição primitiva. Contrariamente, a rigidez cadavérica é fenômeno constante em todos os casos de morte; porém, eliminada de determinado membro, pela movimentação forçada do mesmo, não retorna à sua articulação.

O espasmo cadavérico, também denominado rigidez cataléptica, estatuária ou plástica, é uma forma particular de rigidez cadavérica instantânea, sem o relaxamento muscular que precede a rigidez comum e com a qual não se confunde. O indivíduo acometido, súbita e violentamente, pelo espasmo cadavérico guarda a posição que mantinha quando a morte o surpreendeu.

As hipóstases viscerais são originadas pela deposição do sangue nas partes declivosas do cadáver, em torno de 2 a 3 horas após a morte, em forma de estrias, ou arredondadas, que se agrupam posteriormente, em placas, em extensas áreas corporais.

Constantes, decorridas 8 a 12 horas, fixam-se definitivamente nos órgãos internos, não mais se deslocando qualquer que seja a mudança de posição do cadáver (vide p. 358, n. 6.5.4).

Superficiais, constituem os chamados livores cutâneos, não aparecendo nos pontos de compressão da superfície corpórea contra um plano subjacente. Assim, no decúbito dorsal, posição em que habitualmente se colocam os cadáveres, não são encontrados nas espáduas, nas nádegas, nas panturrilhas e nos calcanhares. Os livores cutâneos desaparecem, momentaneamente, por compressão digital e, se incidados, vertem sangue venoso que, lavado, torna limpa a pele, ao contrário das equimoses, em que ele se encontra fixado em forma de coágulo nas malhas dos tecidos. À maneira das hipóstases viscerais, os livores cutâneos, constantes, são vistos nas primeiras 2 a 3 horas do óbito e podem deslocar-se com as mudanças de posição do morto dentro das próximas 8 a 12 horas, após as quais fixam-se

definitivamente, o que confere a ambos grande importância médico-legal, além de serem sinais afirmativos de morte. Na morte agônica os lívres hipostáticos se formam mais lentamente.

Nos lívres o sangue permanece estagnado no interior dos vasos devido ao cessamento da circulação.

A cor varia segundo o meio de morte. Será vermelho-clara na asfixia-submersão, achocolatada no envenenamento pelo clorato de potássio, vermelho-rósea ou carminada nas asfixias pelo monóxido de carbono, e escura nas asfixias em geral.

Na raça negra somente se pode observar o lívor cutâneo pelo colorímetro de Nutting.

A dessecação por evaporação tegumentar determina o decréscimo de peso, mais acentuado nos recém-natos (8g por quilo de peso, nas 24 horas), podendo alcançar grandes cifras nos adultos, conforme sejam as condições do *de cujus* e ambientais; a pele torna-se seca, pergaminhada e pardacenta. A desidratação confere consistência dura e pardacenta às mucosas dos lábios, principalmente nos cadáveres de recém-nascidos e de crianças, lesando-os de tal forma que o perito menos avisado poderá confundi-la com traumatismos ou ação de substâncias cáusticas, e modificações dos globos oculares traduzidas pela mancha negra da esclerótica, turvação da córnea transparente, perda da tensão do olho e formação da tela viscosa.

A mancha da esclerótica, *lívor sclerotinae nigrescens* ou sinal de Sommer e Larcher, enegrecida, oval, circular, ou, às vezes, triangular, de base voltada para a córnea, manifesta-se no órgão da visão.

A córnea, algum tempo decorrido após a morte ou nos estados agônicos prolongados, opacifica-se.

A desidratação determina progressiva perda da tensão do globo ocular, guardando uma relação constante com o tempo decorrido após a morte e tornando o órgão mole e depressível.

Isto porque, nas primeiras horas após o óbito, ocorre uma progressiva evasão de líquidos responsável pela gradual perda de tonicidade dos globos oculares e amolecimento (sinal de Louis).

O muito distinto Professor Armando Canger Rodrigues, em trabalho publicado nos *Arquivos da Polícia Civil*, v. XXXI, 1.º e 2.º semestre, 1978, admite a possibilidade de se determinar em cadáveres o tempo decorrido após a morte pela restauração da pressão intraocular. Efetuou, para isso, indiretamente, inúmeras medidas volumétricas dos líquidos surdidos dos globos oculares, através de quantidades conhecidas de água corrente, introduzidas por meio de uma pipeta, com capacidade de um milímetro graduado em 0,01ml, à qual se adaptou uma agulha hipodérmica n. 7 x 25, utilizando tubo intermediário de tamanho suficiente para a distância ser de 30,5 centímetros entre o bisel longo da acicula metálica e a marca zero da pipeta mencionada, na câmara anterior, até a restauração da primitiva ou próxima pressão ocular do vivo. Pressupondo que o volume de água injetado na câmara anterior do olho é função do número de horas transcorridas *post mortem*, estabeleceu o autor do método um quadro demonstrativo de que os intervalos de confiança são de 80% para estimativa das mesmas.

Volume injetado	Horas de <i>post mortem</i>	Volume injetado	Horas de <i>post mortem</i>
0,01	0:30	0,22	13:15
0,02	1:15	0,23	13:45
0,03	1:45	0,24	14:15
0,04	2:15	0,25	15:00
0,05	3:00	0,26	15:30
0,06	3:30	0,27	16:15
0,07	4:15	0,28	16:45
0,08	4:45	0,29	17:15
0,09	5:30	0,30	18:00
0,10	6:00	0,31	18:30
0,11	6:45	0,32	19:15
0,12	7:15	0,33	19:45
0,13	7:45	0,34	20:30
0,14	8:30	0,35	21:00
0,15	9:00	0,36	21:45
0,16	9:30	0,37	22:15
0,17	10:15	0,38	22:45
0,18	10:45	0,39	23:30
0,19	11:15	0,40	24:00
0,20	12:00		
0,21	12:30		

Número provável de horas de *post mortem* em função do volume de água instilado na câmara anterior do olho.

Finalmente, a superfície do globo da visão é recoberta por um fino véu — a tela viscosa, que pode também ser observada *in extremis vitae momentis* (sinal de Stenon-Louis) —, resultante da evaporação do líquido do globo ocular de mistura com detritos epiteliais e finíssimos grânulos de poeira.

10.3.3. Fenômenos transformativos

Compreendem os destrutivos (autólise, putrefação e maceração) e os conservadores (mumificação e saponificação). Resultam de alterações somáticas tardias tão intensas que a vida se torna absolutamente impossível. São, portanto, sinais de certeza da realidade de morte.

10.3.3.1. Destrutivos

10.3.3.1.1. Autólise

Após a morte cessam com a circulação as trocas nutritivas intracelulares, determinando lise dos tecidos seguida de acidificação, por aumento da concentração iônica de hidrogênio e consequente diminuição do pH. A vida só é possível em meio neutro; assim, por diminuta que seja a acidez, será a vida impossível, iniciando-se os fenômenos *intra* e extracelulares de decomposição. Os tecidos se desintegram porque as membranas celulares se rompem e flocula o protoplasma, devido às desordens bioquímicas resultantes da anóxia e da baixa do pH *intra* e extracelular.

A autólise afeta precocemente os cadáveres de recém-nascidos e aqueles ainda não putrefeitos ou em que esse fenômeno mal se iniciou.

A acidificação dos tecidos é então sinal evidente de morte, que pode ser pesquisado por vários métodos laboratoriais, dentre os quais a colorimetria, ou, quando não se dispõe de aparelhagem especial, por diversos sinais, para se apurar a realidade da morte. São eles:

a) *Sinal de Labord* — Esse autor recomenda a introdução de uma agulha de aço bem polida no tecido, onde permanecerá cerca de 30 minutos; retirada, se permanecer seu brilho metálico, afirma-se diagnóstico de morte real.

b) *Sinal de Brissemoret e Ambard* — Além de pouco prática, não é isenta de riscos nos casos de morte aparente. Consiste na punctura com trocarte do fígado ou do baço e análise dos fragmentos obtidos pelo papel de tornassol. No morto a reação é ácida.

c) *Sinal de Lecha-Marzo* — Não é sinal preciso porque não se manifesta em todos os casos de morte real, podendo, embora raramente, ser encontrado em vida, durante a agonia. Consiste em colocar entre o globo ocular e a pálpebra superior papel de tornassol, que se tornará vermelho pela acidez, indicando morte, ou azul, se o meio for alcalino, afirmando vida.

d) *Sinal de De-Dominicis* — Emprega-se também o papel de tornassol apenas em área escarificada no abdome, onde a acidez, se houver, é mais precoce.

e) *Sinal de Silvio Rebelo* — Também não é infalível. Consiste na introdução de um fio-testemunha e de um fio corado pelo azul de bromo-tímol, por agulha montada, numa dobra da pele, deixando as suas extremidades exteriorizadas. Se o fio indicador, que é azul, adquirir na intimidade dos tecidos cor amarela,

comprovará acidez cadavérica.

f) *Sinais de forcipressão de Icard* — 1) forcipressão física: comprime-se, com pinça, uma prega da pele, que persistirá no morto e desaparecerá no vivo; 2) forcipressão química: o pinçamento da pele provoca o escoamento de serosidade, que, pesquisada pelo papel de tornassol, indicará acidez no morto e alcalinidade no vivo; 3) reação sulfídrica: consiste em colocar nas narinas e dentro da boca papel previamente umedecido em uma solução de acetato neutro de chumbo em água destilada a 50%, o qual adquire cor negra de sulfureto de chumbo pela ação do ácido sulfídrico e do sulfidrato de amônio originado pela morte.

Expositis, avulta aos olhos a importância desta prova e a da fluoresceína, por serem práticas e confiáveis.

10.3.3.1.2. Putrefação

Para Icard, a putrefação se inicia assim que cessa a vida.

A putrefação, forma de transformação cadavérica destrutiva, se inicia, após a autólise, pela ação de micróbios aeróbios, anaeróbios e facultativos em geral sobre o ceco, porção inicial do grosso intestino onde mais se acumulam os gases e que, por guardar relação de contiguidade com a parede abdominal da fossa ilíaca direita, determina por primeiro, nessa região, o aparecimento da *mancha verde abdominal*, a qual, posteriormente, se difunde por todo o tronco, cabeça e membros, a tonalidade verde-enebria conferindo ao morto aspecto bastante escuro. Os fetos e os recém-nascidos constituem exceção; neles a putrefação invade o cadáver por todas as cavidades naturais do corpo, especialmente pelas vias respiratórias. Nos afogados, a coloração verde dos tegumentos aparece primeiramente na metade superior e anterior do tórax e, depois, na cabeça, pela posição declive assumida pelo corpo dentro d'água.

Na dependência de fatores intrínsecos (idade, *causa mortis*, constituição) e de fatores extrínsecos (temperatura, aeração, higroscopia do ar), a marcha da putrefação, embora não siga cronologia rigorosa (tanto ser possível a simultaneidade de vários períodos transformativos, em regiões diferentes, num mesmo cadáver), se faz em quatro períodos:

1.º) *Período de coloração* — Tonalidade verde-enebria dos tegumentos, originada pela combinação do hidrogênio sulfurado nascente com a hemoglobina, formando a sulfometemoglobina, surge, em nosso meio, entre 18 e 24 horas após a morte, durando, em média, 7 dias.

2.º) *Período gasoso* — Os gases internos da putrefação migram para a periferia provocando o aparecimento na superfície corporal de flictenas contendo líquido leucocitário hemoglobínico com menor teor de albuminas em relação às do sinal de Chambert, e de *enfisema* putrefativo que crepita à palpação e confere ao cadáver a postura de boxeador e aspecto gigantesco, especialmente na face, no tronco, no pênis e bolsas escrotais. A compressão cardiovascular emigra sangue para a periferia originando na pele curioso desenho denominado *circulação póstuma de Brouardel*. A compressão do útero grávido produz o *parto de putrefação* (parto *post mortem*), com eversão do órgão, sendo o feto, em geral, encontrado entre as coxas maternas. As órbitas esvaziam-se, a língua exterioriza-se, o pericrânio fica nu. O ânus se entreabre evertendo a mucosa retal. A força viva dos gases de putrefação inflando intensamente o cadáver pode fender a parede abdominal com estalo.

O odor característico da putrefação se deve ao aparecimento do gás sulfídrico.

Esse período dura em média duas semanas.

3.º) *Período coliquativo* — A coliquação é a dissolução pútrida das partes moles do cadáver pela ação conjunta das bactérias e da fauna necrófaga. Os gases se evolvem, o odor é fétido e o corpo perde gradativamente a sua forma. Dependendo das condições de resistência do corpo e do local onde está inumado, esse período pode durar um ou vários meses, terminando pela esqueletização.

4.º) *Período de esqueletização* — A ação do meio ambiente e da fauna cadavérica destrói os resíduos tissulares, inclusive os ligamentos articulares, expondo os ossos e deixando-os completamente livres de seus próprios ligamentos. Os cabelos e os dentes resistem muito tempo à destruição. Os ossos também resistem anos a fio, porém terminam por perder progressivamente a sua estrutura habitual, tornando-se mais leves, frágeis e, alguns, quebradiços (*vide n. 10.4.6*).

Final, para remate, *mors omnia solvit* (a morte dissolve tudo).

10.3.3.1.3. Maceração

É também fenômeno de transformação destrutiva que afeta os submersos em meio líquido contaminado (maceração séptica) e o conceito morto a partir do 5.º mês de gestação e retido intrauterinamente (maceração asséptica). Manifesta-se mais intensamente nos casos de retenção de feto morto. Compreende três graus: no primeiro grau, a maceração está representada pelo surgimento lento, nos três primeiros dias, de flictenas contendo serosidade sanguinolenta. A pele, em contato com o líquido amniótico que adquiriu tonalidade esverdeada e consistência espessa, comparável à sopa de ervilhas, pelo mecônio expelido espontaneamente para o interior da matriz, na fase inicial de sofrimento fetal, e no submerso, enruga e se torna amolecida e facilmente destacável em grandes retalhos cutâneos, deixando à mostra tecido subjacente de colorido avermelhado, devido à embebição por hemoglobina. Nas mãos, os retalhos cutâneos destacam-se em “dedos de luvas”, conservando as unhas, e, durante algum tempo, as cristas papilares, o que permite ao legisperito calçá-los a modo de dedal epidérmico e efetuar a tomada das impressões digitais do cadáver. No segundo grau, a ruptura das flictenas confere ao líquido amniótico cor vermelho-pardacenta, e a separação da pele de quase toda a superfície corporal, a partir do oitavo dia, dá ao feto aspecto sanguinolento. No terceiro grau, destaca-se o couro cabeludo, à maneira de escalpo, do submerso ou do feto retido intrauterinamente, e, em torno do 15.º dia *post mortem*, os ossos da abóbada craniana cavalgam uns sobre os outros, os ligamentos intervertebrais relaxam e a coluna vertebral torna-se mais flexível e, no feto morto, a coluna adquire acentuada cifose, pela pressão uterina. Dessarte, o cadáver macerado tem diminuída a sua consistência inicial, o ventre achatado como o dos batráquios, e os ossos livres de sua parte de sustentação, dando a impressão de estarem soltos (*vide p. 374 e 505*).

10.3.3.2. Conservadores

10.3.3.2.1. Mumificação

É a dessecação, natural ou artificial, do cadáver.

Há de ser rápida e acentuada a desidratação.

A mumificação natural ocorre no cadáver sepultado, em regiões de clima quente e seco e de arejamento intensivo suficiente para impedir a ação microbiana, provocadora dos fenômenos putrefativos. Assim é que têm sido encontradas múmias naturais, sem caixão, simplesmente na areia ou sobre a terra, ou em catacumbas ou cavernas, sem vestígios de tratamento e tão bem conservadas quanto as embalsamadas artificialmente, graças a condições favoráveis. *In exemplis*, as múmias naturais do convento dos Capuchinhos, de Palermo e do Grande São Bernardo, do subterrâneo da catedral de Bremen, das catacumbas dos Franciscanos e dos Jacobinos, em Tolosa, e da caverna da Babilônia, em Minas Gerais.

A mumificação por processo artificial foi praticada historicamente pelos egípcios e pelos incas, por embalsamamento, após intensa dessecação corporal. Os egípcios, primeiramente, extraíam o cérebro do cadáver, com o auxílio de um gancho de metal, pelas fossas nasais. Ato contínuo, incisavam o abdome com uma faca de sílex para eviscerar os órgãos nele contidos, os quais eram colocados em bilhas, e o tórax, objetivando substituir o coração por um escarabeu de pedra. Seguiu-se meticulosa lavagem externa e o cadáver era recoberto por *natrium*, durante 40 a 70 dias, e amortalhado em vários ataúdes ou sarcófagos, após ter sido recheado com areia, argila, resina ou seragem (para evitar a deformação), besuntado com ervas aromáticas e envolvido em rolos de pano de linho.

As múmias têm aspecto característico: peso corporal reduzido em até 70%, pele de tonalidade cinzenta-escuro, coriácea, ressoando à percussão, rosto com vagos traços fisionômicos e unhas e dentes conservados.

10.3.3.2.2. Saponificação

É um processo transformativo de conservação que aparece sempre após um estágio regularmente avançado de putrefação, em que o cadáver adquire consistência untuosa, mole, como o sabão ou a cera (adipocera), às vezes quebradiça, e tonalidade amarelo-escuro, exalando odor de queijo rançoso. A saponificação atinge comumente segmentos limitados do cadáver; pode, entretanto, raramente, comprometê-lo em sua totalidade. Tal processo, embora factível de individualidade, habitualmente se manifesta em cadáveres inumados coletivamente em valas comuns de grandes dimensões, como nas primeiras exumações ocorridas no Cemitério dos Inocentes de Paris.

Discutem os autores se somente a gordura normal é passível de saponificar-se — a análise química revela a existência de ácidos graxos —, ou se todos os demais tecidos, mesmo os de natureza albuminóide, como os músculos, podem sofrer tal transformação. Os adeptos da exclusividade das gorduras alegam que, sendo a adipocera fenômeno posterior à putrefação, os músculos, evidentemente, já teriam desaparecido pela decomposição antes do início da saponificação.

Influenciam o surgimento desse fenômeno: fatores individuais e, especialmente, os fatores mesológicos representados pelo solo argiloso e úmido, que permite a embebição e dificulta, sobremaneira, a aeração.

O cadáver que sofreu o fenômeno da adipocera apresenta, segundo Thouret, o aspecto de “queijo branco ordinário” e rançoso.

10.4. Cronotanatognose

É a parte da Tanatologia que estuda a data aproximada da morte. Com efeito, os fenômenos cadavéricos, não obedecendo ao rigorismo em sua marcha evolutiva, que difere conforme os diferentes corpos e com a *causa mortis* e influência de fatores extrínsecos, como as condições do terreno e da temperatura e umidade ambiental, possibilitam estabelecer o diagnóstico da data da morte tão exatamente quanto possível, porém não com certeza absoluta. O seu estudo importa no que diz respeito à responsabilidade criminal e aos processos civis ligados à sobrevivência e de interesse sucessório.

A cronotanatognose baseia-se num conjunto de fenômenos, a saber:

Fenômenos cadavéricos {
 Resfriamento do corpo
 Rigidez cadavérica
 Livores e hipóstase
 Mancha verde abdominal
 Gases de putrefação
 Decréscimo de peso

Crioscopia do sangue
 Cristais do sangue putrefato
 Crescimento dos pelos da barba
 Conteúdo gástrico

Fauna cadavérica {
 1.ª Legião {
Musca domestica
Muscina stabulans
Caliphora vomitoria
 2.ª Legião {
Lucilia coesar
Sarcophaga carnaria
Sarcophaga arvensis
Sarcophaga latricus
Cynomya mortuorum
 3.ª Legião {
Dermester lardarius
Dermester frischii e undulatus
Aglossa pinguinalis
 4.ª Legião {
Pyophila patasionis
Anthomya vicina
 Coleópteros {
Nocrobia coeruleus
Nocrobia ruficolis
Tyreophora cynophila, furcata e antropophaga
 5.ª Legião {
Lonchea nigrimana
Ophyrya cadaverina
Phora aterrimea
Necrophorus humator
Silpha littoralis e obscura
Hister cadaverinus
Saprinus rotundatus

10.4.1. Fenômenos cadavéricos

10.4.1.1. Resfriamento do cadáver

Em nosso meio é de 0,5 °C nas três primeiras horas; a seguir, o decréscimo de temperatura é de 1 °C por hora, até o restabelecimento do equilíbrio térmico com o meio ambiente.

10.4.1.2. Rigidez cadavérica

Pode manifestar-se tardia ou precocemente. Segundo Nysten-Sommer, ocorre obedecendo à seguinte ordem: na face, nuca e mandíbula, 1 a 2 horas; nos músculos tóraco-abdominais, 2 a 4 horas; nos membros superiores, 4 a 6 horas; nos membros inferiores, 6 a 8 horas *post mortem*. A rigidez cadavérica desaparece progressivamente seguindo a mesma ordem de seu aparecimento, cedendo lugar à flacidez muscular, após 36 a 48 horas de permanência do óbito.

10.4.1.3. Livores e hipóstase

Podem surgir 30 minutos após a morte, como observamos em 1952, no interior do Estado de São Paulo, em indivíduo de 72 anos que sofrera choque anafilático por injeção endovenosa de medicamento à base de sulfato. Os livores e hipóstase surgem habitualmente entre 2 a 3 horas, fixando-se definitivamente no período de 8 a 12 horas após a morte.

10.4.1.4. Mancha verde abdominal

Influenciada pela temperatura do meio ambiente, surge entre 18 a 24 horas, estendendo-se progressivamente por todo o corpo do 3.º ao 5.º dia após a morte.

10.4.1.5. Gases de putrefação

O gás sulfídrico, detectado pela reação do acetato neutro de chumbo embebido em papéis de filtro colocados dentro da boca e em torno das narinas, surge entre 9 a 12 horas após o óbito. Da mesma forma que a mancha verde abdominal, significa putrefação.

10.4.1.6. Decréscimo de peso

Tem valor relativo por sofrer importantes variações determinadas pelo próprio corpo ou pelo meio ambiente. Aceita-se, no entanto, nos recém-natos e nas crianças uma perda em geral de 8g/kg de peso nas primeiras 24 horas após o falecimento.

10.4.2. Crioscopia do sangue

O ponto crioscópico ou ponto de congelação do sangue é de -0,55 °C a -0,57 °C. São tão constantes esses índices no sangue que Koranyi considera patológicos os índices -0,54 °C a -0,58 °C.

A crioscopia tem valor para afirmar a causa jurídica da morte na asfixia--submersão e indicar a natureza do meio líquido em que ela ocorreu, conforme Mario Carrara (1901), observando que na imersão em água doce a fluidez do sangue do hemicórdio esquerdo acusa um ponto de congelação abaixo do normal, mais próximo de 0 °C. Se, porém, a *causa mortis* não foi acidental, nem suicida, mas criminoso, com posterior imersão do cadáver no meio líquido, o ponto crioscópico permanecerá invariável (-0,55 °C a -0,57 °C), porque o indivíduo não se afogou. Inversamente, o ponto de congelação do sangue surge mais afastado de 0 °C quando a submersão, acidental ou suicida, ocorreu no mar, pois há maior concentração molecular na água salgada ingerida.

Para a determinação da data da morte, tem a crioscopia validade relativa porque o abaixamento do ponto crioscópico do sangue após o óbito faz-se de modo

irregular, tornando difícil o estabelecimento de correlações de ordem cronológica.

10.4.3. Cristais do sangue putrefato

São os chamados cristais de Westenhöffer-Rocha-Valverde, lâminas cristaloides muito frágeis, entrecruzadas e agrupadas, incolores, que adquirem coloração azul pelo ferrocianeto de potássio, e castanha, pelo iodo, passíveis de ser encontradas a partir do 3.º dia no sangue putrefato, podendo, segundo Belmiro Valverde, permanecer no mesmo até 35 dias após a morte.

10.4.4. Crescimento dos pelos da barba

Assim como no vivo, nas primeiras horas após a morte os pelos das regiões mentonianas e bucinadoras continuam crescendo à razão de 21 milésimos de milímetro por hora. Segundo Balthazard, conhecida a hora exata em que o indivíduo se barbeou pela última vez, será possível determinar-se o tempo decorrido após a morte, dividindo-se o comprimento dos pelos do mento do cadáver pela constante 21 milésimos de milímetros.

É, evidentemente, método destituído de valor, que representa apenas mais uma tentativa de colaboração empírica ao estudo da cronologia da morte.

10.4.5. Conteúdo gástrico

Houve quem pensou que o estômago com repleção alimentar e fenômenos digestivos, em fase intermediária, poderia sugerir ao legisperito ter a morte ocorrido entre 1 a 2 horas após a última refeição; alimentos em fase terminal de digestão, de 4 a 7 horas, e, finalmente, havendo vacuidade gástrica, ter o óbito acontecido decorridas mais de 7 horas da última. Todavia, o tempo de evacuação gástrica depende essencialmente:

1) do estado físico do que foi ingerido: a água e certos líquidos iniciam de pronto a evacuação do estômago, passando quase que imediatamente ao duodeno. Os alimentos sólidos são transformados em uma pasta semilíquida — o *quimo* —, que permanece, por termo médio, 3 a 4 e 1/2 horas no estômago;

2) do teor lipídico dos alimentos: o tempo de evacuação estomacal, numa dieta pobre em gorduras, integrada por dois ovos fritos na manteiga, pão, leite e café (gordura total, 50g), é cerca de 6 horas, e o de um menu igual ao anterior, ao qual se acrescentou 100g de manteiga, é de 7 ou mais horas. Dois ovos *pochée*, pão e café demandam, em média, de 3 a 4 e 1/2 horas para passar ao duodeno;

3) da pressão intragástrica e bulboduodenal, abolida no cadáver, e do tono ou relaxamento do esfíncter piloro.

Avulta aos olhos ser a observação do conteúdo gástrico método despido de valor, por empírico e pela influência dos fatores individual, estomacal e alimentar sobre os fenômenos gastrintestinais, como a digestão *post mortem*, inclusive.

10.4.6. Fauna cadavérica

O seu estudo em relação ao cadáver exposto ao ar livre tem relativo valor conclusivo na determinação da tanatocronognose, embora os obreiros ou legionários da morte surjam, com certa sequência e regularidade, nas diferentes fases putrefativas adiantadas do cadáver, as turmas precedentes preparando terreno para as legiões sucessoras, representadas por um grupo de oito. São elas:

- a) 1.ª Legião: aparece entre o 8.º e o 15.º dia, dando início à destruição cadavérica até a formação dos ácidos graxos.
- b) 2.ª Legião: surge com o odor cadavérico e permanece, conforme a temperatura do meio ambiente, cerca de 15 a 20 dias.
- c) 3.ª Legião: aparece 3 a 6 meses após a morte, com a fermentação ácida das substâncias graxas do corpo, desenvolvendo-se num período de 20 a 30 dias, ávida de destruição.
- d) 4.ª Legião: encontrada 10 meses após o óbito, surge depois da fermentação butírica das matérias graxas e caseica dos albuminoides.
- e) 5.ª Legião: é encontrada nos cadáveres dos que morreram há mais de 10 meses, na fase de fermentação amoniacal de liquefação enegrecida das matérias orgânicas que não foram consumidas pelas legiões anteriores.
- f) 6.ª Legião: desseca todos os humores que ainda restam no cadáver.
- g) 7.ª Legião: aparece entre 1 e 2 anos e destrói os ligamentos e tendões, deixando os ossos livres.
- h) 8.ª Legião: consome, cerca de 3 anos após a morte, todos os resquícios orgânicos porventura deixados pelas precedentes.

CALENDÁRIO TANATOLÓGICO

- a) Corpo quente, flácido e sem livores — menos de 2 horas
- b) Rigidez $\left\{ \begin{array}{l} \text{da face, nuca e mandíbula — 1 a 2 horas} \\ \text{dos músculos tóraco-abdominais — 2 a 4 horas} \\ \text{dos membros superiores — 4 a 6 horas} \\ \text{generalizada — mais de 8 e menos de 36 horas} \end{array} \right.$
- c) Manchas de hipóstase $\left\{ \begin{array}{l} \text{início — 2 a 3 horas} \\ \text{fixação macroscópica — 8 a 12 horas} \end{array} \right.$
- d) Mancha verde abdominal — entre 18 e 24 horas
- e) Extensão da mancha verde abdominal — 3 a 5 dias
- f) Flacidez $\left\{ \begin{array}{l} \text{início — cerca de 36 horas} \\ \text{generalizada — mais de 48 horas} \end{array} \right.$
- g) Mancha verde abdominal e flacidez generalizada — mais de 48 horas
- h) Gases de putrefação — entre 9 e 12 horas
- i) Fauna cadavérica $\left\{ \begin{array}{l} \text{1.ª Legião — 8 a 15 dias} \\ \text{2.ª Legião — 15 a 20 dias} \\ \text{3.ª Legião — 3 a 6 meses} \\ \text{4.ª Legião — 10 meses} \\ \text{5.ª Legião — 10 meses} \\ \text{6.ª Legião — 10 a 12 meses} \\ \text{7.ª Legião — 12 a 24 meses} \\ \text{8.ª Legião — mais de 36 meses} \end{array} \right.$
- j) Esqueletização — mais de 36 meses

DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE MORTE PELO ASPECTO ÓSSEO (inumado) (apud Hermes Rodrigues de Alcântara)		
OBSERVAÇÕES	AUTOR	TEMPO DE MORTE
Ossos recobertos de mofo	B. Mueller	2 a 4 anos
Canal medular revestido por uma camada enegrecida	Maestre e Piga	6 a 8 anos
Desaparecimento dos ligamentos e cartilagens	B. Mueller	Mais de 5 anos
Desaparecimento das graxas dos ossos	B. Mueller	5 a 10 anos
Canal medular tão branco quanto a superfície	Maestre e Piga	Mais de 10 anos
Persistência de restos de polpa dentária	Piga	Até 14 anos
Desaparecimento completo da polpa dentária	Piga	16 a 20 anos
Desaparecimento dos canais de Havers	Maestre, Piga e Aznar	Mais de 20 anos
Ossos quebradiço, frágil, e superfície porosa	B. Mueller	Mais de 50 anos

10.5. Lei dos transplantes

a) *Do doador morto* — a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, regulamentada pelo Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997 (*que revogou a Lei n. 8.489, de 19-11-1992*), e pela Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001, em seu art. 4.º determina que: “A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte”.

O transplante será obrigatoriamente realizado por médicos reconhecidamente idôneos e com capacidade técnica comprovada, em estabelecimentos de saúde públicos ou particulares autorizados pelo órgão de gestão nacional do SUS.

A retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com morte encefálica, confirmada, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia reconhecido no País.

Tais procedimentos são dispensáveis quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

É vedado participar do processo de verificação de morte encefálica aos médicos integrantes das equipes especializadas autorizadas a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes.

Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido ou de médico indicado pela direção local do SUS no ato de comprovação e atestação da morte encefálica, se a demora de comparecer não for causa, pelo decurso de tempo, de tornar inviável a retirada, mencionando-se essa circunstância no respectivo relatório.

Toda morte encefálica, comprovada em hospital público ou particular, é de notificação compulsória, em caráter de emergência.

A retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada antes da necropsia, obrigatória por lei, se estes não tiverem relação com a *causa mortis*, circunstância a ser mencionada no respectivo relatório, com cópia que acompanhará o corpo à instituição responsável pelo procedimento médico-legal.

Excetuam-se, aqui, os casos de morte ocorrida sem assistência médica, ou em decorrência de causa mal definida, ou que necessite ser esclarecida diante da suspeita de crime, quando a retirada dependerá de autorização expressa do médico patologista ou legista.

A remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais ou por seus responsáveis legais (art. 5.º), sendo vedada a remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas (art. 6.º).

b) *Do doador vivo* (art. 9.º) — a lei faculta a doação de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo aos maiores e capazes, independente de sexo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau. É bem de ver, então, que ela exclui os incapazes, que não podem manifestar livremente a sua vontade; todavia, em se tratando de extração de parte da medula óssea, poderá ser autorizada judicialmente, com o consentimento de ambos os pais ou responsáveis legais, se o ato não oferecer risco para a sua saúde. O preceito legal exclui também a gestante, salvo para doar tecido da medula óssea, desde que não haja risco para a sua saúde e a do conceito.

A autorização do disponente deverá especificar, em documento escrito, firmado também por duas testemunhas, o tecido, órgão ou a parte de seu corpo objeto da retirada e que será(ão) doado(s) para transplante ou enxerto em receptos que identificará, todos devidamente qualificados, inclusive quanto à indicação de endereço. A doação poderá ser revogada pelo doador ou pelos responsáveis legais a qualquer momento antes de sua concretização.

O autotransplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico, ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais.

A equipe cirúrgica a lei autoriza somente a retirada de um órgão duplo ou tecidos, vísceras ou parte do corpo com vida, desde que não cause ao doador comprometimento de suas funções vitais e aptidões físicas ou mentais e nem lhe provoque deformação.

Em se tratando de rins, exige-se a comprovação de, pelo menos, quatro compatibilidades em relação aos antígenos leucocitários humanos (HLA), salvo entre cônjuges e consanguíneos, na linha reta ou colateral, até o terceiro grau inclusive.

c) *Do consentimento do receptor* (art. 10) — o transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento aposto em documento.

Supondo seja o receptor juridicamente incapaz, ou estiver privado dos meios de comunicação oral ou escrita, ou, ainda, não souber ler e escrever, o consentimento para a realização do transplante será dado por um de seus pais ou responsáveis legais, na ausência dos quais a decisão caberá ao médico assistente, se não for possível, por outro modo, mantê-lo vivo.

O § 2.º do art. 10 prevê que: “a inscrição em lista única de espera não confere ao pretense receptor ou à sua família direito subjetivo a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocada por acidente ou incidente em seu transporte”.

10.6. Inumação

Consiste no sepultamento do cadáver.

Confirmada a realidade da morte e após registro do atestado de óbito nos cartórios, o cadáver é habitualmente sepultado em inumatórios de 1,75m de profundidade por 0,80m de largura, afastados uns dos outros pelo menos 0,60m em todos os sentidos, ou, então, em túmulos ou jazigos construídos conforme as exigências sanitárias.

Exceção dos óbitos por moléstia infecciosa grave, epidemias, conflitos armados, cataclismos, em que a inumação poderá ser imediata, os sepultamentos não se processarão antes das 24 horas, nem após 36 horas da morte. Em Bauru, interior do Estado de São Paulo, conhecemos, no entanto, vários casos de morte natural em que o cadáver desceu à tumba antes das 24 horas da morte, mediante autorização médica aposta no atestado de óbito. Isto porque, segundo os costumes judaicos, inumam-se os esquifes antes do pôr do sol.

Nas mortes violentas, após necropsia estatuída pela lei processual penal, serão os cadáveres inumados como habitualmente, depois de terem sido recompostos.

Cadáver é o corpo morto, enquanto conserva a aparência humana por não ter cessado totalmente a conexão de suas partes. O conceito exclui o arcabouço ósseo, as cinzas humanas, os restos mortais em completa decomposição (RT, 479:303) e a múmia.

Arcabouço ósseo é o esqueleto, v. g., o conjunto de 208 ossos ou “simplesmente uma série de vértebras superpostas, que têm dos lados dois pares de apêndices ou membros” (Testut e Latarjet).

Não se consideram cadáver os restos humanos em estado de quase completa esqueletização (RT, 479:304).

Cinzas humanas são os restos de um cadáver. As cinzas não são parte do cadáver, do mesmo modo que os escombros de uma casa incendiada já não integram o que se chama “casa”.

As partes de um corpo humano sem vida, em adiantado estado de putrefação, e as peças amputadas de um *corpus vivus* não fazem jus à tutela da lei substantiva penal. Configurarão, todavia, o delito previsto no art. 211 do Código Penal: “Destruir, subtrair ou ocultar cadáver ou parte dele”, se a ação do agente recair sobre despojos de um cadáver mutilado sem decomposição.

“O cadáver é uma *res extra commercium* e a sua proteção é erigida em razão de princípios éticos, religiosos, sanitários e de ordem pública que o direito positivo impõe. A sua subtração, segundo já se acentuou, bem como a subtração de peças anatômicas desagregadas do corpo humano, imputa ao agente o crime preceituado no art. 211” (RJTJSP, 107:467).

“A destruição a que alude o art. 211 do CP não é apenas em todo o cadáver, senão também em parte dele” (RT, 526:350).

A múmia, por não inspirar o mesmo sentimento de respeito devido aos mortos, não é considerada cadáver.

O conceito legal de cadáver abrange o que nasceu sem vida, o *natus mortuus*, por este insculpir a mesma intuição de respeito devido aos mortos, contrariamente ao que sucede em relação ao *foetus* expulso do útero materno antes de ter completado tempo gestacional necessário para sua maturação.

Há, a respeito, diferentes orientações:

1.º) Natimorto é o conceito expulso do ventre materno a tempo, após ter atingido a capacidade de vida extrauterina (RT, 478:308, 463:339, 488:327; RJTJSP, 13:447 e 88:382).

À evidência de que o feto que ainda não atingiu maturidade para ser expulso a termo não será considerado cadáver para efeito de caracterização do crime previsto no art. 211 do Código Penal.

2.º) Natimorto expulso no termo da gestação é considerado cadáver (RT, 488:327, 526:328, 556:318; RJTJSP, 72:352).

3.º) Feto de mais de 180 dias de vida intrauterina é considerado cadáver, de acordo com o art. 338 do Código Civil, por ser viável (RT, 450:336, 526:328).

“Se acima de seis meses de gravidez o feto é viável, *ex vi* do art. 338 do CC, com probabilidade de vida extrauterina, o seu corpo deve ser tido como o cadáver de que trata a lei penal no art. 211 do respectivo Código” (RT, 465:299).

“Após 180 dias de vida intrauterina, o corpo humano oferece a possibilidade de sobrevivência por ter atingido a maturidade vital. Vale dizer que, se morto depois de seis meses, deve ser considerado cadáver” (RT, 286:96).

Então, não sendo o feto morto com menos de 180 dias de vida endouterina considerado cadáver, não necessita de registro nem de inumação com obediência de ritualística formal. Nossa posição nesse sentido é de que somente o feto morto com idade gestacional de 21 semanas ou menos, com peso de até 401g e estatura igual ou inferior a 0,25m não necessita de atestado de óbito, tampouco sepultamento. Desse modo, o feto descrito resultante de interrupção prematura espontânea de gravidez, portanto, sem sinais evidentes ou suspeitos de violência, uma vez expulso das entranhas maternas, deverá ser embalado no próprio local do atendimento à gestante e, após o registro em livro destinado a esse fim, que possibilite sua identificação, incinerado ou entregue à coleta de lixo nosocomial, consoante recomendação do Departamento de Técnica Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde (DOU, 31 mar. 1979).

Também poderá o feto ser utilizado, com a anuência expressa materna ou paterna, para fins científicos ou didáticos, desde que inexistam pretensões de vantagens patrimoniais por qualquer das partes.

A título de ilustração, será permitido o sepultamento do cadáver sem o atestado de óbito, por inexistência de médico no lugar, o qual, conforme o art. 77 da Lei n. 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (Lei de Registros Públicos), é suprido pelo testemunho de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte. E o art. 83 estabelece que, “Quando o assento for posterior ao enterro, faltando atestado de médico ou de duas pessoas qualificadas, assinarão, com a que fizer a declaração, duas testemunhas que tiverem assistido ao falecimento ou ao funeral e puderem atestar, por conhecimento próprio ou por informação que tiverem colhido, a identidade do cadáver” (vide n. 1.5.3).

10.7. Exumação

Consiste no desenterramento do cadáver, não importa o local onde se encontre sepultado.

Exumar um cadáver, ou sua ossada, sob observância das disposições legais, é diligência indispensável que não deve ser procedida de afogadilho — quando se suspeita, após o sepultamento, ter sido violenta a causa jurídica da morte, ou para dirimir dúvidas porventura fluídas de primeira necropsia, ou para verificação de identidade, como ocorreu no Rio de Janeiro, em 1885, na célebre questão Castro-Malta, cujo *sepultus* foi identificado, na segunda exumação, por um calo de fratura consolidada 11 anos antes, assentada no colo do úmero direito, e por *genu valgum* duplo, ou simplesmente para transladamento do corpo.

Releva dizer que a exumação que se processa sem observância das disposições legais constitui infração penal, consoante o art. 67 da Lei das Contravenções Penais.

As formalidades legais implicam a presença, em dia e hora previamente marcados, da autoridade policial (art. 6.º, I, do CPP), dos peritos, do escrivão, do administrador do cemitério público ou particular (para indicar, sob pena de desobediência, o local da sepultura) e, se possível, de familiares do morto e testemunhas que estiverem presentes à inumação.

Localizada a *sepultura*, deve-se fotografá-la juntamente com outra, tomada como ponto de referência, após o que procede-se à sua abertura.

O caixão e, depois de sua abertura, o cadáver, ou o que dele restar, serão fotografados na posição em que forem encontrados (art. 164 do CPP).

Identificado o morto, efetua-se o exame cadavérico a céu aberto ou em morgue anexa ao *coemiterium*, quando houver, descrevendo os competentes minuciosamente, no ato de exumação e reconhecimento, a sepultura, o esquife, as vestes, o aspecto do *de cujus*, o grau de putrefação, ou a ossada, se já atingiu a fase de esqueletização.

Nos casos de exumação por suspeita de envenenamento, os peritos recolherão os órgãos, seus destroços ou resíduos putrefeitos, cabelos e ossos, em vasos adequados. Serão também colhidas substâncias pulverulentas achadas, amostras de terra aderente e de alguns metros distantes, de natureza análoga, para efeito de exame comparativo, se for preciso.

“O material será conduzido, com segurança e cautela, ao laboratório, onde serão procedidos os exames toxicológicos necessários” (apud Hélio Gomes, *Medicina legal*, 23. ed., Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1984, p. 611).

Finda a perícia, o cadáver, ou seus despojos, é novamente inumado.

10.8. Cremação

Consiste na incineração do cadáver, reduzindo-o a cinzas.

A cremação processa-se em fornos aquecidos a lenha, coque, óleo, gás e, modernamente, eletricidade, constituídos de uma grelha rotatória e um coletor de cinzas, à temperatura de 1.000 a 1.200 °C, que reduzem o cadáver de um adulto de 1,5 a 2,5kg de cinzas, conforme o peso, em aproximadamente 1,30 minutos, que são recolhidas numa caixa de metal soldada e colocada numa urna de bronze, de acabamento artístico.

As urnas podem ser enterradas ou, então, colocadas em nichos, construídos em muros erguidos especialmente para esse fim.

Na Argentina, a legislação pertinente permite guardar as cinzas nas residências.

Na Índia, se arrojam as cinzas no Ganges por crerem os hindus que suas águas sagradas têm a virtude de lavar todos os pecados cármicos.

Os apologistas da cremação apontam as seguintes vantagens:

a) *Higiene* — É processo ideal do ponto de vista higiênico.

b) *Economia monetária* — As despesas da cremação custam 20 a 40% menos que as do enterro. Essa vantagem torna-se ainda maior quando os restos mortais devem ser transportados.

c) *Economia de espaço* — O corpo cremado ocupa um espaço, em geral, 14 a 20 vezes menor que o inumado.

Uma urna enterrada exige, no máximo, 0,25m², e o caixão mortuário, 2,3m². Colocada num nicho, ocupa um volume de 0,53m³ (50 x 80 x 35cm), e a carneira, 2,57cm³.

Como desvantagem, do ponto de vista médico-legal, cita-se a impossibilidade da verificação *post mortem*, quando surge uma suspeita de crime, ou elucidação de dúvidas por acaso verificadas na necropsia, ou, ainda, a possibilidade de *causa mortis* que dê direito aos remanescentes à indenização, como, por exemplo, no caso de envenenamento industrial. Esses inconvenientes serão, no entanto, contornados pelo cumprimento de prescrições especiais para a expedição da licença de cremação, como a exigência de prévio e minucioso exame do cadáver, registro das impressões digitais, descrição das arcadas dentárias, palatoscopia etc.

Finalizando, só se procederá à cremação facultativamente e mediante vontade expressa em vida, ou, compulsoriamente, no interesse da saúde pública (art. 77, § 2.º, da Lei n. 6.015, de 31-12-1973), e se o atestado de óbito houver sido firmado por dois médicos ou por um legísperto e, no caso de morte violenta (Prov. n. 13/80, de 21-5-1980, do Corregedor-Geral da Justiça de São Paulo, RT, 538:482), depois de autorizada pela autoridade judiciária (art. 77, § 2.º, da Lei n. 6.015, de 31-12-1973).

10.9. Embalsamamento

Consiste na introdução nas artérias carótida comum ou femoral e nas cavidades tóraco-abdominal e craniana, nesta última através da lâmina crivada do etmoide, de líquidos desinfetantes, conservadores, dotados de intenso poder germicida, objetivando impedir a putrefação do cadáver.

O embalsamamento objetiva impedir a decomposição putrefativa do cadáver e a consequente desconexão de suas partes, ou permitir o seu sepultamento em prazo maior que 4 dias após o falecimento (parágrafo único do art. 5.º do Decreto Estadual (SP) n. 10.139, de 18-4-1939), ou seu transporte para fora do município ou do país em que ocorreu o óbito (incisos IV e V da Lei n. 1.095, de 3-5-1968).

Com efeito, consoante a legislação vigente, a critério do Serviço de Verificação de Óbito, o transporte de cadáveres só poderá ser feito, sem conservação, até o prazo máximo de 24 horas entre o falecimento e o sepultamento. Dessarte, será exigida conservação simples de cadáver, por formolização, por exemplo, quando a inumação for feita dentro de 3 dias após a morte, sendo exigido o embalsamamento com esquife hermeticamente fechado e selado quando se tratar de prazos maiores.

A formolização de cadáver, sendo obrigatória em certas circunstâncias, independe de anuência; ademais, por não constituir *actus medicus*, pode ser realizada por um técnico em necropsia supervisionado pelo profissional de Medicina, que é o responsável pelo ato, nas entidades públicas ou privadas autorizadas para tanto pelo Serviço de Verificação de Óbito da Capital, desde que satisfaçam determinadas condições por ele estabelecidas.

No âmbito federal, regula a matéria a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA n. 68, de 10 de outubro de 2007 (*vide* esta Resolução no Apêndice).

A embalsamação só se procederá após o diagnóstico da realidade da *causa mortis*, por médico estranho ao ato, e com autorização das autoridades policiais e sanitárias, e sempre na presença de testemunhas.

O embalsamador pode optar por vários processos:

a) *Processo do IML do Rio de Janeiro*

Formol a 40% 3.000ml
Álcool absoluto 2.000ml
Glicerina 1.000ml
Ácido fênico 100ml
Tintura de cravo 2ml
Mercuriocromo gotas

b) *Processo de Tanner de Abreu*

Formol 1.000ml
Glicerina bruta fervida 1.000ml
Água 1.000ml

c) *Processo de Pais Leme*

Formol 1.000ml
Glicerina 400ml
Acetato de sódio 100ml
Água 600ml

d) *Processo de Lastrowski*

Ácido fênico cristalizado 100ml
Glicerina 1.000ml

e) *Processo espanhol*

Utiliza duas fórmulas:

1.ª) Serragem 5.000g

Carvão vegetal

Permanganato de potássio

Cânfora ãã 500g

Naftalina

Pulverizar bem a cânfora e a naftalina.

2.ª) Timol

Formol a 40% ãã 625g

Álcool

Ácido benzoico

Pulverizar bem o ácido benzóico e o timol.

A fórmula n. 1 é utilizada na confecção de um colchão e de um travesseiro que se dispõem no fundo do esquife e são, a seguir, embebidos pela fórmula n. 2. Ato contínuo, coloca-se o cadáver sobre os mesmos e fecha-se hermeticamente o caixão por soldadura. O Prof. Dr. Arnaldo Amado Ferreira, de quem tomamos emprestada a experiência sobre o processo espanhol, assegura que “os cadáveres destinados ao embalsamamento podem ser colocados completamente nus ou vestidos, nada influenciando sobre o sucesso dos resultados”, e que, depois de 20 dias, pode-se retirar o cadáver e expô-lo ao ar livre, sem temer a manifestação dos fenômenos putrefativos.

f) *Processo de Laskowski*

Glicerina 7.000ml

Álcool absoluto 3.000ml

Cloreto de zinco 500g

Ácido fênico 250g

Bicloreto de mercúrio 250g

Findo o embalsamamento lavar-se-á ata em quatro vias, que serão assinadas pela autoridade sanitária, pela autoridade policial e pelo médico que atestou o óbito, pelo médico embalsamador, pelo representante da família do morto e pelas pessoas que testemunharam a operação.

10.10. *Morte natural. Morte violenta. Morte suspeita. Morte súbita. Morte agônica. Sobrevivência*

Morte natural é aquela que sobrevém motivada amiúde por causas patológicas ou por grave malformação, incompatível com a vida extrauterina prolongada.

Entende-se por morte violenta aquela que resulta de uma ação exógena e lesiva (suicídio, homicídio, acidente), mesmo tardiamente, sobre o corpo humano.

Morte suspeita é aquela que ocorre em pessoas de aparente boa saúde, de forma inesperada, sem causa evidente, ou com sinais de violência indefinidos ou definidos — *in exemplis*, simulação de suicídio objetivando ocultar homicídio —, passível de gerar desconfiância sobre sua etiologia.

Balthazard define morte súbita como “a morte que se produz apenas instantaneamente, pelo menos, muito rapidamente no decorrer de boa saúde aparente”. Para nós, morte súbita é aquela que ocorre de forma imprevista, em segundos ou, no máximo, alguns minutos, precedida ou não de fugacíssima agonia, e motivada por afecções cardiovasculares, lesões encefálicas e meningeas, tumores cerebrais, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, fibrilação ventricular, edema agudo dos pulmões, insuficiência cardíaca congestiva, ruptura de vísceras ocas e/ou maciças, ruptura de aneurisma, asfíxias mecânicas, edema de glote, choque hemorrágico, anafilático, obstétrico, doenças tromboembólicas, acidentes anestésicos e/ou cirúrgicos, crise epiléptica apneica, febre tifoide, meningites, tétano, difteria, ação da eletricidade cósmica ou industrial. Influenciam, ainda, a idade, o sexo, a profissão, a fadiga, o esforço, a embriaguez, o coito, a emoção.

Outrossim, criminalmente falando, certas mortes súbitas são consideradas suspeitas, até prova contrária. Os legisperitos, contudo, sempre saberão estabelecer o diagnóstico diferencial entre a morte súbita e a morte suspeita, examinando o local onde o óbito ocorreu, ouvindo testemunhas, se houver, realizando a indispensável necropsia e exames complementares etc.

Morte agônica é aquela em que a extinção desarmoniosa das funções vitais processa-se paulatinamente, com estertores, num tempo relativamente longo; nela os lívres hipostáticos formam-se mais lentamente.

O diagnóstico diferencial entre a morte súbita e a morte agônica é firmado pelos expertos, habitualmente, durante a necropsia; há casos raros, todavia, em que se torna necessária a complementação diagnóstica pelas docimasias hepática e suprarrenal. Baseiam-se elas na pesquisa de glicose e de glicogênio no fígado, e de adrenalina e sua dosagem nas glândulas suprarrenais.

A docimasia hepática pode ser: química e histológica; e a docimasia suprarrenal, de ordem química, histológica e fisiológica.

10.10.1. *Docimasia hepática química*

Sugerida por Lacassagne e Martin, objetiva a caracterização, por meio químico, do glicogênio e da glicose hepática.

Descoberto por Claude Bernard, o glicogênio é um polissacarídeo existente, em condições normais, no interior das células hepáticas, na concentração de 0,2 a 10g por 100g do órgão. É também encontrado, em alta concentração, no coração e nos músculos. O glicogênio hepático se forma e decompõe continuamente, variando sua concentração dentro de uma ampla margem. Assim, cerca de 69% são renovados diariamente graças à sua síntese a partir da glicose, que se faz em três etapas:

1) glicose + ATP (adenosintrifosfato) - glicose-6-fosfato + ADP (adenosindifosfato) + hexoquinase.

2) glicose-6-fosfato - glicose-1-fosfato (fosfoglucomutase + glicose difosfato).

3) glicose-1-fosfato - glicogênio + fosfato (fosforilase).

A esta formação de glicogênio dá-se o nome de glucogênese, e ao seu desdobramento, glucogenólise. A glucogenólise segue marcha inversa à da glucogênese. Destarte, inicia-se pela fosforilação do glicogênio produzindo glicose-1-fosfato; este, por ação da enzima fosfoglucomutase, transforma-se em glicose-6-fosfato, que dá lugar à glicose livre e fosfato. A glucogenólise ocorre quando aumenta o consumo de glicose pelo organismo: frio, exercício intenso e prolongado, hipoglicemia, acidose, diabetes pancreática, excesso de tireoxina, estimulação do sistema simpático-adrenal e asfíxia ou anoxia. Desse modo, a ausência de glicogênio no fígado, intensamente metabolizado que foi durante o tempo que precedeu o *exitus*, informa tratar-se presumivelmente de morte agônica; inversamente, sua presença em regular concentração no órgão indica que a morte ocorreu subitamente.

A docimasia hepática química consiste em reduzir em pequenos fragmentos uma porção central do fígado e submetê-los à ebulição durante alguns minutos em água destilada, em quantidade dupla de seu peso. Se a solução tornar-se opalescente, presume-se seja devido ao glicogênio. A certeza é dada adicionando-se, em partes iguais, 5 ou 6ml dessa solução e de álcool, pela precipitação do glicogênio em placas brancas, após algum tempo, no fundo do tubo de ensaio.

Para pesquisar glicose emprega-se o licor de Fehling: Solução A. Sulfato de cobre cristalizado, 35g; ácido sulfúrico puro (1,84), 5ml; água destilada, até

1.000ml. Solução B. Tartarato duplo de sódio e potássio, 150g; lixívia de soda a 40% (D 1,33), 200ml; água destilada, até 1.000ml. Colocam-se partes iguais das soluções A e B e do líquido de maceração resultante da pesquisa de glicogênio no tubo de ensaio, que é levado à ebulição sobre bico de Bunsen, durante alguns segundos. Se houver glicose ocorrerá a redução do sulfato de cobre em forma de precipitado de colorido vermelho. Obtém-se idêntico resultado quando se emprega o reativo de Benedict: sulfato de cobre cristalizado, 17,3g; citrato de sódio, 173g; carbonato de sódio, anidro, 100g; água destilada q.s.p. 1.000ml. A prova é dita positiva quando acusa a presença de glicogênio e de glicose no fígado: morte súbita. Prova negativa, por ausência de glicogênio e de glicose hepática, diagnostica morte agônica. A prova será duvidosa na ausência do glicogênio e presença de traços de glicose no fígado do cadáver.

10.10.2. Docimasia hepática histológica

A *docimasia hepática histológica*, lembrada por Karl Meixer, consiste na pesquisa microscópica do glicogênio possivelmente contido nos hepatócitos após fixação de cortes seriados de fragmentos do fígado, previamente congelados, em álcool absoluto, e coloração com o reagente de Brault: iodo, 1g; iodeto de potássio, 10g; água destilada, 30ml; goma de consistência xaroposa, 200g. Ou com o reagente de Best: carmin, 1g; cloreto de amônio, 2g; carbonato de lítio, 0,5g; água destilada, 50ml. O glicogênio, se presente, torna-se vermelho-pardacento, pelo reagente de Brault, e carminado, pela técnica de Best, presumindo-se tratar-se de morte súbita, ocorrida em relativo bom estado de saúde. A ausência de glicogênio nas células de Kupffer sugere êxito letal lento ou agônico.

10.10.3. Docimasia suprarrenal química

A *docimasia suprarrenal química*, proposta por Leoncini e Cevidalli, conforme a técnica de Folin, Denis e Cannon, consiste em colocar o tecido glandular previamente triturado num gral de porcelana com areia fina calcinada, e uma solução decinormal de ácido clorídrico num frasco de Erlenmeyer, ao qual se adiciona mais 15ml do ácido para cada 2g de suprarrenal e cerca de 45ml de água destilada. Após fervura, adiciona-se ao frasco uma solução de acetato de sódio a 10% (5ml para cada 15ml de ácido clorídrico), o qual é levado novamente à ebulição. Filtrada, deve adquirir coloração branco-amarelada. A dosagem de glicogênio é feita pela adição de partes iguais do reagente abaixo descrito e do filtrado e quatro vezes a quantidade de uma solução saturada de carbonato de sódio. Sendo a reação positiva, surgirá imediatamente uma tonalidade azul intensa. A presença de adrenalina evidenciada por esse processo, e a sua dosagem mediante escala comparativa com o auxílio de um colorímetro, permite estabelecer a presunção de tratar-se de morte súbita ou de morte agônica, consoante seja a taxa hormonal possivelmente existente nas glândulas suprarrenais.

O reagente de Folin, Denis e Cannon tem a seguinte fórmula:

Água 750ml
Tungstato de sódio 100g
Ácido fosfórico 80g

Ferve-se a solução por meia a duas horas, cuidando-se de aproveitar os vapores refrigerados na parte superior do frasco em aquecimento, e dissolve-se em 1.000ml de água.

10.10.4. Docimasia suprarrenal histológica

A *docimasia suprarrenal histológica*, proposta por Hilário da Veiga de Carvalho, arrima-se na pesquisa do pigmento feocrômico que se encontra nas células da medula adrenal. Esse pigmento tem sido identificado até 30 horas da ocorrência do óbito, havendo autores que afirmam tê-lo feito até 7 a 8 dias após a morte. A docimasia consiste em submeter as glândulas suprarrenais a cortes seriados de 3mm, por micrótomo, fixá-los durante 24 horas no líquido de Kolmer, passá-los por uma solução aquosa de alume de potássio a 5% cerca de mais 24 horas, lavá-los por igual período em água e, finalmente, incluí-los em parafina. Ato contínuo, os cortes são montados entre lâmina e laminula, previamente corados pelo carmin ou pela hematoxilina-eosina. Diz-se positiva a reação se ela toma coloração castanho-clara.

O líquido de Kolmer é formulado por: formol, 5ml; ácido acético, 10ml; solução aquosa de bicromato de potássio a 3,5%, 35ml.

10.10.5. Docimasia suprarrenal fisiológica

A *docimasia suprarrenal fisiológica* é empregada laboratorialmente com fito didático. Ela objetiva a demonstração *in vitro* da ação da adrenalina — se presente no tecido cromaffínico da medula suprarrenal —, tratada consoante foi descrito na docimasia suprarrenal química, sobre a musculatura dos vasos arteriais, do coração e lisa em geral (*vide n. 10.10.3*). A demonstração da presença de adrenalina por meio da administração de seus extratos serve de critério seguro para identificá-la, pois ela produz os mesmos efeitos do simpático- -adrenérgico, com algumas exceções. Destarte, no homem desencadeia hipertensão arterial por vasoconstrição, taquicardia, taquisfigmia, e aumenta o volume minuto circulatório e o volume respiratório; dilata os vasos do território esplâncnico, da pele, dos músculos e do coração (coronárias); aumenta a volemia e desvia o sangue arterial para os músculos, sistema nervoso central, coração e pulmões. Na morte agônica a hipoxemia estimula diretamente a medula adrenal, provocando secreção de adrenalina.

A docimasia suprarrenal fisiológica, mesmo associada a outros métodos de dosagem quantitativos de adrenalina produzida em diferentes condições fisiológicas, tem somente um valor de aproximação, pois não informa a taxa real de captação total e sem perda do hormônio secretado.

Outrossim, tanto as docimasias hepáticas quanto as docimasias suprarrenais não têm valor absoluto; devem ser consideradas provas de mera probabilidade, que, associadas a outras observações, permitem aos peritos esclarecer à autoridade competente se a morte foi de ocorrência súbita ou agônica.

O estudo da morte súbita ou agônica interessa sobremaneira no que pertine às questões dispostas no art. 8.º do Código Civil: “Se dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião, não se podendo averiguar se algum dos comorientes precedeu aos outros, presumir-se-ão simultaneamente mortos”.

Comoriência diz-se da morte simultânea, no mesmo instante, de dois ou mais indivíduos. Se os comorientes forem ligados por laços de parentesco e designados por presunção legal, ou por provas médico-legais, que expiraram simultaneamente, não se falará em qualquer questão sucessória; se a morte de um antecedeu, no entanto, a do outro (primoriência), havendo sucessão, este herdará os direitos e haveres do primeiro falecido.

10.11. Diagnose diferencial das lesões “ante” e “post mortem”

A diagnose diferencial entre as lesões *intra vitam* e *post mortem* permite, ordinariamente, durante o exame macroscópico do *de cuius* ou microscópico de seus tecidos, ao legisperito concluir decisivamente sobre questões de natureza específica e caráter permanente pertinentes à traumatologia, sexologia, tanatologia, asfisiologia e infortunística.

As lesões produzidas no morto podem ter origem accidental ou intencional. As lesões acidentais são consequentes à queda do corpo ao sucumbir, ao arrastamento do cadáver, a ferimentos de arrasto, nos afogados, à depredação por animais necrófagos etc. Os ferimentos intencionais resultam de injeções, de incisões torácicas em massagem cardíaca a céu aberto, de esquarteramento criminoso objetivando ocultação do cadáver etc.

O legisperito esclarecerá à Justiça se as lesões encontradas no cadáver foram causadas: a) bem antes da morte; b) imediatamente antes da morte; c) logo após a morte; d) certo tempo após a morte. E fa-lo-á arrimando-se em meios tradicionais de diagnose e em exames complementares laboratoriais.

As lesões corporais sofridas *in vitam* traduzem sempre reações vitais, do tipo hemorragia e coagulação do sangue, retração dos tecidos, escoriações, equimoses, reações inflamatórias, embolias, consolidação de fraturas ou pseudoartrose, eritema, flictenas, reticulovascular cutâneo nas queimaduras, e fuligem nas vias aéreas e de monóxido de carbono no sangue nos que respiraram no foco de incêndio, coágulo de espuma, diluição do sangue e presença de líquido nos pulmões e no estômago dos afogados, e de substâncias sólidas no interior da traqueia e dos brônquios, no soterramento, aeração pulmonar e conteúdo lácteo no tubo digestivo de recém-nascido.

1) *Hemorragia* — Pode ser interna, externa ou simultaneamente interna e externa. A hemorragia interna proveniente de lesão produzida no vivo aloja-se no interior do corpo sob forma de grandes coleções hemáticas; ademais, o sangue infiltra-se e coagula nas malhas dos tecidos. No morto, a coleção hemática interna é sempre de reduzidíssima dimensão, ou não existe, e o sangue não coagula (sinal de Donné). Todavia, se o ferimento, ou contusão interna, foi provocado imediatamente antes ou logo após a morte, podem ser encontrados coágulos moles e frouxos que despegam facilmente das malhas dos tecidos com a aplicação de um simples jato d’água. A infiltração dos tecidos pode faltar nas hemorragias externas por secção dos grandes vasos do pescoço (esgorjamento), no vivo; pode ainda não ocorrer se o dano foi provocado certo tempo após a morte. Por isso as lesões aplicadas no cadáver são *brancas*.

O extravasamento sanguíneo externo pode não ocorrer se o dano foi causado por ação de instrumento puntiforme, ou por arrancamento ou torção, em que o trauma promove, por si só, a hemostasia.

2) *Retração dos tecidos* — Os ferimentos incisivos e os cortocontendentes mostram as margens afastadas, devido à retração dos tecidos, o que não ocorre se feitos no cadáver, pois neste os músculos perdem a contratilidade (*vide n. 6.2.2.1*).

3) *Escoriações* — A presença de crosta recobrida as escoriações e impedindo que a pele adquira aspecto coriáceo significa lesão *intra vitam*. Dessarte, pergaminhamento da pele escoriada é sinal seguro de lesão *post mortem*.

4) *Equimoses* — São manchas inicialmente vermelhas ou vermelho-bronzeadas, consequentes ao extravasamento sanguíneo por ruptura capilar, ao se depositar na derma, nas mucosas, ou nos órgãos profundos, que não desaparecem à vitropressão. Sobrevêm de repente no vivo após o traumatismo, e se apagam lenta e paulatinamente, pela reabsorção dos pigmentos de hematoídina e hemossiderina, o que explica o sucessivo evoluir de cores do vermelho ao amarelo, passando pelos tons intermediários correspondentes às diversas etapas do referido processo, chegando a desaparecer por completo (*vide* espectro equimótico de Legrand Du Saulle). No cadáver não ocorrem essas contínuas variações de tonalidades cromáticas; nele, as equimoses têm o mesmo matiz fixado em vida (*vide n. 6.2.3.1, subitem A, 2*).

5) *Reações inflamatórias* — Manifestadas pelos quatro sintomas cardinais: *dor, tumor, rubor e calor*, ocorrem, em geral, quando germes piógenos penetram no

organismo vivo, seja por um ponto da pele, seja pelos tecidos traumatizados.

A inflamação importa em fenômenos vitais importantes, como: *a)* vasodilatação ativa, motivadora da sensação de calor local; *b)* marginação dos glóbulos brancos, que deixam a posição axial na torrente circulatória arterial mais rápida, e migram para a periferia dos vasos, onde a circulação sanguínea é mais lenta, e, por movimentos ameboides, penetram entre as células endoteliais até a intimidade dos tecidos; *c)* exsudação serosa; *d)* alterações celulares locais, em que participam tanto as células que, no indivíduo normal, concorrem na defesa orgânica, revertendo, nas reações inflamatórias, a um estado embrionário indiferenciado, como também o *sistema reticuloendotelial*, representado pela medula dos ossos chatos, linfonodos etc., e fagocitose dos agentes patogênicos, pelos histiócitos. Desse modo, é a inflamação tissular importante elemento afirmativo de que a lesão foi produzida bem antes da morte.

6) *Embolias* — São acidentes cujas principais manifestações dependem do órgão em que ocorrem. Chama-se embolia à obliteração súbita de um vaso, especialmente uma artéria, por coágulo ou por um corpo estranho líquido, sólido ou gasoso, chamado êmbolo. O êmbolo pode formar-se no próprio aparelho circulatório ou nele penetrar, sendo conduzido pela corrente sanguínea até um vaso de menor calibre que ele, obliterando-o subitamente, determinando, amiúde, a morte. Em verdade, na embolia pulmonar que afeta preferentemente o pulmão direito, supõe-se que, tão importante quanto a oclusão de um ramo das artérias pulmonares, pelo *embolus*, é o concurso de uma intensa comoção neurovegetativa. Isto porque a ligadura cirúrgica de um ramo importante das artérias pulmonares produz transtornos passageiros; além disto, não é raro a necropsia detectar êmbolos pequenos, obliterando, portanto, vasos pouco calibrosos, em muitas mortes provocadas por embolia pulmonar. As localizações embólicas mais frequentes são os pulmões, o cérebro, a medula espinal, a retina, os rins, o baço, o mesentério, os membros e as pequenas arteríolas da pele. Geralmente o êmbolo desprende-se de uma endocardite valvular aguda ou, mais raramente, crônica, de lesão mitral estenosante, de tromboflebite ou de varizes afetadas de flebotromboses.

A introdução de grande volume de ar na torrente circulatória, como ocorre na descompressão rápida dos escafandristas, em que o azoto borbulha no sangue e forma rosário de bolhas gasosas, interrompendo a circulação nos capilares, causa embolia fatal. Não se pode admitir que a introdução de ar na corrente circulatória durante injeção intravenosa cause acidente embólico, pois tem sido demonstrada, clínica e experimentalmente, a enorme tolerância do organismo à introdução de razoável quantidade de ar. Não é assim, contudo, quando grande volume de ar é introduzido acidentalmente após término de venóclise em que, por descuido, não se desligou o sistema perfusor; ou na seção dos grandes vasos do pescoço, das axilas, da pélvis, em que o êmbolo gasoso impede a circulação do sangue pelas artérias pulmonares e, conseqüentemente, a hematose, acarretando síndrome de asfixia aguda, manifestada por cianose, edema dos pulmões, dispnéia intensa, estado de choque etc., durante minutos ou horas após o trauma, ou morte súbita (*vide n. 6.7.2, subitem e*).

A presença de gotículas gordurosas no *parenchyma pulmonarius* consigna sobrevivência, pois foram para aí conduzidas pela circulação após desprendimento das regiões traumatizadas (tecido celular subcutâneo, medula espinal, degeneração hepática gordurosa, politraumatismos com fraturas cominutivas dos ossos longos dos membros, ou localizados na bacia, nas costelas, sobretudo nos idosos). Melhor do que observar os sintomas clínicos (dispnéia, taquicardia, expectoração hemoptoica, *coma*) ou os pulmões congestos, edematosos, com equimoses subpleurais, da mucosa gástrica e do tecido nervoso cerebral, na necropsia, é proceder ao exame histológico da *substantia pulmonalis*, objetivando evidenciar, pelo tratamento com Sudam III, nos capilares interalveolares, tecido adiposo, aglomeradamente compactado, em formato de salsicha.

7) *Consolidação das fraturas* — O tempo de consolidação de uma fratura varia conforme o osso. Amiúde demanda 1 ou 2 meses, havendo, contudo, casos que requerem mais tempo. Existem casos de retardo de consolidação e até de não consolidação, geradora de pseudoartrose. Nesta eventualidade o exame do foco traumático revela a existência de tecido conjuntivo exuberante em substituição ao calo ósseo, envolvendo as extremidades fraturadas e reabsorções e deformações extensas, lembrando corrosão do osso ofendido determinada por esse tecido de conexão. A visualização radiológica ou direta da fase evolutiva dos calos de fratura ou de alterações tissulares comuns à pseudoartrose constitui sinal comprobatório de reação vital.

8) O *eritema*, simples e fugaz afluxo de sangue na pele, e as *flictenas* contendo líquido límpido ou citrino, leucócitos, cloreto de sódio e albuminas (sinal de Chambert), e o retículo vasculocutâneo afirmam queimaduras *intra vitam*. No cadáver não se forma nenhum desses sinais vitais. E as bolhas porventura existentes assestam-se em áreas edemaciadas contendo gás e, às vezes, líquido desprovido de albuminas e de glóbulos brancos (*vide n. 6.3.1.2.1*).

9) O *cogumelo de espuma* traduz fenômeno vital, pois só se forma nos afogados que reagiram à proximidade da morte e cedo foram retirados do meio líquido (*vide n. 6.5.4, subitem b*).

10) A *diluição do sangue* e a *presença de líquido* nos pulmões e no estômago, nos asfixiados por submersão, *de substâncias sólidas* no interior da traqueia e dos brônquios, no soterramento, *de fuligem* nas vias respiratórias e *monóxido de carbono* no sangue dos que respiraram no foco de incêndio, *de aeração pulmonar* e *conteúdo lácteo* no tubo digestivo de recém-nascido são sinais certos de reação vital.

Os exames complementares laboratoriais compreendem a prova de Verdereau e a prova histológica:

1) *Prova de Verdereau* — Consiste na existência de maior percentual de leucócitos em relação ao número de hemácias numa área lesada em vida do que o habitualmente encontrado noutra região incólume do corpo. O maior afluxo leucocitário na zona traumatizada afirma fenômeno vital. Esta prova é sempre negativa nas hemorragias copiosas e acidentes fulminantes, nas lesões produzidas no cadáver, e se realiza, em média, a cerca de 72 horas do óbito (*vide "Prova de ser nascente"*).

2) *Prova histológica* — Objetiva evidenciar possíveis fenômenos vitais que lembram os que descrevemos nas reações inflamatórias, como: *a)* intensa congestão vascular e afluxo leucocitário com marginação e invasão dos interstícios tissulares pelos histiócitos, quando o dano foi produzido apenas 2 minutos antes do *exitus*; *b)* neoformação vascular e assenhoreamento sanguíneo dos capilares em repouso, se a lesão corporal ocorreu 5 minutos antes da morte; *c)* incursão dos neutrófilos polimorfonucleares e dos linfócitos nos *interstitium* se a morte ocorreu 10 minutos após a produção da lesão. Nenhum desses fenômenos vitais de reação de defesa processa-se no cadáver. Desse modo, tem a prova histológica importância médico-legal na diagnose diferencial entre as produzidas bem antes ou logo após a morte. Quanto maior for o espaço de tempo transcorrido entre a produção da lesão e o evento morte mais acentuados serão os fenômenos vitais subsidiários da diagnose. Esse tempo não deverá exceder, contudo, os 4 dias, pois a putrefação cadavérica e as hipóstases obviamente falseiam os resultados da prova histológica.

É oportuna a complementação da prova histológica pela observação de alterações estruturais nos linfonodos, do tipo congestão vascular, e presença de elementos histiocitários de reação fagocitária, nos seios linfáticos, carregados de hemossiderina, pigmento castanho que toma coloração azul, pelo reativo de Perls, e que é o corpo mais prestimoso subsidiário da diagnose de reação vital.

CAPÍTULO 11

Questões Médico-Legais Relacionadas com o Casamento

Sumário: 11.1. O casamento. Definição. 11.2. Impedimentos dirimentes absolutos ou públicos. 11.2.1. Parentesco (CC, art. 1.521, I a V). 11.3. Impedimentos impeditivos ou causas suspensivas (CC, art. 1.523, I a IV). 11.3.1. Direito de sucessão de produto possível de união anterior. 11.3.2. Erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge (CC, art. 1.556). 11.3.3. Identidade, honra e boa fama. 11.3.4. Defeito físico irremediável. 11.3.4.1. Impotência. 11.3.4.2. Acopulia, frigidez, vaginismo, dispareunia e coitofobia. 11.3.4.3. Anomalias e perversões sexuais. 11.3.4.4. Moléstia grave e transmissível por contágio ou herança. 11.3.4.5. Deformação da mulher ignorado pelo marido. 11.3.4.6. Disposições finais e questões.

11.1. O casamento. Definição

Juridicamente exata, por se referir unicamente ao casamento *in manus*, é a definição de Modestino: “nuptiae sunt conjunctio maris et feminae consortium omnis vitae, divini et humani juris communicatio”.

Consoante as nossas leis civis, o matrimônio implica a união moral de duas pessoas de sexo diferente, na regulamentação moral e social do instinto de reprodução e no intuito social e moral da criação da prole. E no consentimento matrimonial dos cônjuges, pois conforme Ulpiano, *nuptias non concubitu, sed consensus facit* (não é o concúbito, mas o consentimento que faz as núpcias). A inexistência de qualquer uma dessas condições recebe o nome de impedimento, *vocabulum reliquiae* do canonismo. Os impedimentos matrimoniais são, portanto, “circunstâncias ou ausência de requisitos essenciais exigidos pela lei, que impossibilitam a realização de determinado casamento. É a incapacidade nupcial estabelecida pelo Direito”, conforme Clóvis Beviláqua. São proibições de ordem legal que impedem ou anulam certos casamentos.

O Código Civil atual trata da matéria sob *nomen juris* de impedimento e de causas suspensivas.

Os impedimentos poderão ser dirimentes absolutos ou públicos (art. 1.521, I a VII) e impeditivos ou causas suspensivas (art. 1.523, I a IV).

Os impedimentos dirimentes (de *dirimere*, destruir, inutilizar) absolutos ou públicos tornam o casamento nulo e podem ser opostos, até o momento da celebração do casamento, por qualquer pessoa capaz, ou pelo juiz, ou pelo oficial de registro, caso tenha conhecimento da existência de algum impedimento (art. 1.522). Correspondem à exemplificação numerada de I a VII no art. 1.521 do Código Civil, com a atual ressalva dos arts. 1.º e 3.º do Decreto-Lei n. 3.200, de 19 de abril de 1941, que, dispondo sobre a organização e proteção à família, permite o casamento de colaterais de 3.º grau, legítimos ou ilegítimos, ou seja, tio com sobrinha, mediante apresentação de exames pré-nupciais realizados por dois médicos de reconhecida competência e moral ílibada, nomeados por autoridade judiciária, atestando-lhes sanidade ou, se for o caso, afirmando irrestrita inconveniência ao casamento, por determinadas doenças de qualquer deles, passíveis de afetar a prole. Apesar de se tratar de norma anterior ao novo Código Civil, o citado decreto-lei continua a vigorar, por ter sido recepcionada por aquele, de forma que somente haverá o impedimento do art. 1.521, IV, se houver conclusão médica desfavorável (Decreto-Lei n. 3.200, art. 2.º, §§ 4.º e 7.º), ressalvando-se o disposto na Lei n. 5.891, de 12 de junho de 1973.

Ausente o exame pré-nupcial, o casamento é nulo porque eivado de irregularidade absoluta. Atente-se, porém, que a Lei n. 5.891, de 12 de junho de 1973, alterou certas normas na habilitação do casamento entre colaterais de 3.º grau, quando não se conformarem com o laudo médico inicial. Nesse caso, supondo reconheça procedentes as alegações ou tenham os interessados juntado atestado divergente, formado por outro médico, o juiz determinará a elaboração de novo laudo, por novos peritos. Ao cabo, fundamentará sua decisão (*vide* n. 11.2.1).

Finalmente, o art. 1.523, I a IV, do Código Civil, enumera os impedimentos impeditivos ou causas suspensivas. Na verdade, não se trata de impedimento, mas de mero fato suspensivo do processo de celebração, que ocorrerá apenas quando certas pessoas legitimadas para sua oposição a arguirem antes da cerimônia nupcial, sendo uma advertência aos nubentes que não devem casar, sob pena de sofrer sanção, nos termos dos arts. 1.641, I, e 1.489, II, do Código Civil.

Estudaremos a seguir esses impedimentos matrimoniais de interesse médico-legal *per se* e, também, o consubstanciado no art. 1.556 do Código Civil.

11.2. Impedimentos dirimentes absolutos ou públicos

11.2.1. Parentesco (CC, art. 1.521, I a V)

O parentesco é impedimento dirimente absoluto ou público ao casamento, mais por razões morais impregnadas nos costumes dos povos desde a Antiguidade do que especificamente consanguíneas, pois, além de sua frequência ser mínima, parece que o temível nesse tipo de união são as orientações pré-nupciais, inclusive genéticas, falhas, como não é de todo incomum. Com efeito, há quem acredite não ser a consanguinidade pura e simples a grande responsável pelo desencadeamento de taras e de doenças geneticamente transmissíveis, mas, sim, que elas já existiam nos colaterais de até 3.º grau, devendo estes, nesses casos, ser considerados eventuais portadores, mesmo convolvando núpcias com pessoas sem nenhum grau de parentesco.

Repugne, portanto, à sociedade, apoiada num poderoso e necessário fundamento moral alicerçador da família, o contato sexual entre pessoas que descendam proximamente do mesmo tronco ancestral. Não se tema, porém, pela degenerescência da espécie, que ocorre continuamente, não pela consanguinidade geneticamente controlada, mas, sim, pela falta de obrigação legal de exame pré-nupcial para a habilitação matrimonial e porque, dada a extensibilidade territorial de nosso país, o aculturamento do povo e a escabrosa política governamental no que diz respeito à saúde, mesmo nos locais onde teoricamente ele existe, manifesta-se como espúria aberração de medicina profilática. O que importa, portanto, a nosso ver, é a sábia constituição genética dos nubentes, por isso que a consanguinidade por si mesma não é fator de degenerescência (*vide* n. 11.1).

11.3. Impedimentos impeditivos ou causas suspensivas (CC, art. 1.523, I a IV)

Os impedimentos impeditivos ou causas suspensivas são os que, embora não afetem a validade do casamento, impõem sanções de ordem econômica contra os contraentes infratores (CC, arts. 1.641, I, e 1.489), principalmente a imposição do regime da separação de bens. São, portanto, os que, embora constituam embaraço legal à celebração do casamento, quando infringidos, não o invalidam totalmente. São os considerados pelos n. I a IV do art. 1.523 do Código Civil, para impedir a confusão de patrimônios, para evitar a *turbatio sanguinis*, para impedir o matrimônio de pessoas que se achem em poder de outrem, o que facilitaria um consentimento não espontâneo, e para impedir o casamento de certas pessoas sem autorização de seus representantes.

11.3.1. Direito de sucessão de produto possível de união anterior

O art. 1.523, II, do Código Civil, objetivando evitar a *turbatio sanguinis*, confusão de sangue, ou melhor, confusão de paternidade, visando a dirimir dúvidas sobre os direitos sucessórios do nascituro, dispôs, profilaticamente, que não devem se casar a viúva ou a mulher cujo casamento se desfêz por ser nulo ou ter sido anulado, até 10 meses depois do começo da viuvez, ou da dissolução da sociedade conjugal, salvo se depois da viuvez ou da dissolução, e antes de 10 meses ou 300 dias, tiverem dado à luz um filho ou analogicamente sofrido aborto. Obedecido esse período de incapacidade transitória, contado a partir da dissolução conjugal ou da ocorrência de viuvez, desaparece a incerteza de paternidade, pois o termo médio gestacional, do ponto de vista obstétrico, é de 280 dias, regulamentando a lei (art. 1.597 do CC) o limite mínimo de 180 e o máximo de 300 dias.

11.3.2. Erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge (CC, art. 1.556)

O casamento será também passível de anulação quando houver erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge (*error personae quando hic putator esse homo ille, et est alius*). Trata-se na espécie de vício de consentimento, cabendo tão somente ao cônjuge enganado demandar a anulação do casamento (art. 1.559 do CC).

Nos moldes do art. 1.557, I a IV, do Código Civil, considera-se erro essencial sobre a pessoa do outro cônjuge:

I — o que diz respeito à sua identidade, sua honra e boa fama, sendo esse erro tal que o seu conhecimento ulterior torne insuportável a vida em comum ao cônjuge enganado;

II — a ignorância de crime, anterior ao casamento, que, por sua natureza, torne insuportável a vida conjugal;

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;

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

11.3.3. Identidade, honra e boa fama

A identidade a que se refere a lei é a física e a civil.

A identidade interessaria nos raríssimos casos de troca de pessoa na hora de celebração do casamento, ainda que representada por procuração especial.

Casar com filho natural supondo-lhe filiação legítima não implica erro sobre a identidade, mas sobre uma qualidade, não incorrendo o fato em ato determinativo de anulação do casamento.

A lei não conceitua sobre honra e boa fama de um dos consortes; deixa essa vaga e difícil definição a critério do juiz, que o fará valendo-se do bom senso, da moderação e das peculiaridades de cada caso concreto.

Honra é o conceito que cada pessoa tem de sua própria dignidade; é o conjunto de atributos morais que integram a personalidade de um ser humano ou de uma entidade social. É atributo pessoal independente de ato ou ajuizamento de terceiro. “Como ensina Wormes, a honra é de todos os direitos aquele que está ainda mais perto ou mais adentro da moral, porque mais se identifica e se confunde com a personalidade moral do homem” (TJDF, *DJU*, 16 mar. 1972, p. 1345).

Boa fama é a reputação adquirida por um indivíduo por pautar sua vida de acordo com os bons costumes, ou seja, conforme os ditames sociais.

Destarte, honra é conceituação de dignidade inerente ao próprio indivíduo, e boa fama, a *reputatio* que lhe é empiricamente atribuída por seus semelhantes.

São faltos de boa fama: as prostitutas, os ébrios habituais, os jogadores profissionais. Tais pessoas, por apresentarem defeito que vicia o depoimento, não devem ser aceitas, salvo mui excepcionalmente, em processo como testemunhas.

Carece atentar para a paulatina transformação que os conceitos de honra e boa fama vêm sofrendo nos dias atuais, despindo a sociedade de quaisquer resquícios de hipocrisia rançosa, sem esquecer um aspecto intrinsecamente mais humano capaz de ser compreendido e aceito pelo homem médio. Como exemplos, a conceituação de honra e boa fama da mulher solteira atrelada à sua virgindade; ou a liberdade crescente que as mulheres desfrutam sem ultrapassar, todavia, os limites do que é aceito e, só por só, a sociedade não recrimina, porque normal e não permite dela se infira, à moda de antigamente, presunção ordinária de procedimento irregular, envolvendo necessariamente apreciação desfavorável sobre sua honra e boa fama.

A boa fama ou honra objetiva pode ser alvo de equívocos, pois nem sempre são as pessoas avaliadas corretamente, nesse sentido. Urge, por isso, sejam suscitadas mais vezes questões legais abrangendo o conceito de honra e boa fama, cabendo aos dignos julgadores, face a isso e às alterações implícitas na Carta Maior, uma exata compreensão, atual, humana e obviamente imparcial do homem em sociedade, objetivando eficazmente estabelecer parâmetros justos, interpretando a Lei sem ater-se ou atar-se a velhos e superados preconceitos.

No que concerne ao erro de identidade do outro cônjuge, sua honra e boa fama, a lei exige para a anulação do casamento que o seu conhecimento ulterior o configure de tal monta a tornar insuportável a vida em comum com o cônjuge enganado (dado fático precioso na valoração global da espécie, mas não decisivo e único), como corrupção e torpeza, uso de entorpecentes, homossexualismo, ignorância de crime inafiançável anterior ao matrimônio e definitivamente julgado por sentença condenatória.

11.3.4. Defeito físico irremediável

Serão consideradas erro essencial as deformidades físicas irremediáveis, ocultas ou dissimuladas, anteriores e desconhecidas por um dos cônjuges antes da consumação do casamento. Para determinar a anulação do casamento não basta ser físico o defeito, mas irremediável, insuprível, irrecuperável, situado anatomicamente em qualquer região, desde que, por caráter repugnador, ignorado pelo outro cônjuge, caracterize ação inibitória sobre o ato sexual.

Consideram-se defeitos físicos irremediáveis as deformidades para as quais não haja tratamento médico ou cirúrgico (ausência de pênis, pênis gigante, *vergas duplas*). A agenesia vaginal e a vagina atrésica são, na maioria dos casos, perfeitamente corrigidas por cirurgia plástica, com a criação de neovagina. A recusa ao tratamento importa em transformar a deformação em irremediável, ainda que suscetível até com facilidade relativa à correção medicamentosa ou cirúrgica, como no hímen imperfurado ou resistente à introdução peniana. Além disso, há os casos em que o tratamento mostra ineficácia, como nas impotências persistentemente tratadas, com evolução desfavorável, e os em que, embora curados, persiste superveniência de repulsa, sexualmente inibitória, ao outro cônjuge.

São exemplos encontrados na prática médico-legal: a *impotentia coeundi*, no homem, a acopulia, na mulher, as anomalias e as deformidades sexuais, o sexo dúbio, as personalidades psicopatas, e a moléstia grave e transmissível por contágio ou herança, capaz de pôr em risco a saúde do outro cônjuge ou de sua descendência.

11.3.4.1. Impotência

Inicialmente, convém lembrarmos que, em portador de sistema nervoso central intato, se a libido é suficiente para superar o limiar desencadeador, os impulsos que passam caudalmente através das estruturas hipotalâmicas posteriores, funcionalmente importantes (superintendendo a emocionalização sexual) para o centro de ereção da medula lombar, concomitante e quase simultaneamente provocam turgidez por invasão sanguínea dos corpos cavernosos e, de consequência, *erectio penis*. Não se olvide a influência das gônadas, da hipófise e do sistema nervoso autônomo, visto que a ereção do pênis é função do *nervo vago* ou *parassimpático*, e a ejaculação atribuição do *simpático*.

A impotência *coeundi* é a incapacidade *erigendi* masculina.

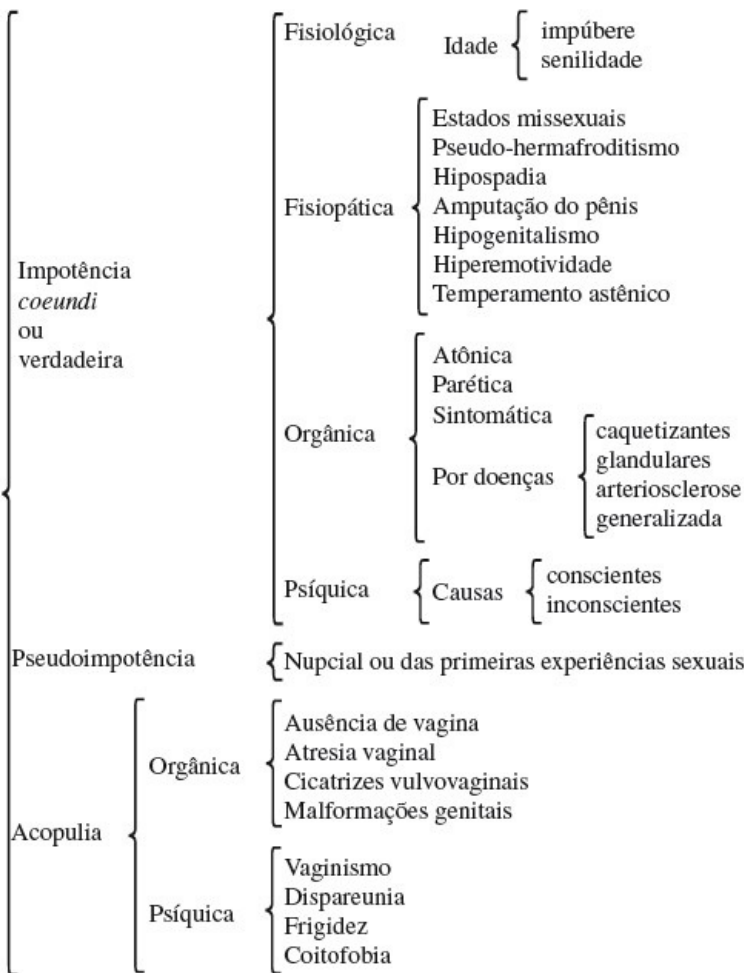
É a incapacidade do adolescente ou do homem adulto de atingir uma condição *erigendi* suficiente para a consumação da conjunção carnal.

É a impossibilidade de *introductio penis intravas*, ou a sua consecução esporádica, não continuamente, impedindo, dessa forma, o cumprimento do débito conjugal.

O termo impotência somente poderá ser aplicado à incapacidade copulativa masculina. A incapacidade de procriação, por azoospermia, por exemplo, é erroneamente chamada impotência *generandi*; melhor denominá-la esterilidade masculina. Destarte, a impossibilidade de conceber não deverá ser apelidada de impotência *concupiendi*, mas chamada esterilidade feminina. Impotência feminina é a acopulia (impossibilidade de cópula), por causas várias, orgânica e psíquica.

À lei civil interessam apenas a impotência *coeundi* e a acopulia, irremediável, persistentemente tratadas, anteriores ao casamento e desconhecidas do outro cônjuge, sejam fisiológicas, fisiopáticas, orgânicas ou psíquicas, pois a esterilidade, de um ou de outro sexo, não encontra fundamento legal para anulação do casamento.

INCAPACIDADE COPULATIVA



Obviamente, se, antes do conúbio, sabia o pretendente ser o futuro cônjuge portador de dificuldade *erigendi* ou de acopulia, não há que falar em erro.

A impotência verdadeira ou *coeundi* pode ser: fisiológica, fisiopática, orgânica e psíquica.

Impotência fisiológica é aquela encontrada na idade impúbere e na senilidade.

“Casando-se a mulher em idade avançada com homem a ultrapassar-lhe, ainda, em anos, certo é que não poderá pretender anulação desse casamento sob a alegada impotência *coeundi* do marido, visto que tal impotência, pela ordem natural das coisas, deve ser esperada” (ac. un. da 1.ª Câm. Cív. do TJSP, de 16-2-1971, na AC 173-884, de Monte Alto — Rel. Des. Machado Alvim, apud J. E. de Carvalho Pacheco).

Ressalve-se porém, com a devida vênia, que embora decline naturalmente a capacidade sexual com a idade, a testosterona continua a ser produzida em níveis adequados e até altos, e que raramente o desejo sexual se extingue, no idoso (*vide* “Anafrodisia”); isto porque o impulso sexual do homem é físico apenas em parte e não se acha confinado unicamente aos órgãos sexuais, mas constitui um padrão condicionado desde o início da vida extrauterina e talvez até mesmo antes. Nada obsta, desse modo, que um homem fique impotente antes dos 55-60 anos enquanto outro permanece sexualmente ativo numa idade mais propecta, não dando margem, evidentemente, a ação de anulação de casamento por *impotentia coeundi*.

A impotência *coeundi* fisiopática é determinada por causas neuroglandulares, ou por malformações definidas, como estados missexuais, pseudo-hermafroditismo, hipogenitalismo, epispádia, hipospadia, além da constituição hiperemotiva e astênica.

A impotência *coeundi* orgânica inclui:

- 1 — impotência atônica, por paralisia motora dos *nervi erigendi*, sem evidência de lesão do sistema nervoso central;
- 2 — impotência parética, devido à lesão da medula espinhal;
- 3 — sintomática, por comprometimento de nervos da região peniana.

Pode ser devida, ainda, a doenças caquetizantes, glandulares (diabetes), arteriosclerose em fase avançada e generalizada e certas patologias mentais em fase prodrômica.

A impotência *coeundi* psíquica, em geral, se manifesta em indivíduos em pleno gozo de saúde somática, mas portadores de despercebida perturbação mental, por causas psicoemocionais, conscientes ou inconscientes.

Admite os seguintes subtipos:

- 1 — anafrodisia;
- 2 — *difficultas erectio* na presença da mulher, porém, com libido, ereção espontânea solitária e poluição noturna;
- 3 — impotência seletiva, em que o coito é possível com determinadas mulheres e impossível com a própria esposa;
- 4 — a conjunção carnal é possível com qualquer mulher, mas só esporadicamente;
- 5 — ejaculação precoce vulvar ou logo em seguida à *intrmissio penis infravas*;
- 6 — conjunção carnal sem ejaculação ou com emissão de esperma muito retardada.

Existem casos de ejaculação sem ereção e de ereção sem ejaculação (*impotentia ejaculandi*);

- 7 — ereção incompleta ou que não pode ser mantida até que o homem ou a mulher atinjam o orgasmo.

As causas conscientes de impotência psíquica estão representadas por depressão, ansiedade, frustrações, impaciência, má vontade, indiferença da mulher, medo de moléstias venéreas, receio de ser descoberto adúltero, estresse, influência dominadora, castradora, passiva, frígida, pouco afetiva da parceira etc.

As causas psíquicas inconscientes são a ansiedade de castração, medo de mulher, homossexualismo latente, incesto inconsciente em que a figura materna é projetada sobre a parceira sexual e receio de fracasso ou de repetição de insucesso, temor de que a parceira se ressinta por ter sido privada da virgindade. Ainda mais: experiências da adolescência malsucedidas ou medo do desconhecido durante tentativas sexuais precoces podem deixar atrás de si a chamada “ansiedade do coito” e sentimento de culpa geradores de impotência psicogênica.

A “ansiedade do coito” foi definida por A. J. Cooper (*A clinical study of coital anxiety*, J. psychom. Res., 13,143) como “relacionada temporariamente com o ato viril (quer imaginário ou real) ou primeiros contatos ou estimulações sexuais (imaginários ou efetivos) sem cópula, mas que o homem acreditava então culminassem em tentativa concreta, sem que, no entanto, se referissem a outras situações ou eventos da vida”.

Segundo o citado autor, a “ansiedade do coito” pode ter início precoce ou início tardio. “O início precoce da ‘ansiedade do coito’ refere-se à ansiedade que se desenvolve em íntima relação temporal direta imediatamente antes, no momento ou após o primeiro malogro, ao passo que o início tardio da ‘ansiedade do coito’ se refere à ansiedade que se tenha instalado meses ou anos após o início dos distúrbios da potência sexual.”

Na maioria dos casos, a causa mais frequente de ansiedade associada com tentativa de coito é o “medo de malogro”, o qual parece ser apenas o aspecto sexual de mais ampla deficiência da personalidade com sentimento generalizado de inadequação, antecedendo o primeiro ato venéreo frustrado. Resulta perda de confiança e a cada novo malogro estabelece-se círculo vicioso inibitório de ansiedade consolidando-se a impotência psicogênica.

Nesta forma de incapacidade *erigendi*, muitas vezes não consegue o indivíduo ereção completa consciente, mas o faz por manipulações manuais na calada da noite, aproveitando-se do sono da consorte, objetivando erectilidade defeituosa, mas não impeditiva de ocorrência de ejaculação, dirigida vulvarmente, e passível de determinar fecundação. Atendemos, a respeito, culto casal, cujo marido fecundou por essa forma, ejaculando por automasturbação, com intervalo de cinco anos, por duas vezes a conúbio de hímen íntegro, tendo ambas as crianças nascido por intervenção cesariana segmentar transversa, por distocia de parto.

A impotência *coeundi* psíquica, provocadora de decepções amorosas em face da realidade, objetiva e prosaica, dada a não realização do débito conjugal, é a modalidade de defeito físico irremediável que mais concorre para a anulação do casamento.

Todavia, “A impotência psíquica é causa para a anulação do casamento, mas precisa ser provada” (ac. un. da 1.ª Turma do STF, em 26-3-1968, no RE 64.163 de São Paulo, Rel. Min. Victor Nunes Leal, apud J. E. de Carvalho Pacheco).

Essas quatro variedades de impotência *coeundi* são ditas verdadeiras.

Há uma forma de falsa impotência, de pseudoimpotência transitória de origem psíquica, de emoção inibitória ou de excessiva timidez, não de todo infrequente nas primeiras experiências sexuais, ou nas núpcias, passível de fácil correção por psicoterapia, ou espontaneamente, por perfeita compreensão por parte do casal e, especialmente, da mulher. Com efeito, a mulher inteligente, face a essa embaraçosa situação, deve comportar-se como se nada de importante tivesse acontecido, fingindo ignorar o vexame, o aborrecimento, a frustração e o desespero íntimo experimentado pelo parceiro, pois o modo pelo qual ela reage poderá ser vital não apenas para a felicidade do marido ou companheiro, mas para o futuro das próprias relações sexuais. Uma atitude de compreensão, de cooperação por parte da mulher, juntamente com uma análise de seu papel, poderá ser suficiente para pôr cobro ao problema, dispensando tratamento médico. Aliás, erra o facultativo que intenta tratar medicamente esta ansiedade, posto que ocorre estatisticamente mais em homens deprimidos na faixa dos 50 anos. Nesses indivíduos não existe diminuição nem falta de secreção androgênica; os hormônios administrados tempestivamente, quando ativos, parecem apenas atuar como *placebo*.

Cumpra advertir ser raro o casal que uma ou outra vez não tenha de encarar esse tipo de impotência passageira.

Compreende-se, assim, que somente a ausência de ereção não diagnóstica, por si só, impotência *coeundi*, que pode ser ocasionada por emoção exagerada, como sói acontecer com alguma frequência.

Por isso é que a perícia de impotência *coeundi* é delicada e, às vezes, constrangedora, obrigando o perito-médico a uma seqüência sistematizada.

Destarte, se alega virgindade, examina o experto por primeiro a esposa, observando criteriosamente a personalidade e o hímen, pois, afastada a eventualidade de coitofobia e de complacência, a sua integridade é prova irrefutável de *impotência seletiva* do consorte, mesmo que ele afirme e comprove conjunção carnal com outras mulheres, já que a lei é pessoal, específica, não genérica.

Supondo não esclareça a himenoscopia suficientemente a questão, observará o examinador o comportamento psíquico do marido, sua emotividade, sintomas patológicos, diabetes, doença de Peironye (induração plástica dos corpos cavernosos produtora de acentuado desvio peniano impeditivo de *intromissio penis in vaginam*), conformação, tamanho (microcaulia, macrocaulia), cicatrizes e a normalidade dos órgãos genitais.

Há quem empreste grande valor à pulsação forte da artéria dorsal do pênis, que, quando perceptível, representaria sinal favorável à potência sexual. De algum valor é o reflexo bulbocavernoso de Onanoff, ou *reflexo virilis*, que se pesquisa colocando a polpa da falangeta do indicador esquerdo atrás da bolsa escrotal, na uretra bulbar, e colhendo-se entre o polegar e o indicador da mão direita a glândula que, soltada bruscamente, desencadeia a contração dos músculos isquiocavernoso e bulbocavernoso, percebida como verdadeiro rechaço pelo 2.º quirodáctilo esquerdo, indicando positividade ao reflexo.

A pesquisa do *reflexo cremastérico*, que se faz pelo discreto roçar de unha ou de outro objeto na pele na face superomedial da coxa, quando positiva, eleva os dartos e os testículos, como que ocultando-os bilateralmente no canal inguinal. O *reflexo cremastérico* ocorre espontaneamente, no ser humano, segundo as variações de temperatura do meio ambiente, visando ao normal processamento da espermatogênese. Para afirmação de impotência, admitamos que esse teste não representa segurança (*vide p. 714*).

A arteriografia peniana evidenciando a falta de engurgitamento sanguíneo dos corpos cavernosos é exame valioso na impotência *coeundi* funcional.

11.3.4.2. *Acopulia, frigidez, vaginismo, dispareunia e coitofobia*

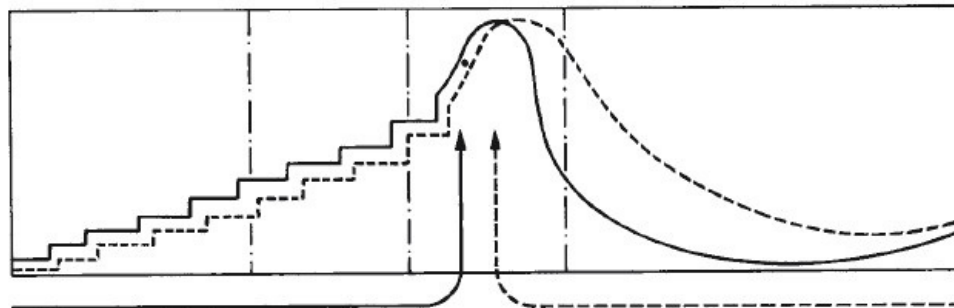
No que tange à mulher, podem constituir defeito irremediável a *acopulia*, isto é, a inaptidão feminina à conjunção carnal, de origem física, como ausência de vagina, malformações genitais, cicatriz, atresia; ou psíquica, como a frigidez, o vaginismo, a dispareunia e a coitofobia, passíveis de, mediante representação, determinar anulação do casamento.

Na mulher a conjunção carnal, objetivando obtenção de gratificação erótica, desenvolve-se em dois tempos, ditos:

a) Tempos preparatórios: em que, de início, põe-se de manifesto a *libido*, ou seja, a *manifestação mental do instinto sexual*, por um estado de hiperexcitabilidade táctil das zonas erógenas (genitália externa, mamilos, lábios etc.) e por uma exaltação do olfato e do tato e desencadeamento do chamado *reflexo psicosexual*. O reflexo psicosexual, e/ou a excitação direta das *zonas erógenas*, promove uma hipersecreção mucosa das glândulas vestibulares de Bartholin e de Morgagni e Skene, com o fito de umedecer o introito vaginal e facilitar a introdução do pênis em ereção *infra vas*.

b) Tempos principais: ocorre ereção do clitóris motivada pela ingurgitação máxima dos corpos cavernosos e dos bulbos vestibulares, amiúde seguida de orgasmo, algo mais tardio que no homem.

O orgasmo constitui o ponto máximo de excitação sexual, e, na mulher, parece estar, muita vez, condicionado pela percepção do espermatozóide ejaculado no fundo de saco vaginal inferior.



Curva de Eupareunia

A seta contínua indica o momento do orgasmo masculino; a seta tracejada, o do orgasmo feminino.

Kinsey e colaboradores definiram o orgasmo: “Quando a mulher se aproxima do ponto máximo da atividade sexual pode subitamente atingir novo ponto de máxima tensão e então abrupta e instantaneamente libertar-se de todas as tensões e precipitar-se em série de espasmos musculares — através dos quais, em questões de segundos ou em um minuto ou dois, volta ao estado fisiológico normal ou subnormal”.

A frigidez é a impossibilidade feminina de gratificação orgástica a qualquer estímulo sexual, ou durante o coito.

Frigidez absoluta é falta de qualquer resposta emocional satisfatória.

Frigidez relativa é a capacidade de resposta emocional em grau variável com a incapacidade de atingir o orgasmo.

A frigidez pode ser primária ou secundária, de causas orgânicas ou psicoemocionais.

Estatisticamente, predominam os fatores psicogênicos: dispareunia, medo da gravidez e do parto, receio de dor ou danos causados pelo pênis ou de ser considerada, pelo homem, como sexualmente inadequada, ressentimento contra o parceiro, recusa inconsciente em ser mulher, rejeição precoce na infância, problemas na relação mãe-filha sem oportunidade de boa identificação feminina, inveja do sexo masculino, hostilidade do sexo oposto, tendência para sentimentos de culpa, imaturidade emocional e sexual, homossexualismo latente.

Algumas frígidas são inteiramente passivas com reação negativa, e outras reagem com rejeição ativa ou mesmo recusa; a maioria delas, contudo, a despeito de inatração sexual, permitem a conjunção carnal, representando no tálamo emoções incontidas, corpóreas ou psicológicas, que estão longe de vivenciar. Daí, praticamente, não ensinar a frigidez anulação de casamento (*vide n. 16.2.1.2*).

O *vaginismo* é uma contratura espástica da musculatura pudenda, involuntária, ocasionada por hiperestesia vulvovaginal, que impede a penetração do *phallos*, sobretudo se há despreparo psicológico por parte dos nubentes para a realização da cópula carnal. A mulher cria, assim, por componentes psicogênicos, fenômenos musculares reflexos, em espasmo patológico da muscularidade oclusora do introito vaginal (*constrictor cunni*), e do assoalho pelviano (esfíncter anal, elevador do ânus e transverso perineal), associado à estriada do tronco, das extremidades e da parede abdominal, capaz de impedir a introdução do pênis, ou de aprisioná-lo (*penis captivus*), depois da intromissão.

O *vaginismo* é dito total quando toda a vagina é afetada; superior, se a contratura espástica involuntária se limita aos músculos puborretais; inferior, se afeta os dois músculos constritores do orifício vulvovaginal.

Embora esporadicamente possa ser encontrada causa somática geradora do transtorno vertente, permitindo tratamento por dilatação digital seguida de aplicação de *velas de Hegar*, objetivando lograr o alargamento do introito vaginal, deve o *vaginismo* ser considerado, em geral, psiconeurose, frequentemente manifestada, também, pela impotência masculina, somática ou psíquica, em que as reiteradas tentativas de introdução do pênis, em insuficiente ereção, provocam desgarras tissulares na genitália feminina, dor e, principalmente, medo, desencadeando o processo.

O vaginismo algumas vezes requer intervenção do cirurgião, quer para completar o desgarramento do hímen, quer para aumentar um introito vaginico estenosado consequente à hipoplasia ou por involução em mulheres que convolvam núpcias na proximidade da menopausa.

Inicia-se o tratamento com dilatações digitais e até que se possa introduzir um espéculo cujas válvulas abertas passam a funcionar progressivamente como

instrumento dilatador vaginal. No caso do vaginismo não ceder com as dilatações associadas concomitantemente à psicoterapia, resta indicar a clássica operação de Pozzi na qual se praticam duas incisões laterais vulvovaginoperitoneais secionando o músculo bulbocavernoso e parte das fibras mais internas do músculo elevador do ânus e, após, a sutura transversalmente, com o que se logra aumentar o introito vaginal.

Têm sido relatados casos de *vaginismo* em casamentos em que há rara ocorrência de coito.

O diagnóstico diferencial se fará com a *dispareunia*, por exame contactal pélvico direto, especular ou digital, não tendo validade a simples informação da paciente, que, amiúde, se exime, por todos os subterfúgios, à realização do exame ginecológico, tal a forma de acopulia de que padece.

O tratamento é baseado na remoção dos fatores psicoemocionais, culturais (tabus e preconceitos sexuais, religiosos e morais) e na reeducação sexual de ambos os parceiros.

A *dispareunia* é a sensação dolorosa durante a conjunção carnal.

Pode ser encontrada no homem; afeta mais frequentemente o sexo feminino.

É tanto de causa orgânica quanto psíquica.

As causas orgânicas estão representadas por: estenoses cicatriciais, vulvovaginites, craurose vulvar, bartolinites, salpingites, ooforites, aderências do fundo de *saco de Douglas*, retroversão uterina etc. São causas acessórias de dispareunia que se curam com medidas terapêuticas, ou cirúrgicas, adequadas.

As causas psíquicas resultam de traumas pessoais: receio da prenhez, medo e hostilidade ao ato sexual, recusa inconsciente do parceiro, vaginismo, educação erótica deficiente, tabus e preconceitos sexuais, religiosos e morais: amiúde traduz uma repugnância, e, portanto, um protesto e uma defesa inconsciente ou consciente, frente ao coito realizado com uma determinada pessoa, frequentemente o marido.

A remoção dos fatores orgânicos e a reeducação sexual de ambos os parceiros anulam o círculo vicioso de medo à dor, que dificulta a realização da próxima conjunção carnal, satisfazendo ao relacionamento sexual normal.

A *coitofobia* é a aversão ou horror à realização do ato heterossexual. É um sentimento de angústia ou aversão profunda ao coito devido a:

- 1) má educação sexual;
- 2) homossexualismo feminino latente ou manifesto;
- 3) frigidez aguda com repulsa patológica ao ato heterossexual;
- 4) situação edípica mal resolvida;
- 5) anomalia mental: oligofrenia, esquizofrenia;
- 6) criticável comportamento sexual, nos preâmbulos amorosos (*praeludia coitti*) e durante a conjunção carnal, por parte do parceiro;
- 7) psicose sexual feminina que, desde o início, ou ao fim de algum tempo, leva a companheira a recusar cumprimento ao débito conjugal.

A literatura médico-legal registra suicídios e homicídios em plena noite de núpcias motivados por coitofobia.

Nerio Rojas (*La psiquiatria en la legislación civil*, 1938, p. 177) relata ter periciado um caso no qual o marido “havia tentado todas as formas mais disparatadas para consumir o ato sexual, com a colaboração da mulher, que, entretanto, no momento decisivo estalava em uma crise ansiosa de gritos e movimentos que impediam em absoluto consumir o ato; chegou a termos de amarrá-la na cama a instâncias dela; chegou a embriagá-la. O concúbito, porém, nunca pôde consumar-se”.

Em Bauru-SP, houve um cônjuge feminino, de vida social diurna normal, que apresentava crises de verdadeiro pavor à medida que caía a noite, com dispneia suspirosa, taquicardia, tremores e sudação, lembrando fenômenos vagossimpáticos, dominada por invencível horror à relação sexual que o anoitecer lhe sugeria.

Difícil é a afirmação pericial de *coitofobia*, confesse ou negue ser a mulher portadora, pois, obviamente, a diligência médico-legal não pode exigir do competente o testemunho da existência, ou não, da aversão à cópula.

11.3.4.3. Anomalias e perversões sexuais

As anomalias e as perversões sexuais constituem defeito físico passível de autorizar a anulação do casamento, pois vicia uma das finalidades primordiais do matrimônio, a relação sexual normal.

As deformidades sexuais, malformações genitais chamadas por Legrand Du Saulle de incapacidades genésicas, estão representadas, no sexo masculino, por agenesia peniana, por micro ou macropênis (respectivamente, microcaulia, macrocaulia), pela criptorquidia dupla, pela hérnia inguinoscrotal, hidrocele e elefantíase das bolsas, impeditivas, mecanicamente, do coito. As hipospádias e as epispádias (mais raras) em pênis proporcionalmente desenvolvido, com a abertura do meato uretral respectivamente na face inferior ou superior, porém próxima à extremidade do órgão, desde que não determinem impotência, não ensejam anulação do casamento, mesmo na vigência de dispermatismo.

Na mulher podem constituir defeito físico irremediável a ausência e a atresia vaginal, anomalias congênicas ambas indicativas de erro de pessoas frequentemente remediáveis na prática ginecológica. A propósito, em 1966, extirpamos, cirurgicamente, cumpridas as formalidades éticas atinentes ao caso, útero embriogênicamente malformado, apresentando tumor grande miomatoso em menina de 13 anos, portadora de agenesia de vagina, que foi quatro anos após corrigida (neovagina) por cirurgia plástica. Essa paciente convolveu núpcias aos 22 anos, com pretendente conhecedor da passada existência das patologias citadas e da consequente esterilidade *concupiendi*, o casal vivendo feliz desde então mercê de um casamento física e psicologicamente ajustado.

Malformações genitais consequentes a inflamações, tumores das ninfas e da vagina, prolapsos uterinos etc. somente serão erro essencial se anteriores ao matrimônio e desconhecidos do outro cônjuge, irremediáveis e, o que é primordial, impeditivos do congresso sexual. Por certo, não há a lei falar em erro essencial de pessoa, quando essas patologias surgem em decorrência da vida sexual ativa determinada pelo casamento, como as rupturas de perineo e os prolapsos de útero, consequentes aos partos vaginais ou a outras manobras obstétricas, que, malconduzidas, favorecem o surgimento na mulher de incontinência urinária de esforço, passível de arrefecer o ardor genésico do parceiro — quem sabe? —, mas constituindo-se em orgulhosa marca que ferreteia à nobre missão da maternidade como caudério, além de serem frequentemente curáveis.

São sete os tipos de sexo: cromossomal, somático ou da genitália interna, da genitália externa, gonadal, jurídico, de identificação, de criação e o médico-legal.

O sexo é determinado no momento da fecundação.

As células germinativas diploides originam os gametas haploides, à custa da divisão meiótica, reduzindo o número de cromossomos pela metade.

Os gonócitos XX originam sempre óvulos X, e os XY, espermatozoides X e Y, em igual número.

Os zigotos XY se diferenciam em testículos e os XX, em ovários, através de um patrimônio genético. Por essa forma é, então, masculino o que porta 46XY, corpos fluorescentes, ausência de cromatina sexual nuclear e desenvolvimento dos *ductos de Wolff*, e feminino, quando mostra constituição cromossômica de 46XX, cromatina sexual e inexistência de corpos fluorescentes, estando desenvolvidos os *ductos de Muller*.

O cromossomo Y é considerado como o verdadeiro cromossomo sexual.

Até a 8.^a semana de vida embrionária a genitália externa está representada pelo *tuberculum genitalis*, por uma fenda urogenital delimitada pelas pregas uretrais e pelas tumefações labioescrotais.

As pregas labioescrotais podem fundir-se na linha mediana para formar as bolsas escrotais, ou permanecer separadas, para constituir os grandes lábios. A parte inferior da vagina deriva pela septação do seio urogenital, e a sua porção superior, do *ducto de Muller*. A uretra feminina forma-se à custa da parte superior do seio urogenital.

Os hormônios androgênicos testiculares são necessários nas fases precoces de desenvolvimento para diferenciação da genitália externa. São eles que promovem a fusão das pregas labioescrotais, estimulam o crescimento do tubérculo genital e impedem a septação do seio urogenital. Ausentes os testículos embrionários, os genitais externos tendem sempre a evoluir na direção feminina.

Os androgênios testiculares são secretados pelas células de Leydig a partir da 8.^a semana de vida intrauterina. Depois da 12.^a semana de vida embrionária, mesmo com estimulação intensa androgênica, não mais se fundem as pregas labioescrotais. Contudo, nessa eventualidade, pode sofrer o clitóris considerável hipertrofia.

Se a genitália externa não responder aos estímulos androgênicos, ou houver falha da função testicular embrionária, ocorre fusão parcial das pregas labioescrotais e formação, parcial ou completa, da vagina. Entretanto, se um feto feminino responder à ação androgênica, somente ocorrerá hipertrofia clitoridiana.

Destarte, compreende-se que da deficiência testicular embrionária ou da falta de resposta dos tecidos periféricos, no homem, e, na mulher, pela exposição do feto a androgênios potentes, resultem anomalias dos genitais externos integrantes do intersexualismo.

O intersexualismo compreende os indivíduos que apresentam, *lato sensu*, sinais orgânicos ou cromossomos característicos do sexo oposto, que variam desde a simples hipospádia à feminização testicular total e, na mulher, ligeira hipertrofia clitoridiana até completa virilização: hirsutismo, voz grave, hipertrofia muscular, fusão dos grandes lábios, tendências psicológicas e maneiras masculinas.

Os estados intersexuais ou missexualismo, dos quais importam à lei as disgenesias gonadais mistas, e mais particularmente o pseudo-hermafroditismo, constituem igualmente erro essencial. Citamos o pseudo-hermafroditismo porque o hermafroditismo verdadeiro, o indivíduo sendo a um só tempo macho e fêmea, com bissexualidade funcional capaz de determinar fecundação como homem e procriação como mulher, em si mesmo, não existe na espécie humana. O que existe é o falso hermafroditismo, consequente a perturbações da evolução dos órgãos genitais, em ambos os sexos, a partir da fase diferenciatória, após o segundo mês de gestação intrauterina, do que resultam, em realidade, indivíduos que apresentam uma anomalia particular do desenvolvimento somatopsíquico, consistente na coexistência de características anatômicas e funcionais de ambos os sexos.

Embora não exista na espécie humana nenhum caso registrado de hermafroditismo verdadeiro, quanto à funcionalidade, há casos comprovados, anatômica e histologicamente, de hermafroditismo glandular, ou seja, presença em um mesmo indivíduo de uma única glândula, *ovo-testis*, de tecido ovariano e de tecido testicular, na qual somente a parte correspondente aos ovários funciona, liberando óvulos possivelmente fecundáveis por reprodução assistida.

Os hermafroditas verdadeiros são indivíduos dotados de gônadas de ambos os sexos, assim distribuídos:

- a) ovário em um lado e testículo no outro;
- b) ovo-teste de um lado e ovário do outro;
- c) ovo-teste de um lado e testículo do outro;
- d) ovo-teste bilateral.

O hermafroditismo verdadeiro é assim definido como a concomitância de tecido gonadal de ambos os sexos em um mesmo indivíduo.

Podem ser cromatina-positivos ou negativos.

É comum apresentarem útero situado, geralmente, na pelve (pode estar, também, num saco herniário), e trompas situadas bilateralmente.

Cerca de 50% dos hermafroditas verdadeiros menstruam e podem ovular na época pós-puberal, e os que são fenotipicamente masculinos apresentam, ocasionalmente, espermatozoides no parênquima do ovo-teste; nunca, porém, espermatozoides. A ambiguidade com infertilidade é a regra nesses intersexuais.

O tratamento cirúrgico consiste na ablação de estruturas gonadais (o ovário, ou o testículo, e/ou o ovo-teste) não condizentes com o sexo da criança. Este seria definido por estudos cromossômicos, aspecto estrutural externo predominante, grau de desenvolvimento das vísceras pelvianas, resultado da biópsia gonadal e análise das dificuldades oferecidas na reconstrução cirúrgica.

É comum o registro civil declarar o sexo fundamentado no aspecto externo predominante desses indivíduos e a eles não interessar — nem à família — modificar essa situação. Nesse caso, deve o cirurgião, em princípio, assemelhar a genitália externa o mais aproximadamente possível ao sexo civilmente atribuído. Por exemplo: no varão, corrigir hipospádias, extirpar útero e trompas; na mulher, reduzir o volume do *phallus* etc.

Nos pseudo-hermafroditas androgínicos ou masculinos (homens com aspecto feminino), a causa de erro na determinação do sexo frequentemente incide sobre os genitais externos, conseqüente à parada de desenvolvimento embrionário, que lhes confere aparência feminina normal, com exiguidade peniana e encurvamento de sua face inferior (pênis hipoplástico, pênis hipospádico com ventroflexão), simulando clitóris, com ambos os testículos em posição ectópica. Podem mostrar, dessa maneira, uma diferenciação sexual que varia desde genitais inteiramente femininos, sem ambiguidade — como na síndrome de feminilização, de Morris — até os pseudo-hermafroditas androgínicos com genitália quase normal, ou seja, quase totalmente masculinizada — como na síndrome de Reifenstein. Entre essas duas síndromes existem imprevisíveis gamas de variações morfológicas dos genitais internos e externos.

Existem dois tipos genéticos de pseudo-hermafroditismo androgíneo ou masculino:

- 1) pseudo-hermafroditismo masculino familiar ou hereditário, no qual a citogenética mostra constituição cromossômica 46XY;
- 2) pseudo-hermafroditismo disgenético, que se diferencia do primeiro por exibir alterações cromossômicas do tipo XY/XO e testículos disgenéticos bilateralmente.

Ambos esses tipos apresentam genitais ambíguos com tendência à masculinização. A vagina pode estar exteriorizada ou mostrar-se apenas como um pequeno introito vaginal, simulando um meato uretral ectópico. Útero fibroso e hipoplástico, de corpo pequeno e alongado (tipo infantil), que se continua com a vagina, está sempre presente. As trompas, se existentes, podem ser rudimentares ou bem formadas, fazendo-se acompanhar de meso-salpinx. Os testículos, alongados, moles e sem brilho, podem posicionar-se desde a raiz da bolsa escrotal até o meso-salpinx; há casos em que se localizam na frente das franjas das tubas de Falópio no lugar dos ovários.

Exceto em condições especialíssimas, a infertilidade é a regra.

Acredita-se que as diversas formas clínicas de pseudo-hermafroditismo androgíneo ou masculino decorrem quer de uma deficiência hormonal primária, quer de uma insuficiência de órgãos efetores a hormônios masculinos normalmente secretados, o que implicaria diferentes graus de masculinização ou feminilização, desde a fase embrionária até a puberdade ou além dela.

A orientação cirúrgica objetiva a extirpação das estruturas não condizentes com o sexo da criança, após os 12 meses e antes dos 18 meses, aparentemente a época de fixação psicológica do sexo. E porque quanto mais tardiamente efetuar-se a intervenção cirúrgica maiores serão as conseqüências e as dificuldades correspondentes à adaptação recíproca da criança e da família. Contrariamente, não sendo possível a cirurgia corretora precoce, nem por isso não será levada a cabo, seja qual for a idade em que o paciente procura o médico, com esse fim, pela primeira vez, desde que possa verdadeiramente ser eficaz. Desde que a maioria dessas crianças serão inférteis, a conduta cirúrgica *ab initio* deve-se basear na aparência geral da genitália externa e não na histológica da gônada ou no sexo cromossômico. Partindo de uma posição intermediária entre os dois sexos e do ponto de vista eminentemente prático, cumpre preparar o malformado anatomicamente como mulher do que como varão, posto ser mais fácil criar cirurgicamente uma vagina passiva do que um pênis funcional a partir de um pequeno falo subpúbico. Todavia, se a reparação se completa adequadamente, ao chegar a puberdade a atividade andrógênica fará o resto.

O pseudo-hermafroditismo ginandroide ou feminino pode ser decorrente de hiperplasia congênita da suprarrenal produtora de esteroides virilizantes, causadores da masculinização desses indivíduos; ou de ingestão materna de drogas de atividade androgênica ou idiopática, quando não se comprova anamnética ou laboratorialmente o diagnóstico etiológico.

No pseudo-hermafroditismo ginandroide ou feminino, a genitália externa assume aspecto masculino por excessivo desenvolvimento do clitóris, que chega a simular um pênis de adulto, regularmente crescido, com a coalescência dos grandes lábios lembrando bolsa escrotal, podendo ocorrer, em alguns casos, prolongamento de tal intensidade da uretra na face inferior do tubérculo genital a ponto de o meato urinário se abrir na extremidade da glândula ou em sua proximidade. Não existem as ninfas. Os órgãos genitais internos são hipoplásticos ou, então, completamente normais.

Os recém-nascidos com este tipo de anomalia sempre mostram ambiguidade genital representada por hipertrofia clitoridiana, fusão labioescrotal e, às vezes, vagina exteriorizada em graus variáveis. Tal morfologia pode induzir frequentemente a erros na consignação do sexo; com efeito, crianças portadoras de pseudo-hermafroditismo ginandroide ou feminino podem vir a ser criadas como meninos.

Toda criança cromatina-positiva, nascida com esta forma de ambiguidade sexual, deve ser criada como menina, independentemente do grau de masculinização da genitália externa.

O tratamento cirúrgico visando restabelecer o aspecto e a função feminina dos genitais compreende a clitoridectomia, a plástica dos pequenos lábios e, quando necessário, a exteriorização da vagina, sempre que possível, de dimensões normais, por dissecação com tesoura romba no plano areolar entre a bexiga e o reto, estendida para cima até a proximidade do peritônio.

Os préceitos de Hauser, que tomo emprestado a G. Valle (Problemi porti all'ostetrico dai neonati intersessuali, *Urologia Internazionale*, 19:190, 1965), dogmáticos embora, orientam a conduta terapêutica.

- 1) Todo recém-nascido com genitais externos ambíguos e presença de cromatina sexual deve ser considerado feminino e o paciente educado como mulher.
- 2) Nos intersexuais cromatina-negativos é conveniente, em geral, a escolha do sexo masculino, a menos que a hipospádia seja muito grave e exista vulva, ou então o falo é tão rudimentar que não se prestará à correção plástica convincente.
- 3) Quando os genitais externos são mais equívocos é preferível atribuir ao paciente o sexo feminino, pois desta maneira sua intimidade será mais respeitada; a vida em comum com homens normais, quando o sexo escolhido foi o masculino, será causa frequente de humilhação; é o que acontece, por exemplo, com hipospádicos que não podem urinar em pé.
- 4) Independentemente do sexo cromatínico, se os genitais externos têm nítida predominância masculina, o intersexual deve ser criado como homem e, pelo contrário, se predominarem os elementos femininos, o sexo escolhido deverá ser correspondente.

De qualquer forma, quanto mais precoce a decisão do sexo definitivo, melhores serão as condições de adaptação psicossocial do indivíduo, conforme frisamos.

Não é prudente a posição do cirurgião que adota as condutas generalistas que preconizam, como exemplo, a feminilização sistemática de toda genitália externa ambígua com exiguidade peniana.

11.3.4.4. Moléstia grave e transmissível por contágio ou herança

Moléstia grave e transmissível por contágio ou herança, capaz de pôr em risco a saúde do outro cônjuge ou de sua descendência, pode determinar anulação do casamento, se anterior e desconhecida de um dos cônjuges.

O nosso diploma legal não exemplifica quais as moléstias ensejadoras de anulação matrimonial. Subentendem-se, no entanto, como tais as moléstias de transmissão por contágio venéreo, que quase nunca são alegadas para anulação do casamento nos tribunais, por ignorância feminina e para evitar o *streptus judicii*, bem como a tuberculose, a hanseníase e a epilepsia sintomática, que, graças ao vertiginoso progresso sofrido pelo arsenal terapêutico, são atualmente perfeitamente curáveis e não transmissíveis aos filhos, desde que obedecida regra fundamental de higiene consistente na criação dos mesmos por famílias sadias ou em instituições destinadas a esse fim. Não é o mesmo quanto à epilepsia essencial ou verdadeira, afecção do sistema nervoso central essencialmente crônica anunciada por auras sensitivo-sensoriais, motoras ou psíquicas (podem faltar), que são sintomas subjetivos instantâneos, premonitórios, e caracterizada por convulsões tônico-clônicas, perda súbita dos sentidos, completa inconsciência e amnésia, podendo ocorrer sintomas acessórios como o *grito do pavão*, mordida da língua e sono; e intervalo entre os ataques, nos quais se pode reconhecer inaudita violência a provocações ou estímulos recebidos, doença grave transmissível hereditariamente, capaz de pôr em risco a saúde da prole, nem quanto às doenças mentais, personalidade psicopata, esquizofrenia processual, debilidade mental, paralisia geral progressiva, por seu caráter nocivo, incurável e grave, e suscitável de transmissibilidade por herança aos descendentes.

Esquizofrenia processual é aquela de início súbito, “onde os delírios são relativamente estáveis e acompanhados de alucinações. Os delírios são comumente de perseguição, mas podem apresentar-se sob outras formas como ciúmes, missões messiânicas ou de transformações corporais. Podem ocorrer também alucinações e comportamento inadequado e, em alguns casos, a conduta está seriamente alterada, a desordem de pensamento é grosseira e a afetividade torna-se embotada” (Classificação Internacional de Doenças). Reagudiza por surtos, determinando comportamento esdrúxulo e apragmático. A esquizofrenia processual exclui totalmente a imputabilidade penal.

A esquizofrenia paranoide é moléstia de evolução complexa e de difícil diagnóstico.

Divergem os autores sobre sua etiologia. Há quem admita etiologia endógena, ou seja, uma predisposição desde o nascimento para a doença, que poderá manifestar-se ou não sob influência de fatores psicossociais (lar desagregado, precariedade econômica, mãe “esquizofrênica” etc.) vividos ao *longus* do desenvolvimento da personalidade. Outros afirmam que “a predisposição genética para a esquizofrenia é certa, porém ela é muito complexa e intervém de maneira variável, segundo os casos, da mesma forma que intervém de maneira variável os fatores do meio...” (Henry Ey, *Manual de psiquiatria*, Rio de Janeiro, Ed. Masson, 1981, p. 542). Hodiernamente, os psiquiatras responsabilizam pela esquizofrenia as alterações químicas cerebrais ao nível dos neurotransmissores do *cerebrum*, do tipo dopamina, sem esquecer, todavia, os fatores endógenos de predisposição constitucionais ou hereditários.

Destarte, a esquizofrenia paranoide é moléstia grave? Tratamento adequado instituído nos primeiros meses da moléstia induz prognóstico favorável; alguns casos, contudo, evoluem mal, mesmo com terapia precoce, e são de *prognosticus malus*.

O paciente esquizofrênico deve ser acuradamente examinado e considerado *per se*; todavia, é a esquizofrenia moléstia grave transmissível não por contágio, mas por herança, capaz de pôr em risco a saúde do cônjuge ou de sua descendência, pois, diante de um quadro delirante ou alucinatorio, o indivíduo pode praticar de inopino atos agressivos de intensa violência.

Os peritos devem embasar o diagnóstico com exames de laboratório, radiografias, eletroencefalografias etc., consoante seja a moléstia grave estudada.

A lei visa salvaguardar a família, protegendo-a eugenicamente, evitando a disseminação de taras, com prejuízo para a sociedade. Para fazê-lo exige que o mal seja anterior ao casamento, ignorado do outro pretendente, grave e capaz de afetar potencialmente a saúde do outro cônjuge, ou de sua prole.

11.3.4.5. *Defloramento da mulher ignorado pelo marido*

Pelo Código Civil anterior, o defloramento da mulher ignorado pelo marido era considerado erro essencial apto a ensejar anulação do casamento (arts. 218, 219, IV, e 220 do CC). Entretanto, não há mais previsão legal para tal questão, ante o novo Código Civil (arts. 1.556 e 1.557), de forma não ser possível postular anulação de casamento em razão de eventual defloramento da mulher ignorado pelo marido. No elastério do tempo, a virgindade veio perdendo sua importância perante a sociedade, não se justificando manter a regra criada em 1916 pelo antigo ordenamento material civil, diante da nova realidade e do merecido espaço galgado pelas mulheres no ramo social, que foi reconhecido e ratificado pela Constituição Federal de 1988, que igualou os direitos e deveres aos dos homens, e, agora, pelo novo Código Civil.

11.3.4.6. *Disposições finais e quesitos*

Consoante a regra prevista no art. 1.559 do Código Civil, somente o cônjuge que incidiu em erro, ou sofreu coação, poderá demandar a anulação do casamento; mas a coabitação, havendo ciência do vício, valida o ato, ressalvadas as hipóteses dos incisos III e IV do art. 1.557.

A perícia do defloramento é das mais delicadas, pois a integridade do hímen nem sempre é sinal afirmativo de virgindade, como na complacência da membrana, em que ela pode permanecer íntegra, a despeito de efetivos e repetidos congressos sexuais.

De acordo com o art. 236 da lei penal substantiva, constitui crime “contrair casamento, induzindo em erro essencial o outro contraente, ou ocultando-lhe impedimento que não seja casamento anterior, não podendo a ação ser intentada senão depois de transitar em julgado a sentença que, por motivo de erro ou impedimento, anule o matrimônio”.

Os quesitos para verificação de causas de anulabilidade do casamento são formulados livremente pelo magistrado ou pelas partes e deferidos por ele. A título de ilustração, vamos formular alguns:

Queira o doutor perito informar:

1.º) O examinando(a) é portador(a) de algum defeito físico irremediável?

2.º) Qual?

3.º) Desde quando?

4.º) Esse defeito físico irremediável pode ter conduzido o outro cônjuge ao erro essencial sobre a sua pessoa?

5.º) O examinando(a) é portador(a) de moléstia grave e transmissível?

6.º) Qual?

7.º) Desde quando?

8.º) Ela pode pôr em risco, pelo contágio ou pela herança, a saúde do outro cônjuge ou de sua descendência?

9.º) Está a examinanda deflorada?

10.º) Qual a data provável do defloramento?

Se for negativa a resposta do 9.º quesito, queira o senhor perito informar:

É a examinanda portadora de hímen complacente?

CAPÍTULO 12

Sexologia Forense

Sumário: 12.1. Conceito. 12.2. Fecundação e gravidez. 12.2.1. Importância médico-legal do diagnóstico da gravidez. 12.2.2. Diagnóstico da gravidez. 12.2.3. Anomalias da gravidez. 12.2.3.1. Superfecundação. 12.2.3.2. Superfetação. 12.2.3.3. Gravidez ectópica. 12.2.3.4. Feto papiráceo. 12.2.3.5. Gravidez molar. 12.2.3.6. Retenção de feto morto. 12.2.4. Duração legal do tempo de gravidez. 12.2.5. Reprodução humana assistida. 12.3. Parto e puerpério. 12.3.1. Importância médico-legal do parto e do puerpério. 12.3.2. Diagnóstico médico-legal do parto e do puerpério. 12.3.3. Parto post mortem. 12.3.4. Cesariana post mortem. 12.3.5. Perícia. 12.4. Restrições à procriação. 12.4.1. Malthusianismo. 12.4.2. Aborto legal e aborto criminoso. 12.4.2.1. Conceituação do aborto em Obstetria e em Medicina Legal. 12.4.2.2. Classificação médico-legal do aborto. 12.4.2.3. Aborto criminoso. 12.4.2.4. Causas determinantes do aborto. 12.4.2.5. Processos abortivos. 12.4.2.6. Complicações patológicas do aborto. 12.4.2.7. Perícia do aborto. 12.4.2.8. Medidas coercitivas ao aborto. 12.4.3. Técnicas anticoncepcionais. 12.4.3.1. Esterilização transitória por contraceptivos hormonais. 12.4.3.2. Esterilização definitiva. 12.4.3.3. Outros métodos. 12.5. Infanticídio. 12.5.1. O crime de infanticídio. 12.5.2. Intervenção pericial. 12.5.2.1. Prova de ser nascente. 12.5.2.2. Prova de infante nascido. 12.5.2.3. Prova de recém-nascido. 12.5.2.4. Prova de vida extrauterina autônoma. 12.5.2.5. Época da morte. 12.5.2.6. Diagnóstico da causa jurídica da morte. 12.5.2.7. Exame somatopsíquico da puérpera. 12.6. Estupro. 12.6.1. Conceito. 12.6.2. Estupro praticado mediante conjunção carnal. 12.6.3. Violência. 12.6.4. Grave ameaça. 12.6.4.1. Estupro praticado mediante outro ato libidinoso (antigo Atentado violento ao pudor). 12.6.4.2. Estupro de vulnerável. 12.6.5. Intervenção pericial no estupro. 12.6.6. Himen. 12.6.7. Simonimia. 12.6.8. Classificação. 12.6.9. Caracteres diferenciais entre entalhes e rupturas do himen. 12.6.10. Himens complacentes. 12.6.11. Perícia do defloramento. 12.7. Ultraje público ao pudor. 12.8. Violação sexual mediante fraude. 12.9. Assédio sexual.

12.1. Conceito

É o capítulo da Sexologia que estuda as ocorrências médico-legais atinentes à gravidez, ao aborto, ao parto, ao puerpério, ao infanticídio, à exclusão da paternidade e a questões diversas relacionadas com a reprodução humana.

12.2. Fecundação e gravidez

Denomina-se gravidez (do latim *gravidus*, de *gravis*, prenhe), ou gestação, o período fisiológico da mulher compreendido desde a fecundação do óvulo, ou dos óvulos, até a morte ou expulsão, espontânea ou propositada, do produto da concepção. A gravidez é, portanto, o estágio fisiológico da mulher que concebeu, durante o qual ela traz dentro de si, e alimenta, o produto da concepção. Interrompida, por causas diversas, a evolução normal do conceito nas entranhas maternas, qualquer que seja a fase gestatória, cessará a gestação e caracterizar-se-á o aborto. Esta é a concepção de gravidez aceita pela Medicina Legal, pois, obviamente, a vida do novo ser principia no momento da fecundação, marco vivo do início da gestação.

Houve quem pensasse que se deveria definir a gestação como iniciada quatro a seis dias após a fecundação, com a ocorrência da nidação do ovo na face posterior da parte central do útero, no endométrio, quando então, e só então, passa a alimentar-se a expensas do organismo materno. Dessa forma, pela fecundação espermatóide-ovular, ocorre formação intratubária de ser vivente que, durante quatro a seis dias, percorre, impulsionado pelo pseudoperistáltico e pela contracorrente central de líquido causada por movimentos ciliares, o interior da trompa de Falópio, sem nutrir-se, em desenvolvimento embriogenético em que a mórula vive no oviduto, à maneira do que sucede com o ovo de vertebrado inferior. Então, embora exista fecundação, não haveria gestação propriamente dita durante quatro a seis dias, contados da data da geração, durante os quais o ovo, em divisão celular, adquire a maturação e a capacidade de implantação, percorrendo a luz tubária até chegar à cavidade uterina onde, auxiliado por correntes remoinhantes consequentes aos movimentos miométriais, nida no endométrio.

Todavia, afirmamos, há gestação, pois o epitélio tubário desencadeia, estimulado pela progesterona, logo após a ovulação, uma fase secretora que nutre o óvulo por embebição (nutrição tubotrofa) e por isso o ovo não se nutre a expensas próprias durante sua migração pela trompa. Vale, portanto, a concepção tradicional, pois, a assim não ser, não se poderia imputar ao DIU ação abortiva.

O processo de nidação do ovo, contado desde a ovulação e a fecundação — fenômeno fisiológico no qual magníficos e diminutos fragmentos de vida animal são irresistivelmente impulsionados por forças cósmicas para seu superior destino: o nascimento de um ser vivo —, compreende três períodos:

- Na primeira semana o ovo migra e nida no endométrio gestacional; durante seu percurso através do oviduto iniciam-se as primeiras divisões do ovo, ou seja, a segmentação. O ovo humano alcança a cavidade uterina em fase de mórula; a nidação se inicia em fase de blástula.
- Na segunda semana estabelece-se a circulação interviositária, sendo que as vilosidades coriárias se formam após o 13.º dia da nidação.
- Na terceira semana o ovo fixa-se definitivamente ao endométrio progestacional. Neste período tem início a formação da placenta humana, originária do cório frondoso. Com o estabelecimento da circulação fetoplacentária ocorrem as trocas materno-ovulares, as quais englobam as trocas materno-fetais, as materno-amióticas e âmnio-fetais.

A mulher púber tem, aproximadamente, 200.000 ovogônias em cada ovário, que, sob a influência dos hormônios sexuais, são transformadas em um ou mais óvulos, os quais, na metade do ciclo menstrual, migram para a periferia do órgão, liberando-se por eclosão comparável em proporcionalidade à de um vulcão, só não se perdendo na imensidão da cavidade celomática por serem colhidos por tropismos pelas fimbrias tubáricas.

Ovulação é a expulsão do ovócito a ponto de maturar, do interior do ovário, pela ruptura do folículo de De Graaf. A ovulação, ou postura ovular, dá-se por vasoconstricção do estigma ovariano, com o hormônio luteinizante ativando sistemas enzimáticos semelhantes à hialuronidase testicular.

O número médio de ciclos menstruais, durante o período que se convencionou erradamente denominar vida sexual ativa da mulher — pois nem a menarca nem a menopausa impõem a abstenção copulativa —, é cerca de 400, o que mostra que, de cada 1.000 ovogônias, apenas uma alcança o terceiro estágio de desenvolvimento, ou seja, a fase final da maturação folicular, consoante com a sua capacidade intrínseca de diferenciação (as demais desaparecem sem deixar vestígios de sua existência), o que pressupõe na gametogênese feminina uma enorme seleção de células germinais, pois somente uma dentre mil adquire a capacidade de procriação.

Os espermatozoides necessitam permanecer cerca de sete horas no canal genital feminino para adquirirem a capacidade de fecundar um óvulo maduro. Esse processo de maturação por que passam os espermatozoides — que tem início no útero e termina na trompa de Falópio — é chamado “capacitação do esperma”. O processo de capacitação do esperma depende da ação dos fermentos líticos determinadores da perda gradativa da membrana de revestimento superficial dos espermatozoides, chamada acrossomo, o qual se encontra completamente dissolvido quando o gameta masculino penetra o óvulo.

O espermatozoide, depositado pela cópula ou artificialmente no fundo do saco vaginal inferior, ascende através do canal cervical, do corpo do útero e da luz tubária, em cujo terço médio poderá ocorrer a fecundação do ovócito em fase final de maturação, devido aos seguintes fatores:

- o meio vaginal, ao contrário do canal cervical, é ácido e, portanto, hostil aos espermatozoides, obrigando-os a procurar, celeremente, ambiente alcalino;
- a uterina contração espasmódica do gozo como que aspira o espermatozoide para o interior do órgão;
- o gameta masculino é dotado de flagelo, cujo movimento helicoidal impulsiona-o para diante.

Assim, dos numerosos espermatozoides que circundam açodadamente o óvulo, no terço médio da trompa de Falópio, em geral apenas um atravessa a zona pelúcida — membrana que recobre o óvulo e, depois da fecundação, se espessa, impedindo a entrada de novos gametas masculinos. Parte da cauda do espermatozoide fecundante permanece fora e a porção restante, dentro da película, deixa paulatinamente de vibrar, até, finalmente, desaparecer. A cabeça do gameta ativo funde-se em hemirrotação ao passivo, iniciando a fecundação, origem de um novo ser.

A conjugação dos gametas é facilitada pelos seguintes processos: atração, ativação e aglutinação.

Há quem afirme que a extremidade anterior do espermatozoide, cuja carga elétrica é positiva, ao penetrar o óvulo apto para ser fecundado 48 a 72 horas após a ovulação, promove uma verdadeira repolarização da membrana pelúcida, cuja carga elétrica externa é negativa, o que afastaria os demais gametas masculinos, conforme a lei de Faraday: “cargas de sinais contrários se atraem e cargas de mesmo sinal se repelem”.

A despeito, é possível a penetração de dois, três, quatro ou cinco espermatozoides em número respectivamente igual de óvulos, originando as chamadas gravidez gemelar dupla, tripla, quádrupla, quádrupla.

Se dois espermatozoides fecundarem um único óvulo, resultarão gêmeos univitelinos; sendo dois os óvulos fecundados, serão os gêmeos bivitelinos.

Com a fecundação, o óvulo passa a ser ovo, *celula mater* geradora do ser humano e iniciadora do estágio fisiológico denominado gestação, prenhez, gravidez.

Não são concordes os autores sobre a fase do ciclo menstrual em que ocorre a fecundação. Segundo Koller, seria do quinto ao décimo dia após a menstruação. Compreendemos como fértil, nos ciclos regulares de 28 a 30 dias, o período que vai do décimo primeiro ao décimo sétimo dia do ciclo menstrual, no qual se intensificam as conjunções carnis, quando o casal deseja formar prole, ou se pratica a continência sexual, quando pretende restringir a natalidade (*vide p. 548*).

12.2.1. Importância médico-legal do diagnóstico da gravidez

O estado de gravidez é objeto de estudo ou pesquisa em matéria jurídica para solução de importantes questões de direito, a saber:

- resguardo dos direitos do nascituro;
- investigação de paternidade;
- prova de adultério;

- d) prova de violência carnal;
- e) nos casos de infanticídio;
- f) diagnóstico da realidade de um abortamento;
- g) simulação e atribuição de parto alheio;
- h) dissimulação, sonegação e substituição do próprio parto;
- i) atestado de gravidez para funcionárias públicas gestantes;
- j) impediendo de anulação de casamento;
- l) meio para contrair novas núpcias;
- m) prova de reconciliação nos processos de dissolução conjugal;
- n) problemas atinentes aos infortúnios do trabalho;
- o) intoxicações profissionais lentas que comprometam a evolução da gravidez.

12.2.2. Diagnóstico da gravidez

O diagnóstico da gravidez baseia-se na anamnese, que, geralmente, por mais minuciosa que seja, reveste-se de pequeno interesse médico-legal, pelo que há de o perito receber com reservas as informações da interessada. De mais valia são o exame direto da paciente aliado aos exames complementares.

No exame direto da paciente deve o perito-obstetra observar os sinais de probabilidade, numerosos e precoces, e os sinais de certeza, em geral, tardios.

Constituem sinais de probabilidade:

a) *Amenorreia* — É a supressão da menstruação, na maturidade sexual.

Amenorreia súbita em história menstrual regular, em mulher de vida sexual ativa, poderá ser gravidez, até prova em contrário. Com efeito, mulher sexualmente ativa com supressão súbita das regras, pensa por primeiro em gravidez. Na prática obstétrica, entretanto, nem sempre é assim, pois a menstruação pode faltar por motivos outros que não a gravidez, como nas doenças ovarianas, neuroglandulares, caquetizantes, anemias, tuberculose, psicose neurose feminina.

Por outra forma, não é incomum a ocorrência de gestação em mulheres previamente amenorreicas, havendo ainda casos de prenhez com persistência de menstruação. A gravidez com persistência de menstruação é contestada pelo saudoso Prof. Fernando de Magalhães, ao afirmar que a perda sanguínea, nesses casos, resulta da erosão da cérvix, de lesão decidual e de pequenos descolamentos do ovo. *Data venia*, ousamos dissentir da opinião do douto mestre, ao menos no que concerne ao atendimento de duas gestantes que, mensalmente, exteriorizavam sangramento genital com todas as características de catamênio, nos dias do mês que a elas correspondiam a menstruação, e a quem faltavam as patologias mencionadas, a inserção placentária e possíveis, mas não verdadeiros, descolamentos ou descolamentos do ovo, sendo estudadas ultrassonograficamente, e que, inclusive, deram à luz por parto vaginal.

b) *Êmesis* — Traduzida por enjoos e vômitos habituais, em cuja gênese participa um componente psíquico, pode estar ausente na gravidez e presente fora dela.

Não se trata, aqui, da chamada hiperêmesis gravídica, gestose que, algumas vezes, se manifesta no primeiro trimestre da gestação, por um quadro de vômitos incoercíveis, conseqüente a um fator metabólico de grave insuficiência hepática, com perturbação do metabolismo hidrocarbonado e desnutrição, e não motivada pelo componente psíquico atribuído à êmesis.

c) *Modificações das mamas* — Engurgitamento mamário, pigmentação areolar, rede de Haller, saliência dos tubérculos de Montgomery manifestam-se, também, nas doenças dos órgãos genitais.

d) *Galactorreia* — Galactorreia ou “lactação inadequada” é a secreção de leite fora do ciclo gestatório.

A secreção mamária durante ou após a gestação chama-se galactopoese. Galactopoese é, então, a fase de manutenção da secreção mamária.

Não se confunde galactorreia com galactopoese, portanto.

A galactorreia, desse modo, não guarda relação com a gravidez, antes é um sintoma que pode significar uma simples alteração funcional, como, também, indicar o início de uma modificação anatômica conseqüente a uma neoplasia hipofisária; ou à persistência simples do corpo lúteo, ao hipotireoidismo, ao mixedema. E, no homem, à estimulação estrogênica excessiva do tecido glandular mamário, ao aumento da relação estrógeno/andrógeno secretados pelas células intersticiais, como acontece na adolescência e após jejum prolongado, ou, finalmente, à diminuição da inativação hepática de estrógenos, a modo do que ocorre na cirrose atrofica de Laennec.

A galactorreia resulta essencialmente da liberação anormal de prolactina hipofisária ou, então, da estimulação direta da glândula mamária. É interessante assinalar nesse sentido que mulheres *virgo intacta* e homens tiveram desenvolvimento das mamas em resposta à sucção regular vigorosa dos mamilos, feita por crianças, ou a seguir da aplicação de ventosas à região mamária.

Expositis, deduz-se ser a galactorreia, aos olhos do obstetra avisado, sinal de simples probabilidade de gravidez, pois não é incomum a expressão dos mamilos deixar extravasar gotículas de um líquido opalescente em mulheres virgens, inférteis, nulíparas, múltiparas, não grávidas e em homens, inclusive.

e) *Cloasma* — É uma hiperpigmentação que aparece no rosto de muitas mulheres, na fase inicial da gestação e, também, em certos estados patológicos dos ovários, da pele (melasma), das glândulas de secreção interna etc.

f) *Aumento piriforme ou globoso do ventre* — Tem, também, valor relativo, pois muitos tumores abdominais — como uma *ciste* de ovário gigante, contendo cerca de 10 litros de líquido, que há anos operamos — podem ser responsáveis pelo mesmo.

g) *Sinal de Klüge* — Coloração arroxeada da vulva, pela remora sanguínea determinada pelas compressões venosas do útero aumentado de volume, quer por gravidez, quer por tumores abdominais, especialmente do aparelho genital feminino.

h) *Sinal de Jacquemien* — Cianose da vagina, resultante da remora sanguínea.

i) *Sinal de Budin* — Os dedos que tocam sentem os fundos de sacos vaginais laterais “almofadados”, pelo crescimento uterino para os lados, na gestação.

j) *Sinal de Oseander* — Pulsação vaginal intensamente perceptível, determinada pelo mesmo mecanismo compressivo descrito no sinal de Klüge.

l) *Sinal de Reil-Hegar* — Ao toque bimanual detecta-se moleza e compressibilidade característica, na região situada anatomicamente entre o colo e o corpo uterino.

m) *Sinal de Puzos* — Baloço do útero aumentado de volume, em toque ginecológico bimanual. É, também, apenas mais um sinal de probabilidade, pois indica útero cheio, mas não afirma gravidez.

n) “*Linea nigra*” — Pigmentação longitudinal na linha mediana, que substitui a linha branca ou *alba* abdominal.

o) *Lordose acentuada* — É a seladura exagerada da coluna lombar, do nosso ponto de vista, por motivos óbvios, despida de valor.

p) *Dificuldades mecânicas diafragmáticas* — Interferem na respiração, ou vesicais, na micção etc., e costumam ser observadas em diversas patologias, independente de gravidez.

Alguns sinais de certeza são tardios, pois somente são observados a partir dos quatro meses e meio de gestação. São denominados sinais fetais porque resultam da presença do feto intrauterinamente. São eles:

a) *Movimentos fetais: ativos e passivos* — Os ativos são os movimentos do feto percebidos pela gestante ou observados por médico, espontaneamente, ou pelas manobras de Leopold, pela suave compressão da parede abdominal.

O obstetra não esquecerá a existência de mães ansiosas que, com certa frequência, confundem peristaltismo intestinal com os movimentos fetais ativos.

Os passivos são percebidos pelo médico, pela depressão brusca e suave da parede abdominal, ao nível da cicatriz umbilical, em toque bimanual, pelo rechaço do útero sobre as extremidades dos dedos médio e indicador, no fundo de saco anterior.

O *sinal de Piscacek* é a deformação irregular produzida pelo feto no interior da matriz, provocadora de assimetria uterina. A excitação da parede abdominal da gestante desencadeia contração uterina com a forma do feto formando uma lobulação chamada “proeminência de Piscacek”.

b) *Batimentos cardíacos fetais* — A partir da metade do tempo de gravidez, podem as bulhas cardíacas fetais ser auscultadas em ritmo de galope — 140 vezes por minuto —, pelo *estetoscópio de Pinard*, aplicado suavemente sobre a superfície de diferentes pontos da parede abdominal, conforme seja o tipo de apresentação ou de posição da criança intrauterinamente; pode-se também auscultar o *sopro dos vasos uterinos*. E, nos dias presentes, ao final do primeiro mês de gestação, em consultório, por aparelhos simples que utilizam o chamado “efeito Doppler” (sonar); ou, em hospital, pelo exame fonocardiográfico do feto, que comparado com a eletrocardiografia materna, permite não somente caracterizar as bulhas cardíacas com clareza, mas, também, detectar estados de sofrimento do concepto, amiúde, difíceis de apreciar com o ouvido desarmado.

c) *Sopro dos vasos uterinos* — Denominado sopro uterino ou sopro materno, é gerado pela penetração do sangue das artérias uterinas na placenta, em cujos seios intervenciosos sofre remora. Este sopro é máximo na área de inserção da placenta e sincrônico com os batimentos cardíacos maternos.

O obstetra atento não confundirá o *sopro dos vasos uterinos* com o chamado *sopro funicular* que se ausculta, especialmente, na vigência de nó, ou de circulares do cordão, posto que este é sincrônico com o coração fetal e produzido pela circulação do sangue nos vasos umbilicais. Nem vexará as pulsações cardíacas fetais com os batimentos da aorta que se propagam, em alguns casos, até a parede abdominal, sincronicamente com o pulso materno, através do líquido amniótico.

d) *Exames complementares* — Têm valor incontestável no diagnóstico da gravidez, modernamente, a ultrassonografia pélvica que, baseada no “efeito Doppler”, visualiza o concepto, em fase iniciada de gestação, através da bexiga em grau máximo de distensão, em écran comparável à ampola de aparelho de televisão (monitor), permitindo sucessivas fotografias de seus diferentes segmentos. A ultrassonografia baseia-se no *efeito Doppler* produzido pelos movimentos dentro do corpo, com baixa intensidade de ultrassom. As ondas ultrassônicas são geradas por transdutores, dispositivos que convertem energia elétrica em energia mecânica, feitos de materiais piezolétricos, como o quartzo, a turmalina, o sulfato de lítio, o titanato de bário, que apresentam um fenômeno chamado *efeito piezolétrico*. Pressões acústicas causam variações das dimensões físicas dos transdutores, provocando neles o aparecimento de um campo elétrico gerador de sinais que são amplificados e mostrados num osciloscópio ou registrados por meio de um graficador.

As vantagens da diagnose obstétrica com o ultrassom são sua segurança, sua conveniência por ser não invasivo e não traumático, pois ainda não se demonstrou, nestes últimos vinte anos, nenhum dano consequente a ele. Desse modo, tem a nítida vantagem do diagnóstico precoce e de inocuidade absoluta sobre o feto, diminuindo, cada vez mais, a indicação do exame radiológico que, além de confirmar tardiamente a gestação — pode excepcionalmente firmá-la pelos pontos de ossificação na clavícula a partir da sétima semana (embora haja quem lhe negue valor em prenhez com cerca de vinte semanas) —, não é de todo destituído de risco genético fetal e até de provocar aborto.

Insta afirmar que a ação dos raios X na gênese das malformações congênitas é tanto menos perniciosa quanto mais tardia a época de sua incidência. Dessa forma, os efeitos maléficis dos raios X são mais intensos sobre o conceito ou *ciema* na fase de blastema ou pré-embriônica, que vai desde o instante da fecundação até a 2.^a semana, e na fase de embriogênese, que se estende da 2.^a à 12.^a semana de vida gestacional. Isto porque os processos metabólicos são particularmente mais intensos nas primeiras fases de desenvolvimento embrionário, como demonstra o rápido consumo de oxigênio durante a gastrulação, ou a síntese de ácidos ribonucleicos, durante a neurulação, os quais desempenham importante papel na formação do citoplasma e do núcleo celular.

Em que pese a opinião de alguns autores de que a irradiação tardia, na segunda metade da gravidez, não provoca distorções, está, hodiernamente, sobejamente demonstrado, clínica e experimentalmente, que, embora o risco teratogênico pela irradiação seja mais remoto, ele todavia existe. Dessarte, é condenável o critério de certas escolas obstétricas que adotam o exame radiológico rotineiramente em gestantes. Nossa opinião, de obstetra que somos, é a de que, como o exame radiológico pode causar algum prejuízo ao nascituro, ainda que realizado na segunda metade da gestação, deve-se aboli-lo de condenável rotina e admitir a *irradiatio in utero*, esporadicamente, e somente se existir indiscutível indicação, segura e criteriosa, para o seu emprego.

Também as substâncias radioativas chamadas estrôncio-89, bário-130, plutônio-239 e zinco-65 atravessam a barreira placentária — conjunto de tecidos de um ovo ou embrião em evolução que está em contato com os fluidos maternos, em quaisquer dos estágios da gestação, e que regulam a transferência de substâncias da mãe para o conceito, e vice-versa — e se localizam no feto, constituindo perigo para o seu normal desenvolvimento.

A ultrassonografia pelviana pode diagnosticar prenhez incipiente (três semanas); estuda, com segurança, a evolução do embrião e, posteriormente, do feto, o seu diâmetro biocipital, a relação entre os membros e o tronco, as vísceras ocas e maciças, o grau de amadurecimento da placenta, o binômio fetoplacentário e informa, com margem de erro de mais uma ou de menos uma semana, a data do parto.

As reações biológicas habitualmente citadas nos livros de Medicina Legal, indicadoras de precocidade gestacional, embora, em verdade, tenham incontestado valor científico, são pouco práticas e constituem testes do passado, dada também a intensa evolução laboratorial apresentada pela medicina ao longo dos anos. Por isso, registramos o prático teste biológico de gravidez denominado imunoensaio, feito com material designado Gravindex, Pregnosticon planotest, Pregnosticon all-in, BHCG, baseado na existência, na mulher prenhe, de gonadotrofina coriônica, que tem a propriedade de aglutinar uma gota de urina sobre a lâmina na qual se põs, previamente, uma gota de soro antigravindex, se a interessada não estiver grávida. Obviamente, se não houver aglutinação, a mulher estará prenhe. Este teste, chamado reação de Mario Magliano, é realizado em urina colhida aos 12 dias de atraso menstrual e confirma ou nega gravidez em apenas três minutos. Importa saber que, a despeito de sua popularidade — é vendido sob nenhum controle nas farmácias, para pesquisa por leigos, a domicílio —, não oferece segurança máxima, pois temos observado inúmeros casos de mulheres grávidas, com dois e até três resultados de imunoensaio negativos. O inverso também é verdadeiro. Conferimos-lhe, portanto, reservada validade quando indica positividade para a gravidez, como uma forma de complementação diagnóstica.

Negativa a reação de Mario Magliano, recomendamos a dosagem de gonadotrofina coriônica em urina colhida durante 24 horas que, além de negar ou afirmar gravidez (a alta taxa deste hormônio na urina da mulher prenhe, e que oscila entre 15.000 a 500.000 unidades), nas 24 horas, confere-lhe indiscutível valor diagnóstico, posto que não se conhece nenhum outro estado que a este efeito possa confundir-se com a gestação), nos fornece uma dosagem real do teor desse hormônio na paciente em estudo.

No que respeita à gravidez, é de boa norma o perito não esquecer o sábio aforismo: há mulheres que enganam, que se enganam, que são enganadas. Temos, pois, de admitir várias hipóteses:

a) *Suposição de gravidez* — A mulher, de boa-fé, supõe-se grávida, pois sente, notadamente na chamada pseudociese, inúmeros sinais de probabilidade, mas não está, esvaindo-se-lhe a ilusão de ser mãe, muita vez, após um aparente trabalho de parto, ou, mesmo antes, ao ser esclarecida por especialista sobre o ledto engano em que se encontrava.

A pseudociese é uma forma de amenorreia secundária psicógena que se observa nas mulheres de temperamento genitualmente lábil, estéreis ou climatéricas, que têm obsessão de maternidade, ou receio de gravidez, através de um mecanismo hipotalâmico de persistência luteínica. É uma psicose, na qual a mulher apresenta ideia delirante de gravidez, e muitos dos sintomas-sinais inerentes à mesma, com ausência de conceito.

O Prof. José Botella Llussiá (*Tratado de ginecologia*, Ed. Científico-Médica, 1965, t. 3, p. 626) admite ser possível que na espécie humana a cópula com varões estéreis possa provocar os mesmos efeitos. E o faz apoiado na observação de um casal sem filhos que referiam vários abortos, se bem que nunca se tivesse identificado um verdadeiro ovo. Por três vezes a mulher tornou-se amenorreica e apresentou sintomas gravídicos. O espermograma do marido acusou azoospermia. No momento em que a mulher conheceu a impossibilidade de ter filhos por causa masculina — concluiu o mestre — deixou de apresentar as pretensas gravidezes.

Essa *grossesse nerveuse* paradoxalmente nada mais é do que temor de gravidez ou desejo psiconeurótico de engravidar.

A síndrome pode acometer indivíduos do sexo masculino. Laurent, em 1934, refere-se a um homem, observado por Blumenstock, que imaginava em si uma prenhez gemelar. Durante a Primeira Grande Guerra Mundial ocorreram casos dos chamados “pançudos de guerra”, que, estressados pelo fragor das batalhas, apresentavam sintomas semelhantes à gravidez.

A pseudociese é gravidez imaginária que tem maior incidência na raça negra.

A duração da síndrome pode ultrapassar os nove meses.

As pseudociéticas são instáveis emocionalmente, deprimem-se facilmente, sem causa aparente; muitas têm tendência masoquista. Há casos em que podem ser encontrados sinais histéricos, como a exaltação da formação dos sintomas observados nos estados psicóticos.

Na gravidez espúria observam-se, às vezes, muitos ou todos os sintomas--sinais que estão, amiúde, intimamente unidos à prenhez genuína. Desta sorte, ocorre amenorreia, ou, então, sangramento genital instalando-se em períodos irregulares e incomuns; abdome intumescido imitando a expansão abdominal da gravidez genuína; náuseas e vômitos ocasionais; aumento de volume das mamas, secreção colostrálica e surgimento dos tubérculos de Montgomery e da rede venosa de Haller e escurecimento da aréola secundária; percepção de movimentos, como se fossem fetais, geralmente causada pela contração da musculatura anterolateral do abdome e pelo deslocamento peristáltico das alças intestinais; aumento ou não do útero, com amolecimento do colo; aumento do peso corporal. Sintomas de trabalho de parto, nas que chegaram “ao término”, com a dinâmica característica, e cessação abrupta dos sintomas quando as mulheres são convencidas, durante essa manifestação, de que não estão grávidas.

Na pseudociese não existe fecundação.

É síndrome relativamente rara, atualmente, graças aos exames e cuidados pré-natais.

Semiótica sistematizada e lembrança da existência de pseudociese permitem ao obstetra estabelecer, com segurança, o diagnóstico diferencial entre essa síndrome e a gravidez verdadeira.

A pseudoprenhez interessa ao Direito Penal como exemplo, nos casos em que a pseudociética acusa o seu médico de aborto intencional, pelo fato de ele ter provocado o retorno da menstruação.

E ao Direito Administrativo importa no que concerne à concessão de licença a funcionárias gestantes e na garantia absoluta de estabilidade das pseudociéticas, em seus empregos, por erro diagnóstico.

Conduta obstétrica temerária, que não deve ser seguida, é a relatada por Paciornick, em 1959. Ei-la, nos seus traços principais: “Trata-se de mulher pseudociética a quem o psiquiatra julgou desaconselhável revelar a verdade, recomendando a simulação de um parto vaginal, com uma criança a ser adotada. O marido aquiesceu. No período correspondente ao que seria o ‘término da gestação’, a paciente foi submetida à anestesia geral, com colocação de um agrafe no períneo, para dar maior realismo à simulação, da qual resultou uma ‘filha’, normalizando, por completo, o estado psíquico da mãe”.

Embora pareça ideal aos menos avisados, a solução dada ao caso implica problemas de ordem ética, como se percebe no Código de Ética Médica:

“Art. 42. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País”.

“Art. 46. Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em caso de iminente perigo de vida.”

“Art. 59. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.”

b) *Simulação de gravidez* — A mulher, de má-fé, movida por interesses escusos, quais sejam a intenção de resguardar um pretensão direito, ou de fugir de responsabilidade, finge gravidez.

Hofstaetter (1934) informa sobre duas mulheres que simularam gravidez objetivando extorquir seus amantes, pelos danos de um provável aborto.

Quando impera a má-fé da mulher, o diagnóstico torna-se difícil, no início, pois ela perturba e dificulta a feitura do mesmo, recusando-se aos exames obstétricos e laboratoriais. A simulação de gravidez será facilmente desmascarada, *a posteriori*, pela ausência dos sinais de certeza.

c) *Dissimulação da gravidez* — É o contrário da simulação. Sempre de má-fé, a mulher, sabendo-se grávida, nega, dissimula, disfarça, para esconder prenhez resultante de relações sexuais adúlteras, de sedução, ou para defesa nas acusações de crimes de aborto, infanticídio etc.

Basta exame obstétrico pericial bem conduzido e criterioso para desmascarar a disfarçada e sua fraude.

d) *Ignorância de gravidez* — A mulher, de boa-fé, está grávida, mas ignora a prenhez, especialmente no estágio fisiológico denominado climatério, ou quando passou muitos anos sem ter filhos.

São descritas como tais:

12.2.3.1. Superfecundação

É um fenômeno raríssimo, mas teoricamente possível — embora não seja provado que possa ocorrer facilmente na espécie humana — que consiste na fecundação de dois ou mais óvulos, em coitos diversos e em momentos distintos, em uma mesma fase ovulatória, por um único indivíduo ou por diferentes homens. Na hipótese vertente, os gêmeos fraternos podem resultar da fertilização de dois óvulos separados, um de cada ovário, de dois óvulos separados, do mesmo ovário, ou de uma ovulação múltipla no ciclo menstrual, com três ou até mais óvulos podendo, assim, ser de cor e raça diversas.

A superfecundação foi comprovada em algumas espécies animais, cruzando-se uma fêmea de uma raça determinada com dois machos de duas raças distintas, pela observação de que, entre as crias da mesma natalidade, umas pertenciam a uma raça e outras, à outra.

À Medicina Legal interessa a superfecundação nos casos de exclusão de paternidade, pelas provas sanguíneas, lembrando que, se os pais forem de cor ou de raça diversas da dos recém-nascidos, o fato facilmente se evidenciará.

12.2.3.2. Superfetação

Consiste na fecundação de dois ou mais óvulos, de postura diferente, pelo mesmo indivíduo ou por homens diversos, do que resultará, após uma gravidez iniciada há algum tempo, uma segunda prenhez.

Não é aceita pela maioria dos obstetras, na espécie humana. Para os que negam essa possibilidade, os raríssimos casos relatados, que ensejaram interesse médico-legal de legitimidade, decorreram da desigual evolução dos fetos, ou do nascimento em tempos diferentes, e não da fecundação de óvulos de posturas distintas, pois a gravidez, na mulher: a) pressupõe a supressão da ovulação; b) os orifícios tubários e cervical, do útero, impermeabilizam-se precocemente pelo tampão mucoso de Schoëreder, impedindo a passagem de novos espermatozoides.

Contra: José Botella Llussiá (*Tratado de ginecologia*, 6. ed., Ed. Científico-Médica, 1964, p. 426) relata o atendimento de uma gestação, intra e extrauterina simultânea, com um feto de três meses nidado no alveo materno, e outro, embrião de seis semanas, com sinais de vitalidade, em uma das tubas de Falópio. O estudo histológico não evidenciou nenhuma anomalia de desenvolvimento no embrião de seis semanas, tornando difícil admitir ter sido o seu crescimento obstaculizado pelo outro gêmeo. “Por lo tanto, en este caso había que admitir la existencia de una superfetación, tanto más quanto que el segundo embrión estaba en la trompa, lo qual indica que había una causa que le impedía anidar en el útero, como lo hubiera hecho de haber sido fecundado en igual momento que su hermano. En la literatura hay bastantes casos iguales. Así, pues, aunque no como fenómeno frecuente, sino como extraordinaria rareza, es posible admitir la superfetación en la especie humana”.

Temo-la observado em cães.

12.2.3.3. Gravidez ectópica

Toda nidação fora da cavidade uterina constitui gravidez ectópica, denominação que melhor conceitua a gravidez extrauterina, também dita tubária, porque existem prenhez, como as intersticiais ou as cervicais ou as abdominais primitivas que são, *verbi gratia*, ectópicas.

O número de casos de gravidez ectópica aumenta frequentemente em todas as clínicas do mundo, o que é explicado pela maior facilidade das explorações intrauterinas, pelas manobras anticoncepcionais, abortos provocados, tratamentos da esterilidade, das salpingites, que nem sempre ficam suficientemente curadas, anomalias congênitas das trompas, endometrioses, irregularidade dos movimentos pseudoperistálticos tubários que pode facilitar a instalação e o desenvolvimento, até certo ponto, dessa anomalia da gravidez, pela ordem, na porção ampolar, istmica, tubariana, e a seguir no ovário ou no abdome, por duas formas distintas:

1.ª) gravidez abdominal primitiva, na qual o feto pode excepcionalmente manter-se em evolução, às vezes até o termo, e sobreviver;

2.ª) gravidez abdominal secundária por emigração, na qual ocorre inexoravelmente a morte do conceito.

A evolução habitual da gravidez ectópica é o aborto tubário ou, o que se reveste de extraordinária gravidade, a ruptura aguda da trompa, caracterizando quadro de abdome agudo cirúrgico, podendo a morte ocorrer rapidamente por choque hipovolêmico se a mãe não receber socorros médico-cirúrgicos imediatos. Dessarte, toda gravidez ectópica requer intervenção cirúrgica de indicação urgente ou precoce, segundo os casos. *Tome-se esta afirmação por lei*, desde que tenha sido iniludivelmente diagnosticada.

Se o feto, após algum tempo de evolução, morrer, sem ocorrência de nítida patologia orgânica materna, e não for expulso, ao cabo de algum tempo calcifica, transmutando-se em litopédio (*lithos*, pedra; *pedio*, criança), ou em *litokelifopedion* (corpo duro calcificado envolto em suas membranas).

É muito raro em nossos dias o achado de uma gravidez ectópica abdominal primitiva quase a termo ou a termo morto na cavidade celomática, com o feto mumificado ou litopédio. Estes achados atualmente têm mais valor histórico.

12.2.3.4. Feto papiráceo

É ocorrência rara que, embora possa acontecer na gestação univitelina, é mais frequente na bivitelina ou em gestações múltiplas, em que após a morte de um dos conceitos, que não é prontamente eliminado, este sofre alterações de tal ordem a transformá-lo em *fetus compressus*.

A etiologia principal da transformação papirácea do feto *post mortem* seria dada pelo comprometimento de uma das duas circulações placentárias, por fatores de ordem hemodinâmica e anatômica, determinativa do recebimento, em menor quantidade, de sangue por parte de um feto (feto transfusor) em relação ao outro (feto transfundido), ocasionando-lhe subdesenvolvimento e a morte. Morto um dos fetos, ele continua a receber nutrição suficiente para evitar a maceração, mas não a mumificação, transformando-se, auxiliado por processo compressivo, fatores físico-químicos, graus de hidratação etc., em feto papiráceo (*vide* “Mumificação”, n. 10.3.3.2.1).

O diagnóstico anteparto da morte unifetal é sugerido pelos seguintes sinais:

a) volume do útero desproporcional ao tempo da gestação e sinais reveladores de hidrânio; depois, no 5.º mês, desaparece o hidrânio e o útero volta ao seu tamanho normal;

b) contrações prolongadas de Braxton-Hicks coincidem com o desaparecimento do excesso líquórico, persistindo até o fim da gestação, decorrentes da ação irritativa do feto morto;

c) presença de um sulco de direção oblíqua, na superfície anterior do útero, separando o feto vivo do papiráceo;

d) pequena perda de sangue que acompanha o óbito, no início da gravidez.

O feto papiráceo pode ser expulso no puerpério, em geral, após o feto a termo. Pode suceder o inverso: P. Glenning, Twin pregnancy with the first twin blighted, *Med. J. Aust.*, 49:203, 1962, cita um caso de precedência de até 16 dias de feto papiráceo, antes do feto a termo.

12.2.3.5. Gravidez molar

Consiste na degeneração vascular ou hidática do ovo.

Com efeito, é a mola hidatiforme uma variedade do chamado ovo abortivo, ou seja, do ovo formado pelo embrião e trofoblasto que experimenta, espontaneamente, no curso da ontogênese, a degeneração e a morte, sendo expulso cedo ou tardiamente após a consequente interrupção da gravidez. Dessarte, ambos, ovo abortivo e mola hidatiforme, constituem um mesmo fenômeno degenerativo ovular probante de processo inevitável da progênie humana.

Em que pese a influência restrita de certos fatores ambientais adversos no desenvolvimento do ovo, determinando a degeneração atrófica do *extrato de Langhans* e do sincício, acreditam os autores que o fenômeno ovo abortivo primário é predominantemente genético. Na gravidez gemelar dizigótica apenas um dos ovos pode sofrer degeneração molar, enquanto o outro permanece normal.

A mola hidatiforme é uma afecção das vilosidades coriais, que espessam e edematizam, levando ao desaparecimento da árvore vascular central, com hiperplasia da camada de Langhans e do sincício, que se tornam parasitas do sangue materno, isto é, que, em vez de se nutrirem do sangue do embrião (tecidos de estirpe embrionária que são), habituam-se a viver das substâncias alimentícias hemáticas do corpo fecundado. Uma degeneração molar, mola hidatiforme ou, simplesmente, mola, é, inicialmente, então, um ovo abortivo cuja camada de Langhans e o sincício, em lugar de atrofiar e desaparecer, a modo do que fazem os *ovum abortivus*, degenerando e morrendo, tornam-se parasitas do sangue materno, por não mais se nutrirem do sangue do embrião, apresentando-se sob a forma de vesículas ou “hidátides”, que, frequentemente, ocasionam sérios problemas à saúde materna e, desnecessário dizer, o término da concepção.

Not que pertine à saúde materna, durante a prenhez molar pode ocorrer hipertireoidismo, porque o trofoblasto produz substância semelhante ao hormônio tireotrófico; insuficiência cardíaca direita aguda relacionada ao quadro tireotóxico ou a um aumento da resistência pulmonar, por maior deportação vilosa; hipertensão arterial, edema e proteinúria, em cerca de 20% das pacientes, e abdome agudo, motivado por torção ou perfuração dos cistos tecaluteínicos. A presença dos cistos tecaluteínicos ocorre em 50% dos casos de mola hidatiforme, mercê da estimulação coriônica. A não ser na vigência de complicação aguda a conduta é sempre conservadora.

A mola pode ser expulsa espontaneamente, ou, então, por meio de recursos medicamentosos e cirúrgicos, não de todo isentos de riscos, representados por ocitócicos injetados, gota a gota, endovenosamente, esvaziamento uterino manual (curagem), excepcionalmente instrumental para evitar a disseminação de uma mola proliferativa (*mola destruens* ou *corioadenoma destruens*) pela via venosa, e a microcesárea, nunca por uma desnecessária histerectomia.

Tanto quanto possível há de ser precoce o esvaziamento eletivo da cavidade uterina, objetivando impedir que ocorra o óbito da mulher consequente à toxemia grave ou que ela experimente hemorragia aguda ou crônica, complicações pulmonares relacionadas com tecido trofoblástico embólico etc.

O diagnóstico de certeza de mola hidatiforme é feito pela observação de eliminação das vesículas ou *hydatis*. O desproporcional aumento do fundo do útero, em

relação ao correspondente tempo da possível gravidez, tem valor apenas conjectural. Não ocorrendo expulsão das hidátides, deve o obstetra intentar o diagnóstico de mola hidatiforme, preferentemente por meio de ultrassonografia pélvica e de dosagens hormonais (gonadotropina coriônica, estrogênio, lactogênio placentário), e de técnicas laboratoriais, como a pesquisa de elementos químicos do sangue, na urina e nas próprias vesículas molares (se expulsas, para identificação do *corioadenoma destruens*) e, secundariamente, de raios X simples do abdome, de histerografia contrastada, de arteriografia pélvica e de exame histológico.

A ultrassonografia põe em evidência a câmara amniótica, sempre ausente na moléstia trofoblástica.

Dosagem de gonadotropina coriônica acima de 300.000 U.I. por litro de urina é diagnóstico quase seguro de mola hidatiforme; será diagnóstico de certeza quando houver reação positiva com urina diluída a 1/200 injetada na coelha ou na rã macho.

Dosagem de hormônio lactogênico placentário em níveis inferiores aos esperados para a data da prenhez, ainda que ausentes os batimentos cardíacos fetais e a altura uterina quando se apresenta superior à idade da gestação correspondente, apenas sugere a presença de mola hidatiforme.

No que concerne à química do sangue, na gravidez normal os aumentos das concentrações de cobre e de cobre-oxidase do soro sanguíneo aumentam em proporção muito menor do que na degenerescência molar de mesmo tempo de evolução. Ocorre o inverso com o enxofre, cujo aumento é significativamente maior na gestação normal do que na mola hidatiforme. O magnésio é mais baixo na prenhez normal, e as concentrações de cálcio e de fósforo, muito semelhantes.

Quanto à urina, na gravidez molar estão aumentadas a excreção de enxofre inorgânico e a de fósforo; a excreção de cobre e a de magnésio permanecem dentro dos limites normais, e a do cálcio, muito diminuída.

A química das vesículas molares e da placenta guarda muita semelhança quanto ao cálcio, magnésio e cobre. O baixo conteúdo desse último elemento permite atribuir etiologia degenerativa à gravidez, em substituição à teoria tumoral, pois, desde os trabalhos de De Jorge e outros, em 1965, sabe-se que o cobre aumenta nos tecidos neoplásicos. Do exposto é possível, pelos exames laboratoriais, estabelecer, com segurança, diagnóstico diferencial da mola não apenas com a gravidez normal, mas, também, com os tumores malignos abdominais.

A histerografia contrastada mostra aspecto clássico em “colmeia ou favo de mel”. Os espaços se contrastam e as imagens negativas correspondem às vesículas molares.

A angiografia pélvica tem importância para o diagnóstico diferencial precoce da forma maligna da benigna, dos coriomas, por método radiológico. Isto porque o trofoblasto localizado no interior do miométrio determina alterações vasculares perfeitamente visualizáveis pela arteriografia pélvica, inclusive fornecendo subsídios no tocante ao prognóstico.

Na degeneração molar maligna não existe estrutura vilosa; há somente células trofoblásticas atípicas. Dessarte, o achado de vilosidade corial profundamente situada no miométrio permite o diagnóstico histológico de mola hidatiforme invasiva.

O maior risco da degenerescência molar é de que se transforme em *gestocorioepitelioma*. Por isso, recomenda-se o controle periódico da paciente através de dosagem de gonadotropina urinária, que não mais deve ser encontrada após a quinta semana da expulsão das hidátides, essa conduta devendo ser seguida, obrigatoriamente, durante dois anos.

Nada obsta, todavia, que a paciente engravide durante esse período de vigilância hormonal, pois a gestação em apreço não será molestada, nem a prejudicará; antes deve-se corretamente deduzir que se ela chegou a engravidar é porque da mola hidatiforme nada restou, está curada.

12.2.3.6. Retenção de feto morto

O feto morto retido intrauterino tem sua diagnose baseada em fatores obstétricos, radiológicos e ultrassonográficos e laboratoriais.

O obstetra deve pensar, por primeiro, em morte fetal com retenção no alveo materno sempre que observa clinicamente desarmonia entre a altura do fundo do corpo uterino e a idade provável da gestação; diminuição progressiva do volume uterino, explicada pela reabsorção do líquido amniótico, que pode extinguir-se completamente (sinal de Haberer); ausência de bulhas cardíacas à ausculta por estetoscópio de Pinard ou pelo “efeito Doppler”, e de movimentos fetais, após o quarto mês e meio de gestação.

Ao exame radiológico visualiza-se a presença de halo gasoso nos vasos fetais com achatamento do pericrânio (sinal de Spander, que indica morte do concepto de, no mínimo, sete dias), e os quatro sinais de Spalding:

- a) cavalgamento dos ossos constitutivos da calvária, uns sobre os outros;
- b) relaxamento dos ligamentos intervertebrais e cifose acentuada da coluna vertebral, pela pressão uterina;
- c) flexão exagerada dos membros;
- d) atitude de “feto nadador”, ou seja, não abdução dos membros superiores contra o corpo.

A ultrassonografia obstétrica constata ausência de bulhas cardíacas fetais, a própria reabsorção do líquido amniótico e sinais de maceração, que se instala no feto morto retido, após o quinto mês de gestação.

Os exames laboratoriais, como a reação de Houssay, a colpocitologia, a diminuição paulatina do estriol, na urina, e outros têm valor de probabilidade, apenas.

12.2.4. Duração legal do tempo de gravidez

Todos os critérios científicos e exames obstétricos visando a estabelecer o tempo de duração da gravidez, até hoje, assentam-se na probabilidade.

A própria ultrassonografia obstétrica, que tão infosmável valor empresta à Obstetrícia, tem-se mostrado hesitante quanto à determinação segura da época do parto, admitindo, francamente, uma margem de erro de mais uma e de menos uma semana. É por isso que a prudência recomenda falar em época provável do parto.

Para a determinação do tempo de duração da gravidez, utilizam-se vários recursos, como a época da ovulação, a data da nidação, a data do provável coito fecundante, a data da última menstruação, os movimentos ativos do feto, a altura do fundo do corpo do útero, o amolecimento do colo, a radiografia fetal e a ultrassonografia obstétrica.

Desses sinais, o mais pesquisado na prática obstétrica é a altura do fundo do útero, que aumenta, de forma inconstante, à razão de quatro centímetros por mês. Dessa forma, basta dividir a altura encontrada por 4, para ter-se o tempo aproximado da gestação.

Todavia, melhor que esse método empírico é o perito-obstetra lembrar que, até o quinto mês, o comprimento do feto, em centímetros, é igual ao quadrado da idade da gravidez; depois do quinto mês a estatura do feto é igual ao produto, por cinco, da idade da prenhez, em meses lunares.

Os movimentos ativos do feto são, habitualmente, pressentidos pela mãe, em torno dos quatro e meio meses.

O amadurecimento do colo do útero, dito “borramento” ou “apagamento”, ocorre no pré-parto e não tem valor na determinação do tempo de gravidez.

A radiografia fetal, que positivo prenhez aproximadamente aos quatro e meio meses, também poderá orientar, com reservas, a data provável do parto.

Já comentamos a ultrassonografia obstétrica.

O que não se deve utilizar, por condenado, é o método de Ahlfeld, medida do feto através das paredes uterinas.

O tempo médio de duração da gravidez é de 280 dias. O Código Civil, no art. 1.597, refere-se a 180 dias, como limite mínimo, e em 300 dias, como termo máximo.

Atenta-se, por fim, para os casos de hiper maturidade fetal, raros, mas possíveis, quando a gestação se prolonga além da 42.^a semana da data da última menstruação (294 dias), da 43.^a semana ou 301 dias (Mac Kiddie), ou da 44.^a semana ou 308 dias (Tucker e Benaron).

A legislação estadunidense admite até 317 dias.

A frequência do parto pós-maturo, segundo A. Caballero e J. Berrenzueta, (*Acta Ginecológica*, 14, 154, 1963) é de: 42 a 43 semanas, 8,10%; 43 a 44 semanas, 3,97%; 44 a 45 semanas, 1,85%; além de 45 semanas, 0,65%.

O feto hiper maturo não engorda, mas continua a crescer intrauterinamente. Destarte, nasce, amiúde, com maior estatura do que o expulso em tempo gestacional normal, com perda do turgor dos tecidos e aspecto enrugado e de velhice precoce; coloração pardo-esverdeada (nem sempre), comprimento das unhas ultrapassando o rebordo digital, ausência de *vernix caseosum* por perda ainda em vida intrauterina, e de lanugem, e cabelos fortes e abundantes crescidos além do normal. Tem menor vitalidade que o nascido a termo, e muitos morrem cerca de vinte dias após a natalidade sem antes ter apresentado sinais de patologia *neo-natorum*.

Clinicamente, pode-se chegar ao diagnóstico de prenhez prolongada baseando-se na data da última menstruação (com reserva), diminuição da altura do fundo do corpo uterino e do peso da gestante (sinal de Haberer), sinais de maturação e apagamento do colo, encontro de mais de 50% de células *orangiófilas*, teste de formação de bolha positivo, dosagem de creatinina no líquido amniótico e ultrassonografia obstétrica, pois na hiper maturidade fetal ocorre parada de aumento do diâmetro biparietal.

As medidas dos núcleos para o diagnóstico de prenhez prolongada são inúteis, pois não aparecem após a 43.^a semana de gestação.

Saling propôs o estudo do pH do sangue fetal para o diagnóstico de prenhez prolongada.

Há risco na gravidez prolongada, pois a saturação de O₂ sanguíneo do nascituro diminui gradativamente, sendo causa de aumento de mortalidade fetal.

Não se confunde hiper maturidade fetal com prenhez fisiologicamente prolongada. Esta é gestação ultrapassada da data, sem insuficiência placentária e sem síndrome de pós-maturidade fetal.

Suspeitando o médico, após serenas ponderações, de hiper maturidade fetal, deve submeter a paciente à *amnioscopia*, exame consistente na delicada introdução do *amnioscópio* no canal cervical para visualizar o líquido amniótico, pela parte inferior da bolsa das águas. O aspecto límpido ou opaco do líquido indica estado normal; se comparável a “sopa de ervilhas”, ou estiver com seu volume reduzido, está *provavelmente* o concepto em perigo. Dissemos *provavelmente* por ser quase impossível precisar conclusivamente se o nascituro está em perigo, apenas por esses dados observados durante a *amnioscopia*. Na hipótese vertente, impõem-se a ruptura das membranas da bolsa das águas e a estimativa do estado de saúde do *nasciturus* pela análise de amostra de sangue capilar no couro cabeludo. É, inclusive, micrométodo excelente para o ajuizamento se o feto será capaz de suportar o parto natural, comparativamente com a terminação cirúrgica da gestação, quando os dados *amnioscópicos* são positivos. Tal conduta reduz a indicação intempestiva — tão em moda — de resoluções cirúrgicas, pois cumpre-nos advertir não ser a

operação cesariana panaceia universal tocológica, remédio para tudo.

Ponto-finalizando: a legislação nacional não reconhece legitimidade à hipermaturidade fetal, embora ela exista; por isso, será sempre de bom alvitre o honrado julgador ao perito-obstetra ouvir.

12.2.5. Reprodução humana assistida

1 — Fecundação humana extracorpórea

Inseminação e fecundação sejam embora termos utilizados por diversos autores como sinônimos, não o são pois enquanto a expressão latina inseminação (*in*, dentro; *semen*, semente) artificial deve ser entendida como a colocação de esperma no fundo de saco vaginal inferior utilizando-se de meios diversos da conjunção carnal, fecundação (*de fecundatio, fecundare*, impregnar, fertilizar) consiste na fertilização do óvulo pelo espermatozoide.

Daí preferirmos chamar fecundação humana extracorpórea à técnica que permite à mulher ter óvulo retirado de seu ovário e, após fecundado em proveta, ser implantado no útero próprio ou alheio.

Poderá ser homóloga, quando se emprega sêmen do marido, e heteróloga, quando ele é fornecido por outro homem (doador).

Esse revolucionário método de *fecundação humana extracorpórea* tem suscitado implicações sociais, éticas e legais que estão obviamente a exigir a votação legislativa de leis regulamentárias da matéria.

No campo ético, regula a matéria a Resolução n. 1.358/92, do Conselho Federal de Medicina.

O Código Civil também faz referência expressa à reprodução assistida no art. 1.597, III, IV e V.

Do ponto de vista jurídico, a *fecundação humana extracorpórea*, com sêmen do marido, não enseja dúvida quanto à legitimidade da paternidade, independentemente de argumentação de que, para o registro do filho, não se obriga aos pais declarar como ele foi gerado. Talqualmente, o sêmen de disponente, com o consentimento do marido, dará origem a um filho legítimo, à semelhança do que resulta de adultério consentido, visto como “*são legítimos os filhos concebidos na constância do casamento*”.

Diga-se, a bem da verdade, que, moralmente, a inseminação artificial heteróloga, ainda com consentimento do marido, constitui um adultério em tudo similar ao adultério “tradicional”, posto que a mulher receptora atenta contra as leis do matrimônio, tanto se tem relações sexuais extramatrimoniais, como se tem filhos com um estranho. Assim, a *fecundação humana heteróloga*, com sêmen de doador sem o consentimento do marido, enseja separação judicial com base em *injúria grave*, ou anulação etc.

Ademais, gera problemas de filiação, legitimação, nulidade de testamento, direitos humanos etc., os quais acompanharão, como sombra, por toda a vida ao que foi concebido por esse infamante processo.

2 — Direitos dos pré-embriões

Indaga-se se os pré-embriões crioconservados, que aguardam ser nidados no endométrio uterino, fariam jus à pensão alimentícia ou à sucessão patrimonial. Reconhecendo, embora, que os pré-embriões ou pré-nascituros são pessoas *in fieri*, pois já dotados de carga genética própria, plenamente diferenciada, somos pela negativa, posto entendermos por *gravidez* o estágio fisiológico da mulher que concebeu, durante o qual ela traz em suas entranhas, e *alimenta*, o produto da concepção. E, na hipótese vertente, inobstante existir fecundação, não há gestação propriamente dita, pois o ovo não nidou no endométrio receptor, permanecendo quiescente, ausentes a circulação intervulvária, a circulação fetoplacentária etc.

Dessarte, não farão jus à tutela dos arts. 2.º (início da personalidade civil), 1.611 (permissão para residir no lar conjugal), 1.799, I (capacidade do filho, ainda não concebido, de pessoa indicada pelo testador, desde que esta esteja viva no momento que se abrir a sucessão), todos do Código Civil, de vez que, enquanto apenas no estado de pré-embriões, não são ainda sequer cidadãos *em germe*, homens *in spem*; nem merecerão, evidentemente, pensão alimentícia ou direitos à sucessão.

12.3. Parto e puerpério

Define-se parto (do latim *partus*, ação de parir) como o conjunto de fenômenos mecânicos, fisiológicos e psicológicos expulsivos do feto a termo, ou já viável, e de seus anexos, do âmulo materno para o exterior.

É o ato mecânico e fisiológico mediante o qual o conceito, apto para a vida extrauterina autônoma, e seus anexos são expulsos do ventre materno.

Parturição é o parto natural, isto é, aquele cuja expulsão uterina do feto e de seus anexos processa-se naturalmente ou por ação da própria natureza.

Parto a termo é aquele em que o feto completou a duração de vida intrauterina normal, ou seja, o que se processou entre a 38.ª e a 42.ª semana; entre a 29.ª e a 37.ª semana de gravidez, chama-se parto prematuro; entre a 21.ª e a 28.ª semana, parto imaturo.

Melhor critério que o período de duração da gestação na avaliação da prematuridade é o ponderal. Isto porque o *critérium* cronológico, aceito pelo Children’s Bureau e pela American Public Health Association, que define prematuridade como o “término da gestação no período compreendido entre o início da 28.ª e o fim da 37.ª semana” é falho, pois a data da última menstruação na maioria das vezes não é bem conhecida e a gestação humana tem duração consideravelmente variável.

Conforme o conceito ponderal da prematuridade, imaturo é o infante nascido pesando entre 401 e 1.000g; prematuro, pesando entre 1.001 e 2.500g e maduro, pesando acima de 2.500g.

O peso fetal aumenta com a multiparidade.

A expulsão de conceito que ainda não adquiriu viabilidade (antes da 21.ª semana) será aborto; aborto é, também, o nascido vivo que sucumbe logo após, por inaptidão para a vida extrauterina autônoma, conforme o § 2.º, V, do art. 129 do Código Penal. Por *sucumbir logo após*, deve-se entender a morte do já nascido, ou seja, o desaparecimento permanente de toda evidência de vida após o nascimento. A inaptidão mencionada se deve a que o expulso das entranhas maternas antes da 21.ª semana apresenta estados de hipóxia ou de anóxia, conseqüente ao fácil esgotamento funcional de seus centros respiratórios e à sua escassa energia de respiração, além de incompleto desenvolvimento das vias aéreas terminais. Durante a primeira metade da gestação, o desenvolvimento dos pulmões caracteriza-se por formações endodérmicas de aspecto tubular, semelhantes a glândulas, rodeadas por abundante estroma mesenquimal pouco vascularizado que se bifurcam e se canalizam em ramificações sucessivas. A partir da 20.ª semana esses ductos diferenciam-se em uma porção terminal, recoberta por epitélio cúbico (os alvéolos), e por uma porção proximal (os brônquios), revestida por epitélio cilíndrico. Os vasos sanguíneos contidos no tecido mesenquimal proliferam ativamente e contraem estreita relação com as células cúbicas dos espaços aéreos terminais. Dessa forma, nessa fase os pulmões em desenvolvimento não estão em condições de efetuar, em forma aproximadamente normal, os intercâmbios gasosos entre o sangue e o ar respirado (hematose). No conceito expulso do âmulo materno antes da 21.ª semana (e no imaturo), o obstáculo à regular hematose pulmonar existe sempre, sendo devido, ademais, à distância existente entre as paredes alveolares e capilares, imersos em uma massa de tecido mesenquimatoso. Disto resulta anóxia anoxêmica geradora de petéquias subpleurais, subepicárdicas, subaracnoideias e perivascularares (manchas de Tardieu), especialmente nas áreas que circundam os ventrículos cerebrais, congestão polivisceral e morte.

O parto é dito de via alta, se cirúrgico (cesariana segmentar transversa), e de via baixa, se vaginal.

De acordo com nosso modo de pensar, deve ser proscrita a consagrada expressão *parto normal*, substituindo-a pelos termos *parto natural* ou *parto vaginal*, para os de via baixa, mais condizentes com a realidade tocológica, porque, do ponto de vista prático, por mais normal que pareça, o ato de parir sempre deixa sequelas (ruptura do períneo, cistocele, retoccele, cicatrizes de segunda intenção ou de epissiorrafias, desgarras vulvovaginais, além de que os músculos elevadores do ânus, constritores da vulva, transversos de Guthrie, perineais, fortemente distendidos durante a fase expulsiva do parto, perdem a sua tonicidade e só a recuperam paulatinamente sem contudo alcançar o seu estado primitivo completamente) na genitália feminina.

Parturiente é a mulher que se encontra em pleno trabalho de parto, e puérpera, a que pariu recentemente.

Primigesta é a mulher que engravidou pela primeira vez. Secundigesta é a que se encontra em sua segunda gestação, e multigesta, em sua terceira prenhez em diante.

Primípara é a mulher que pariu apenas uma vez. Secundípara e múltipara são termos que correspondem, respectivamente, a dois e três ou mais partos naturais. Uma mulher que concebeu pela segunda vez é secundigesta e primípara; durante seu segundo parto é secundigesta secundípara. A mulher cujo primogênito nasceu por cesariana, ao dar à luz ao segundo filho, por via baixa, é secundigesta primípara. E a mulher que se submeteu a três cesarianas e está prenhe pela quarta vez é uma multigesta, nulípara.

Período de gestação é o tempo decorrido desde a concepção até a data do parto, independentemente do produto nascer vivo ou não.

Segundo a Obstetria, o trabalho de parto inicia-se com o surgimento das contrações uterinas verdadeiras, e, para a Medicina Legal, com a ruptura da bolsa das águas. Para ambas, ocorre o término com a dequitação da placenta, iniciando-se a fase denominada puerperal.

O trabalho de parto processa-se em três períodos:

1) de *dilatação*, durante o qual o canal cervical e o colo do útero dilatam para deixar passar o conceito.

O período de dilatação inicia-se com as primeiras contrações uterinas ou dores do parto, com pausas de meia hora, seguidas de outras a cada quarto de hora, e assim sucessivamente, até atingir o intervalo normal entre elas, que é cinco minutos. Todavia, há casos de contrações uterinas mais frequentes ou mais espaçadas que guardam o mesmo caráter fisiológico.

O que marca o início do período de dilatação, em obstetria, é a expulsão para o exterior de uma massa gelatinosa sanguinolenta chamada *tampão mucoso cervical*, pela pressão hidrostática da bolsa das águas ao ser introduzida no canal do focinho de tenca, começando a dilatá-lo. Atuam, ainda, a tração que as fibras musculares do corpo do útero exercem sobre as fibras do colo da matriz.

A duração média do primeiro período do parto é 6 horas, na multigesta, e 12 horas, na primigesta.

2) De *expulsão*, que se estende do momento de dilatação total até a separação completa materno-fetal.

O período de expulsão inicia-se, em geral, 15 a 20 minutos após o término da dilatação, simultânea e completa, dos orifícios cervicais interno e externo. É neste

momento que a bolsa das águas frequentemente rompe-se, iniciando o trabalho de parto para alguns professores de Medicina Legal. Contudo nem sempre é assim, pois a ruptura das membranas alantóides pode ocorrer:

- a) prematuramente, quando o faz antes do início do período de dilatação e na ausência de contrações uterinas;
 - b) precocemente, quando se rompe durante a dilatação, antes que esta esteja completa;
 - c) retardada, quando a ruptura se dá em pleno período expulsivo, havendo casos em que a bolsa das águas resiste até o momento do nascimento do ser nascente.
- Ainda não se terá, até então, iniciado o trabalho de parto, consoante o critério adotado por alguns entusiastas de Medicina Legal?

Ruptura normal é aquela que ocorre ao término do período de dilatação, com o *kolon uterus in dilatatio completus*. Dessarte, observa-se haver, em diferentes gestantes, etapas distintas em que se podem romper as membranas da bolsa das águas, espontaneamente ou não, iniciando o trabalho de parto, consoante o errôneo conceito médico-legal.

Importa saber que os honrados penalistas adotam a *dilatação* como marco inicial do parto. Assim, a morte do *nasciturus* antes da expulsão do *tampão mucoso de Schoederer* é aborto; a partir de sua expulsão, infanticídio se a morte foi criminoso.

No período expulsivo do parto as contrações uterinas são mais enérgicas que as da dilatação e manifestam-se cada três, dois e até um minuto. É neste período que o *objectum partus*, que até então estava quiescente no alveo materno, inicia sua marcha ao longo do canal do parto, passando a ser chamado *ser nascente*, até o instante em que um seu segmento corporal, ou a cabeça, é visto pela vulva entreaberta, sem que a sua maior circunferência tenha já atravessado o anel vulvar. Posteriormente, coroa a cabeça, nos partos cefálicos, e, com a sucessiva progressão, o concepto é expulso completamente do claustro materno, na condição de infante nascido, o qual fica unido à mãe por meio do cordão umbilical, não sendo imprescindível a sua secção para que não se transforme em ato mecânico o ato fisiológico de nascer.

É esse o instante exato em que o infante nasceu e não, *data venia*, após a expulsão das secundinas, como pretendeu estabelecer Néelson Hungria, forte na lição de Flaminio Fávero. O período de expulsão se estende do momento da dilatação total até a completa separação corpo a corpo materno-fetal. A sua duração média é 90 minutos, na primigesta.

3) Do *delivramento* ou *dequitação*, em que a placenta se descola normalmente, na camada esponjosa da decidua basal, por pregueamento da parede interna do útero, conseqüente a sua retração *post partus*, e elimina-se para o exterior, amiúde, 5 a 10 minutos após a expulsão do ser nascente, iniciando a fase dita puerperal que, de acordo com os diferentes autores, se encerra:

- a) com a total involução clínica do útero;
- b) com o desaparecimento dos lóquios ou aparição da menstruação;
- c) com a involução total do organismo às suas condições anatómicas anteriores ao processo de gestação;
- d) com os primeiros 40 dias, em geral, após a *délivrance*.

A complementação do terceiro período do parto requer, em média, 10 minutos.

12.3.1. Importância médico-legal do parto e do puerpério

A importância concerne aos casos de simulação, sonegação e substituição de recém-natos, atribuição de parto alheio ou próprio, crimes de aborto e infanticídio, de influência do parto e puerpério sobre o psiquismo da mulher, de permissão para casamento da mulher viúva ou separada do marido por nulidade ou anulação do casamento, antes de 10 meses de viuvez ou da separação judicial de corpos, quando antes desse prazo haja dado à luz algum filho, ou por analogia *in bonam partem*, sofrido aborto.

12.3.2. Diagnóstico médico-legal do parto e do puerpério

O estudo se faz na mulher viva ou morta, seja o parto recente ou antigo.

A) Mulher viva — parto recente

O diagnóstico não enseja dificuldades ao perito-obstetra que observará os sinais secundários da gravidez, as alterações genitais internas, as lesões e os desgarros tissulares vulvovaginais e os fluxos (lóquios).

Os sinais secundários da gravidez, ditos de probabilidade, tais como o engurgitamento das mamas, a pigmentação areolar, a hipertrofia dos tubérculos de Montgomery, a presença de colostro, a *linea nigra*, as estrias, o cloasma gravídico e a acentuada flacidez das paredes abdominais já foram estudados.

Tem importância fundamental a involução uterina, com o fundo do corpo do útero apresentando-se, imediatamente após o parto, uns dois dedos transversos acima da cicatriz umbilical, com consistência lenhosa, contraído; no primeiro dia do puerpério, um dedo acima da cicatriz umbilical; no segundo dia, mostra-se amolecido ao nível dessa cicatriz e até um pouco mais abaixo; do quinto ao sexto dia está na metade da linha umbílico-sinfisária; no nono dia, 6cm acima da margem superior da sínfise pubiana e, no décimo segundo atrás da mesma. Isto modo geral, pois, em verdade, a velocidade de involução uterina é de 0,7 a 1,5cm/dia. Demais disso, a involução uterina nas mulheres que amamentam é mais rápida por estímulo hipotalâmico e liberação de ocitocina, responsável pela ejeção láctea, pela sucção dos mamilos.

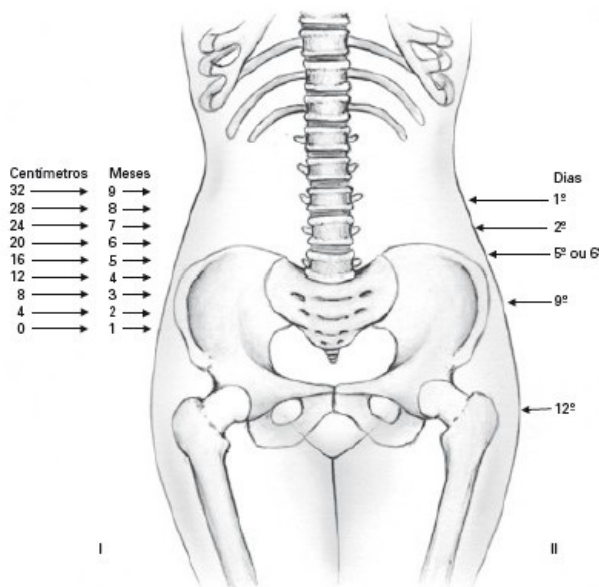


Figura 42. Esquema mostrando: em I — a altura progressiva teórica do fundo da matriz, em centímetros, e em relação aos meses de gestação; em II — a involução do útero puerperal, em dias.

A vulva é tumefeita, entreaberta e sanguinolenta, com ruptura e com desgarros dos tecidos da fúrcula posterior e, algumas vezes, pontos cirúrgicos de epissiorrafia.

A mucosa vaginal é rubra, lisa por desaparecimento das *columna rugarum*, edemaciada e friável, podendo apresentar desgarros das paredes, estando a pele perineal íntegra, pois podem ser produzidos inclusive na ausência de soluções de continuidade superficiais.

Os músculos perineais, fortemente distendidos durante a passagem do ser nascente pelo canal do parto, perdem a sua tonicidade e só a recuperam paulatinamente.

O segmento inferior do útero, que começa a se formar no terceiro mês de gestação, às custas do istmo uterino, aumentando paulatinamente até o termo, deixa de ser percebido após três dias da *délivrance*.

O colo do útero apresenta-se amolecido, permeável, e como que projetado para diante, na vagina. São os desgarros do focinho de tenca, nas múltiparas, que

imprimem ao orifício externo a forma de lábios com cicatrizes, em substituição ao aspecto em fenda transversal das primíparas, e puntiformes, nas nulíparas.

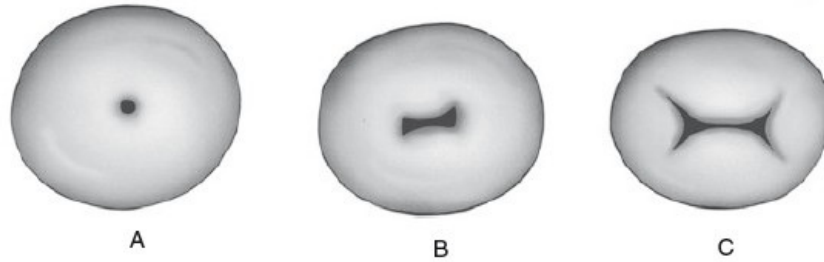


Figura 43. Orifício externo do colo do útero, visto de frente: A, na nulípara; B, na primípara; C, na múltípara.

Esses desgarros genitais, comprometendo a vulva, a vagina e o colo do útero, são produzidos pela passagem do feto através do canal do parto.

Os retalhos himenais reduzem-se a carúnculas mirtiformes.

Os fluxos genitais, ou lóquios, são exsudados da ferida placentária na fase puerperal que se exteriorizam, pela vagina, durante cerca de duas semanas após o parto. Originam-se do sangue extravasado das superfícies cruentas da matriz e do exsudado proteico que transuda *in nape* da ferida. Nos dois primeiros dias após o parto são sanguinolentos e constituídos por hemácias, *vernix caseosum* e restos de membranas ovulares. Durante o terceiro e o quarto dias são serossanguinolentos e organizados por menor número de hemácias e de leucócitos, células decíduais e abundante exsudado, rico em proteínas. Nesta fase não contém germes. A partir do quinto dia, tornam-se sorolactescentes, cremosos e compostos quase que exclusivamente por pus, no qual podem ser detectados, no puerpério normal, germes saprófitas e germes patogênicos do tipo estreptococos hemolíticos, estafilococos etc., os quais, se encontrarem terreno predisponente, aumentam sua virulência e desencadeiam infecção puerperal. Entre o nono e o décimo dia os lóquios transformam-se numa secreção mucosa transparente que diminui paulatinamente.

É bem de ver, então, que os lóquios podem presumir indicação sobre a data do parto.

B) Mulher morta — parto recente

Além dos sinais pesquisados no parto recente em mulher viva deve-se examinar minuciosamente os ovários e o útero.

Os ovários examinados micro e macroscopicamente mostram, algumas vezes, o corpo lúteo verdadeiro. Também chamado corpo amarelo menstrual, resulta do seguinte: nas fases iniciais do *kyklos menstrualis*, por efeito da secreção de FSH (hormônio foliculo-estimulante), muitos foliculos de De Graaf iniciam o seu desenvolvimento. Contudo, como regra, apenas um foliculo de De Graaf transforma-se em ovulo, na mulher; os demais de cada grupo atresiam-se. Pouco depois, na mulher com ciclo menstrual ovulatório, o foliculo se rompe em qualquer área da superfície ovariana liberando o ovulo. No sítio da ruptura do foliculo desenvolve-se o corpo lúteo ou corpo amarelo menstrual, neoformação de vida autônoma e efêmera, a menos que ocorra nidação. Se não ocorrer a nidação do ovulo fecundado, manifesta-se a chamada “fase lútea curta”, por curva térmica basal elevada, e, cerca de dez dias após a sua formação, o corpo amarelo menstrual começa a regredir, desaparecendo antes da próxima menstruação. Todavia, se a mulher engravidou aumenta paulatinamente até apresentar-se, em torno do 3.º mês, com cerca de 3cm de diâmetro. A partir do 5.º mês inicia involução, mostrando, no final da gestação, 7 a 8mm de diâmetro, o que torna possível a diagnose de sua natureza, quando presente.

O útero apresenta-se aumentado de volume, nos primeiros dias, com prováveis coágulos fibrinosos, restos decíduais e placentários, ou, então, marcas de sua inserção em sua face interna, porque a camada mais superficial do endométrio necrosa e, a contar do terceiro dia *post partus*, inicia-se a sua eliminação. A regeneração do endométrio, que na puérpera viva é mais lenta do que ocorre após a menstruação, fixa-se com a cessação dos fenômenos vitais. A cicatrização da ferida resultante da desinserção placentária, inicialmente com cerca de 8cm de diâmetro, ocorre das margens para o centro, paulatinamente, e, aos quinze dias puerperais, mostra-se como uma superfície cruenta de tamanho comparável a uma avelã. Daí em diante a sua cicatrização processa-se de forma mais lenta, reduzindo-se gradativamente a vestígios, até desaparecer completamente.

Atentar-se-á, ainda, para o orifício do colo do útero, seu aspecto, cicatrizes, deformidades etc.

Após o parto, o útero pesa 1 quilo; depois de duas semanas, 350g e na 6.ª semana, 60 a 70g.

Microscopicamente, as fibras miometriais, de permeio com células gigantes coriônicas, apresentam-se onduladas, em grupamentos de feixes frouxos, e hipertrofiadas, conseqüente à ação dos estrogênios, com sinais de degeneração albuminóide, degeneração gordurosa e degeneração hialina. E, conforme seja o tempo do puerpério, estas transformações degenerativas se reabsorvem, do que resulta o desaparecimento de algumas miofibrilas, enquanto outras, que se reduzem progressivamente objetivando atingir o seu tamanho pré-gravídico, fixam-se no momento da morte.

Enfim, na gravidez existe dilatação bilateral dos ureteres já na 10.ª semana. Desse modo, na necropsopia de mulher morta (parto recente), os ureteres apresentam-se dilatados com hipertrofia das paredes por crescimento de tecido fibroso entre as fibras musculares.

C) Mulher viva — parto antigo

No parto dito de via alta, a presença de cicatriz mediana infraumbilical ou de incisão de Pfannestiel em nada esclarecerá o assunto, pois diariamente são utilizadas em cirurgias como vias de acesso para tratamento de diversos tipos de patologias genitais.

Elementos para o diagnóstico de certeza, nos partos naturais, são as cicatrizes de epissiorrafia, a colpocistoretocele, as carúnculas mirtiformes e especialmente o exame especular do colo do útero, pelo qual se constata que a *portio* na nulípara é cônica, com o orifício externo punctiforme; em fenda, na primípara; deforme, em lábios com cicatrizes, nas múltíparas (*vide fig. 43*).



Figura 44. Episiotomia central.

D) Mulher morta — parto antigo

Além dos elementos estudados na mulher viva, à necropsia, observará o perito vários dados indicadores de nuliparidade ou de multiparidade, lembrando, porém, que alguns deles poderão ser de ordem constitucional. Assim, o útero que nunca concebeu é triangular, com 6 ou 7cm de comprimento por 4cm de largura; a espessura do colo é de 1cm de largura. Seu peso médio é de 40 a 50g. Na nulípara adulta, o corpo do órgão se alonga e espessa, adquirindo um comprimento algo superior ao do colo, o que causa a impressão, ao exame especular, que este avulta na cavidade vaginal, exibindo o orifício externo do canal cervical punctiforme ou regularmente circular.

O útero que já engravidou perde sua forma piriforme para se tornar globoso, com as bordas laterais convexas e todos os diâmetros aumentados, tendo o corpo 7 a 9cm de comprimento por 5cm de largura. A sua espessura, em estado de vacuidade, é de 25 a 30mm. O seu peso médio é de 60 a 70g. O colo não proemina na vagina e mostra o orifício externo em fenda transversal, em cujas extremidades, sobretudo na esquerda, mostra cicatrizes, consequentes aos desgarros ocorridos durante o parto.

Os vestígios de inserção placentária podem, algumas vezes, ser detectados ainda até a oitava semana no interior do útero, após o parto, desde que, obviamente, não se tenham instalado infecções secundárias.

A capacidade da cavidade uterina, fora da gestação, é de 3 a 4cm³, na nulípara, e de 5 a 6cm³, na múltípara.

12.3.3. Parto “post mortem”

A expulsão do feto sob a ação das contrações uterinas persistentes após a morte da parturiente será possível se a mesma ocorreu nos instantes imediatamente finais de um parto natural, com sobrevida do concepto não inteiramente expulso e sem ocorrência de prolapso uterino. Será modalidade raríssima de parto *post mortem*, que deverá ser vista com prudencial reserva.

O parto *post mortem* ocorre, todavia, pela expulsão violenta do concepto, morto, do interior do alveo materno, pelos gases originados por adiantado estado de putrefação, o que se comprova facilmente pela observação da exteriorização tardia, prolapso uterino e achado do feto entre as coxas maternas.

12.3.4. Cesariana “post mortem”

Há quem afirme que o nome “cesariana” adveio de César ter nascido por seu intermédio, chamando-se *caesones* aos expulsos das entranhas maternas, em Roma, por via abdominal cirúrgica. Ora, o engano é flagrante. A genitora de Júlio César vivia ainda ao tempo da guerra das Gálias, o que torna pouco provável ter parido o imperador de Roma via cesariana, já que a sobrevivência após a operação era desconhecida, ao menos dos romanos. E, ao que tudo indica, os apelidados *caesones* eram os natimortos extraídos, por meio de operação cesariana, do alveo da gestante morta, conforme aconselhado pela Igreja Católica, objetivando batizar o produto da concepção. Outros julgam que “cesariana” vem de *coedo*, ou *caedere*, cortar. Qualquer que seja a interpretação que se queira dar, o certo é que a indicação de cesariana *post mortem* vem da antiguidade, pois a *Lex Regia* de Numa Pompílio, em 713 a.C., já a prescrevia, na morte da mulher grávida. Hodiernamente, não se trata aqui de cesariana em gestante viva com o feto morto com distocia de parto, mas, sim, de laparo-histerotomizar urgentemente mulher morta, tentando salvar-lhe o feto que ainda vive miraculosamente nas entranhas.

12.3.5. Perícia

O perito procurará estabelecer:

- a) existência de partos;
- b) recenticidade do parto;
- c) antiguidade do parto;
- d) número de partos;
- e) provas de laboratório, por meio das quais estudará a mucosidade vaginal, o líquido amniótico, o leite, o colostro e o mecônio.

— *Mucosidade vaginal* — A vagina é atapetada por *epitélio pavimentoso estratificado* sujeito à ação dos estrógenos e da progesterona. Os estrógenos promovem a fixação de glicogênio em todas as camadas da mucosa vaginal, excetuada a mais profunda. A taxa de glicogênio é maior nos fundos de saco do que nas proximidades do introito vaginal. O glicogênio, ao descamarem-se as células epiteliais que o contêm, desprende-se na luz vaginal, sendo utilizado pelos *bacilos de Döderlain* para produzir ácido láctico, acidificando o meio, objetivando a autodepuração do tracto genital. O diagnóstico da mucosidade vaginal arrima-se na demonstração, no material examinado, especialmente da presença do glicogênio no interior do epitélio descamado. Emprega-se, para isso, a reação de Wiegmann, por intermédio da qual é possível fazer-se a determinação do epitélio vaginal, na maioria absoluta dos casos práticos (pois, segundo Dantas Veloso, nem a idade, nem o estado de dessecação da mancha impedem a reação), pela presença do glicogênio que se faz sentir pela coloração castanha adquirida pelo material examinado quando a ele se agrega uma solução iodo-iodurada, composta por:

- Iodo metalóide, 0,20 centigramas.
- Iodeto de potássio, 0,30 centigramas.
- Água destilada, 45ml.

Obtém-se resultado idêntico quando se emprega, na falta do reagente de Wiegmann, solução de Lugol.

— *Líquido amniótico* — O líquido amniótico ou líquido da *bolsa das águas* é um produto misto de transudação dos vasos sanguíneos placentários, de secreção de todo o epitélio de recobrimento do âmnio e das excreções urinárias e digestivas do feto.

Durante o evoluir da gestação, o feto deglute líquido amniótico constantemente, parte do qual é filtrado pelos rins fetais e parte absorvida pelo tubo digestivo, de onde passa à circulação do nascituro, permutando com a corrente sanguínea materna. Disto resulta o restabelecimento do equilíbrio hídrico da gestante, que se encontra em dependência total com o metabolismo da água do feto.

No início da gestação o líquido amniótico é cristalino como água de rocha; depois, torna-se paulatinamente turvo, leitoso, pelos produtos de excreção fetal, epitélios descamados e induto sebáceo. A contar da 24.^a à 28.^a semana de gestação, contém células procedentes das glândulas sebáceas fetais, que se descamam e coram em alaranjado (*células orangiófilas*), em presença de sulfato de azul de Nilo a 2%. Dessa forma, a maceração e centrifugação do líquido amniótico permitem a detecção, ao microscópio, dessas células orangiófilas esfoliadas e do induto sebáceo.

O líquido amniótico colhido no momento da ruptura das membranas da bolsa alantoide dispensa, obviamente, identificação. Não é assim com o líquido amniótico que embebeu panos usados durante o parto clandestino, ou logo após, o qual pode ser identificado através de análise química, pois ele contém sódio, potássio, cloretos, cálcio, fósforo inorgânico, enxofre inorgânico, magnésio, iodo, ureia, ferro e cobre.

No soro materno e no líquido amniótico praticamente equivalem-se o sódio, os cloretos e o cálcio. É menor o teor de potássio e maior a taxa de fósforo, de enxofre, de cobre e de cobre-oxidase no soro materno do que no líquido amniótico.

No líquido amniótico não existe atividade cobre-oxidase.

A *osmolalidade* (mosm/1.000ml) média do líquido amniótico é 251, admitindo-se um desvio padrão de ± 14 ; a taxa de ureia, média, é 28mg/100ml, e o desvio padrão, 3,7.

— Leite e colostro — Logo em seguida ao parto, as mamas produzem, durante dois a três dias, escassa quantidade de um líquido turvo e opalescente chamado colostro, o qual é depois substituído pela verdadeira secreção de leite.

O leite é uma dispersão de corpúsculos, micela, moléculas e íons. Contém água, lactose, caseinógeno, lactalbumina, lactoglobulina, escassa quantidade de proteína solúvel em álcool, lecitina, cefalina, glicérides dos ácidos oléico, mirístico, palmítico, esteárico, cátions como o potássio, o cálcio, o sódio, e ânions, como o fósforo e o cloro. Deve sua cor e opacidade aos corpúsculos de gordura que, ao microscópio, possuem forma esférica devido à tensão superficial.

Tanto o leite como o colostro são identificados sob a forma de glóbulos de gordura, esférico-ovoides, sobrenadando em líquido incolor, corados de preto pelo ácido ósmico, de castanho, pelo lugol, e de vermelho, pelo Sudam III.

— *Mecônio* — É uma matéria escura e viscosa que se acumula nos intestinos do feto durante seu evoluir gestacional e que o feto em apresentação podálica ou que se encontra acometido de sofrimento evacua intrauterinamente, o mesmo fazendo o recém-nato, decorrido pouco tempo de sua expulsão. O mecônio intumescce-se pela água e, tratado pelo ácido sulfúrico ou pelo iodo, mostra cristais de colesterina azulados.

— *Exame microscópico dos ovários e do útero* — Já nos referimos a sua grande importância no diagnóstico de parto pregresso ou de gravidez.

12.4. Restrições à procriação

O assunto reveste-se de importância por sua atualidade e altíssima frequência, além de que diz respeito diretamente a bens fundamentais tutelados pela maioria dos Estados modernos, que são a saúde e a vida. Com efeito, as medidas restritivas à procriação (dentre as quais se inclui o aborto), embora há muito preocupem a espécie humana, constituem assunto atual e palpante, com imputação de algumas modalidades no Código Penal. De fato, legislações mais antigas que a nossa se preocuparam com o assunto em pauta, o qual, com o evoluir do tempo, teve sua conceituação várias vezes modificada. Foi assim com a tentativa de oficialização do aborto na Rússia (chegou-se a criar, naquele país, os “abortários”, para facilitar tais manobras criminosas), nos primórdios do século XX, que, malograda por ruim resultado, culminou por punir severamente todas as manobras abortivas contra a vida do feto, condenando-as como atos ilícitos, imorais e antissociais. De igual modo procede nossa legislação, que apenas não pune o aborto, praticado por médico, em caso de estupro de que resultou gravidez e com o consentimento da gestante ou de seu representante legal; e o aborto terapêutico, se a paciente se encontra em iminente perigo de vida.

12.4.1. Malthusianismo

Limitar o número de filhos, por causas várias, é aspiração antiga do ser humano. Hipócrates, o grande médico de Cós, 400 anos antes de Cristo validou indiretamente nossa afirmativa com seu célebre juramento: “Também não fornecerei a uma mulher pessário abortivo”. Limitar o número de filhos sem macular a moral, a saúde e enveredar pelo crime não é problema de fácil solução. É por isso que, contrariando correntes filosóficas (notadamente o Cristianismo) há muito houve quem pensasse que a limitação pura e simples da natalidade, evitando a fecundação pela continência sexual, é medida que se ampara na moralidade.

É a teoria de Malthus, atualmente, rediviva pelo “neomalthusianismo”.

Elaborada pelo pastor protestante Thomas Robert, que, preocupado com o aumento vagaroso da agricultura inglesa e o crescimento espantoso das colônias americanas, receando como consequência final a fome, para evitá-la propôs medidas morais, como a continência sexual, o casamento tardio e, ainda, a abstinência sexual entre os casados.

Malthus, que era moralista, nunca sugeriu nem aprovou o aborto.

Nem a teoria de Malthus, entretanto, nem a Natureza com sua seletiva mortalidade infantil (tão grande em número que equivale a verdadeiro neomalthusianismo pós-natal) conseguiram a almejada restrição à procriação.

Por isso, o ser humano, para se ver alijado de algo que o incomoda, criou o aborto!

12.4.2. Aborto legal e aborto criminoso

Abortamento é o ato de abortar. É o conjunto de meios e manobras empregados com o fito de interromper a gravidez.

Aborto (de *ab ortus*, privação de nascimento) é o produto da concepção, morto ou inviável, resultante.

Nos informes à autoridade competente, o legisperito sempre empregará o termo aborto, embora tenha ele significado menos técnico que abortamento, “por ser assim que se expressa o Direito Repressivo nas indicações marginais das disposições incriminadoras”, conforme a cristalina reflexão de Damásio E. de Jesus.

A expulsão do conceito não é obrigatória, como se observa no aborto retido (*missed abortion*), em que ela não ocorre a despeito da morte espontânea do ovo, embrião ou feto no interior do âmulo materno, evento não criminoso que interessa diretamente à Obstetria.

À Medicina Legal interessa apenas o aborto desamparado pela lei, criminoso, ou a sua tentativa, quando, a despeito do abortamento, o conceito não morre por circunstâncias alheias à vontade do sujeito (art. 14, II, do CP).

Importa asseverar que nem todo aborto tem origem criminoso, como veremos no estudo da classificação médico-legal do mesmo.

12.4.2.1. Conceituação do aborto em Obstetria e em Medicina Legal

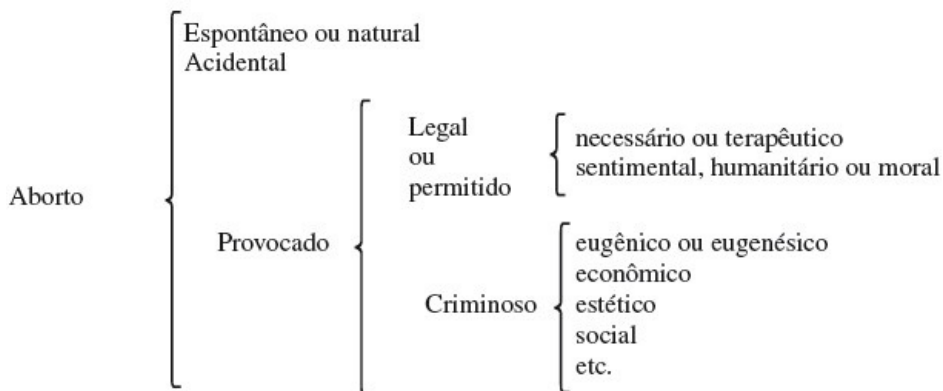
Divergem a Obstetria e a Medicina Legal na conceituação do aborto.

A Obstetria considera aborto a interrupção da gravidez, espontânea ou propositada, desde o momento da fecundação do óvulo pelo gameta masculino até a 21.^a semana de gestação; daí em diante, até a 28.^a semana, fala em parto imaturo, e, entre a 29.^a e a 37.^a semana, ambas, inclusive, em parto prematuro. A Obstetria, desse modo, só admite a hipótese dentro das primeiras vinte e uma semanas de desenvolvimento do ovo.

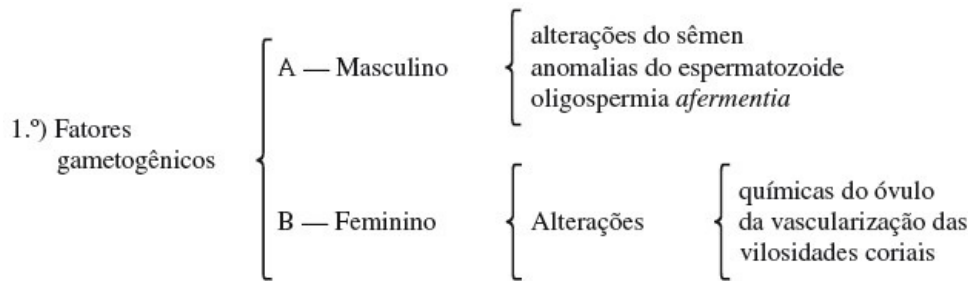
À Medicina Legal não importa o tempo gestacional em que ocorre a interrupção da prenhez, seja desde a fecundação até momentos antes do início do trabalho de parto ou o termo, no 9.^o mês. O conceito obstétrico de parto imaturo e de parto prematuro não existe, dessa forma, em Medicina Legal. Esta registra *aceleração de parto*, equivalente à antecipação do mesmo quanto à data prevista, sendo exigência o nascimento do *infans conceptum* vivo; expulso morto, em qualquer fase do processo gestatório, ou vivo, mas que morra logo após por inaptidão para a vida extrauterina, será aborto.

Os conceitos emanados da Obstetria e da Medicina Legal são certos e necessários do ponto de vista eminentemente práticos. Atenham-se, contudo, as autoridades policiais e judiciárias e os peritos apenas à conceituação médico-legal e ao aborto provocado, legal e criminoso.

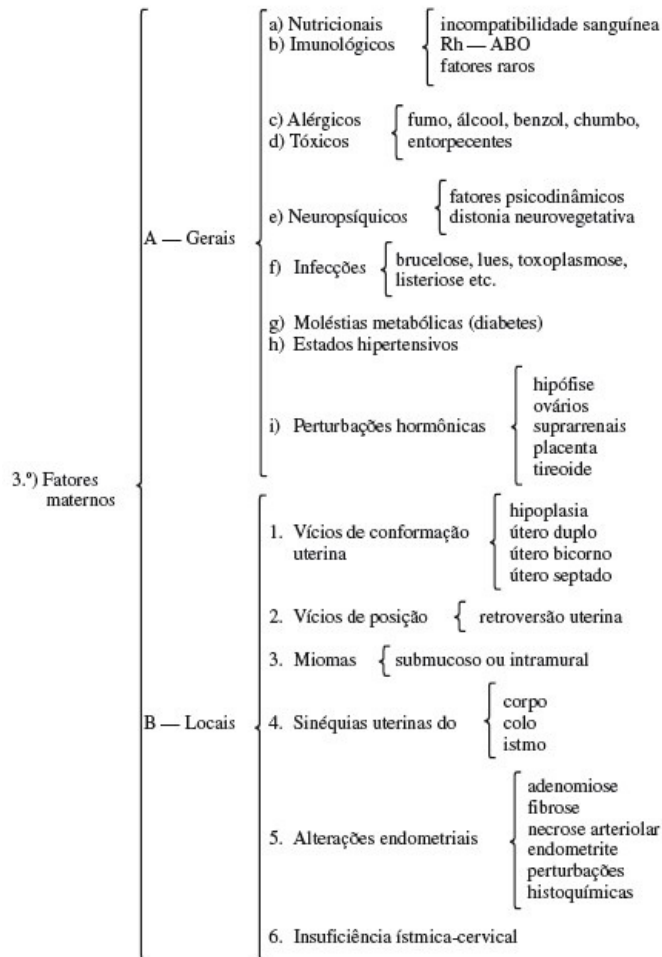
12.4.2.2. Classificação médico-legal do aborto



O aborto espontâneo é caracterizado pela inviabilidade natural do conceito e sua morte devida a fatores etiológicos esquematizados no quadro abaixo:



2.º) Fatores ovulares



O filho é desejado, mas não vinga devido a esses fatores impeditivos da normal evolução da prenhez, não havendo, portanto, participação da vontade na interrupção da gestação.

Aborto acidental, obviamente, não configura crime algum.

Aborto legal ou permitido é o *nomen iuris* da interrupção da gravidez em qualquer fase de sua evolução (ovo, embrião ou feto), amparada por lei. Tem permissibilidade apenas em dois casos: o necessário ou terapêutico, quando não há outro recurso para salvar a vida da mãe, e o aborto sentimental, humanitário ou moral, para interromper gravidez resultante de estupro e praticada por médico, com prévio consentimento da gestante, ou, se incapaz, de seu representante legal.

À evidência que se a lei permite apenas nessas duas hipóteses o aborto provocado, qualquer outra modalidade caracteriza o aborto criminoso. Define-se criminoso, dessa forma, o aborto que se pratica fora desses dois exemplos legais, ainda que provocado por médico, *in exemplis*, aborto eugênico, econômico, estético, ou seja a que título for.

12.4.2.3. Aborto criminoso

É a interrupção ilícita da vida endouterina, *normal e não patológica*, em qualquer fase de sua evolução gestatória até momentos antes do início do trabalho de parto, sendo irrelevante que a morte do produto da concepção ocorra dentro ou fora das entranhas maternas, desde que, nascido vivo, sucumba logo após, por inaptidão para a vida extrauterina.

Trata-se de delito material de dano efetivo (e não crime de perigo) cujo momento consumativo ocorre com a morte do produto da concepção, seja ovo, embrião ou feto ou do nascido vivo inadaptado.

Admite-se a tentativa quando, a despeito do abortamento, o concepto não morre por circunstâncias alheias à vontade do sujeito (art. 14, II, do CP).

O Direito ampara a vida humana desde o momento da fecundação. Embora a personalidade se inicie com o nascimento com vida, houve por bem a lei preservar os direitos do nascituro (*spes personae*, de acordo com a doutrina natalista, para efeitos penais, considerado pessoa), conferindo-lhe *personalis ficta*, colocando intrinsecamente o aborto entre os “crimes contra a pessoa” no Título “Dos crimes contra a pessoa” e no capítulo “Dos crimes contra a vida”.

Severi chama *feticídio* a morte criminosa do ser nascente numa expressão que a nós respeitosa parece imprópria, pois, de acordo com o art. 2.º do Código Civil, o feto é expectativa de ente humano, possuindo *expectatus* de Direito, e para os efeitos penais considerado pessoa, bastando para isso que o concepto apresente condições de vida autônoma, ainda que precárias.

O Direito Repressivo Penal pune o aborto desamparado por lei como crime, tutelando:

- a) no autoaborto, ao nascituro;
- b) no aborto provocado por terceiro, ao produto da concepção e à gestante.

Destarte, pela punição, a lei protege a mulher e o nascituro.

O crime de aborto apresenta as seguintes figuras típicas:

- 1.º) Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (art. 124 do CP).
- 2.º) Aborto provocado por terceiro sem o consentimento da gestante (art. 125 do CP).
- 3.º) Aborto provocado por terceiro com o consentimento da gestante (art. 126 do CP).
- 4.º) Aborto qualificado (art. 127 do CP).
- 5.º) Aborto realizado por médico:

- a) necessário ou terapêutico — art. 128, I;
- b) sentimental ou humanitário — art. 128, II.

O que caracteriza os abortos entre si, em nosso Código Penal, são o agente e o consentimento da gestante ou, se ela é menor de 14 anos, alienada ou débil mental, de seu representante legal.

O agente, dizem, evidentemente só pode ser o médico, único profissional legalmente habilitado à prática de atos médicos, pois, se provocado por farmacêutico, curiosas, parteiras etc., a *species* se torna criminosa.

Damásio E. de Jesus (e alguns outros notabilíssimos penalistas) estende a permissividade à provocação do aborto necessário à enfermeira, dizendo-a favorecida pelo *estado de necessidade* previsto no art. 23, I, do Código Penal, e conceituado no art. 24 do mesmo diploma legal, que exclui a ilicitude do fato (*Direito penal; parte especial*, Saraiva, 1986, v. 2, p. 137). E o faz com muita propriedade, estribando no *estado de necessidade* a enfermeira que praticou o aborto para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se. *In casu*, o *estado de necessidade* elimina a antijuridicidade; logo, elimina a ilicitude.

Destarte, ampara-se o aborto terapêutico ou necessário no *estado de necessidade*, para cuja caracterização tem a jurisprudência exigido a *atualidade do perigo* (Lex, 70:401) e “seja indispensável o ato necessário para o seu afastamento, de maneira muito especial em momento passageiro, ocasional e único” (José Adriano Marrey Neto, *Exclusão da ilicitude*, 1988). A nosso ver, ele só pode ser aludido se:

- a) a mãe apresenta iminente perigo de vida;
- b) esse perigo é causado *implicitamente* pela gravidez;
- c) interrompendo a prenhez, cessa esse perigo *definitivamente* para a vida da mãe;
- d) a realização do aborto é o *único meio* de salvar a vida da mulher durante a gestação.

Não há como não conferir razão a esse consagrado autor de Direito Penal, estribado que está no art. 24 do Código Penal. Do ponto de vista rigorosamente prático, contudo, *data venia*, lembramos que só o profissional de medicina tem competência para afirmar, indubitavelmente, o *estado de necessidade* concretamente diagnosticado e não suposto, *in casu*, como o entendemos e acima descrevemos. Ademais, *ad argumentandum*, se a gestante encontra-se em indiscutível *estado de necessidade*, praticamente desaparecidos das maternidades onde laboram, nobilitando a Medicina, obstetras honestos, não há de ser a intervenção da enfermeira ou de curiosos que se apresentam como tal em cujo *curriculum* não se inclui atos cirúrgicos, como aspiração do ovo, curetagem uterina, microcesárias, anestésias etc., que irá minimizar o risco iminente, agora agravado por sua intervenção abortiva esperançosamente salvadora.

Ademais, o que habitualmente faz a abortadeira-enfermeira é promover o deslocamento do ovo e sua morte, necessitando a paciente, agora, sim, agravada, ser atendida, posteriormente, por médico, em geral plantonista, para a remoção de restos placentários ou embrionários do útero materno.

E o *estado de necessidade* é quadro clínico de iminente perigo de vida que, por isso mesmo, só pode ser competentemente atendido em ambiente hospitalar por toda uma equipe especializada e não por enfermeira em “consultórios” escusos, como, amiúde, acontece.

A propósito, tomamos emprestado a Walter Vieira do Nascimento, in *A embriaguez e outras questões penais*, Forense, 1990, p. 158-9, *ipsis verbis*:

“Por provocação de aborto, gestante e parteira responderam a processo no foro de Porto Alegre, sendo a primeira absolvida sob o fundamento de dirimente por erro essencial e a segunda condenada por infringência do art. 126, c/c o art. 127 do CP. Tratava-se de aborto necessário, diagnosticado por médico que justificadamente se recusara a praticá-lo.

O MP recorreu da decisão absolutória, sustentando ter havido erro de direito (erro de proibição), o que não eximia, pois, a gestante de responsabilidade em face do art. 128, I, do mesmo CP.

Ao apreciar o recurso, de n.º 2.620, e confirmar a decisão recorrida, a 1.ª CCR do TJ do Rio Grande do Sul, assim se manifestou: ‘O estado de necessidade que legitima o aborto terapêutico permite que a gestante, à falta justificada de médico, se submeta a aborto por parteira habilitada’ (RF, 166/360).

Afinal, qual das posições assumidas — a do MP, alegando erro de direito, ou a da sentença confirmada, baseando-se em erro essencial — a que se colocou mais de acordo com a realidade penal?

Com efeito, impõe-se o exame da questão *ex vi* do art. 128, I, como bem o fez, ao nosso ver, o MP. Ora, o dispositivo em referência exige duas condições para a discriminação do aborto: 1.ª) que seja praticado por médico; 2.ª) que não haja outro meio para salvar a vida da gestante. Reconhecida a segunda condição como estado de necessidade (e as decisões *a quo* e *ad quem* assim o reconheceram), cumpre atentar, no que concerne à primeira, para o fato ter ocorrido em centro urbano desenvolvido, de modo a não se poder ensejar a gestante, diante da recusa justificada do médico, a única opção de se socorrer de parteira. Nesse ponto é que entendemos terem o juiz singular e o colegiado dado uma interpretação demasiadamente extensiva ao texto legal. Houve, *in casu*, sem dúvida, um curso de pessoas, configurando-se a coautoridade. Por conseguinte, a referida interpretação, capaz de caracterizar uma das poucas exceções quanto à analogia no Direito Penal, somente seria válida se, no local onde se praticou o aborto, não existisse outro médico. E essa hipótese é obviamente inadmissível em relação a uma cidade como Porto Alegre”.

Cessa a permissividade ao profissional de medicina se o aborto por estupro é feito por médico, porém sem o consentimento da gestante ou, se incapaz, de seu representante legal.

Há mulheres que afirmam ter provocado aborto em si mesmas. A nosso ver, deve-se guardar prudente reserva diante de tal assertiva dada a posição do focinho de tenca na cavidade vaginal, mesmo quando o órgão não apresenta vícios de postura. Com efeito, a posição normal do útero na cavidade pélvica é em anteflexão, não seguindo o canal cervical o eixo longitudinal da vagina, o que dificulta as manobras abortivas intrauterinas, mesmo em mãos experimentadas. Então, como aceitar senão com prudentes reservas a alegação da mulher que confessa ter provocado aborto em si mesma? Habitualmente a confissão é feita para encobrir participação de terceiros. Todavia, embora rara, a espécie infelizmente existe e é aceita pela doutrina.

“Sendo indubitoso o emprego de manobras abortivas por parte da acusada, denunciada não só pela sua própria confissão, como pelo material encontrado pela perícia no local do crime, e pela dilatação do colo do útero da vítima, mantém-se a sentença de pronúncia” (TACrimSP, Rec., Rel. Des. Mendes França, RT, 429:402).

Aborto provocado sem o consentimento real ou presumido da gestante pode ocorrer quando o agente emprega fraude, grave ameaça ou violência, ou se a mulher preenhe se ajusta ao *caput* do art. 26 do Código Penal.

Aborto provocado com o consentimento da gestante constitui a modalidade mais frequente, sendo, de todos os problemas ginecocológicos, o que grassa à sombra beneplácita da lei (a polícia não desconhece a existência, em muitas cidades, de clínicas e de antros *absconsus* chamados pelo povo “fábricas de anjinhos”), e mais fere frontalmente a ética médica. E, entretanto, a sua prática conta-se aos milhares, anualmente, em todo o mundo, por “curiosas”, enfermeiras, parteiras e muitos médicos que, tendo a juramentada missão precípua de preservar a saúde e a vida, atentam iniquamente contra ela, movidos por um sem-número de pretextos (sentimentalismo, pretensas indicações eugênicas, socioeconômicas, e, pasmem! até médicas), ou, amiúde, inescrupulosos má-fé.

Finalmente, não se pune o aborto legal praticado por médico nas duas modalidades: necessário ou terapêutico e sentimental, humanitário ou moral, por estupro.

É chamado terapêutico (impropriamente, pois a aniquilação de uma vida não é, e jamais será, sob pretexto algum, tratamento de qualquer moléstia), se realizado por médico para salvar a vida da mãe quando não houver outro recurso, e sentimental, humanitário ou moral, quando indicado para evitar o nascimento de criança gerada por estupro.

Dois situações de antijuridicidade desconfiguram o delito: a indicação médica e a sentimental.

Genival Veloso de França, da Universidade Federal da Paraíba, consagrado mestre da Ética Médica e Deontologia, considera que “a redação do art. 128 do Código Penal que permite o aborto nas formas acima citadas, por demais simplista, dá margem, cada vez mais, ao aborto criminoso”. Pactuamos com essa honesta maneira de pensar, pois sabemos, *motu proprio*, que o médico probo nem a dedo conta, em seu atendimento diário às gestantes, ao longo dos anos, as mal definidas situações indiscutíveis de *real* indicação do aborto necessário ou terapêutico. Assim é que, em trinta e oito anos ininterruptos de profissão, não tivemos nenhum caso de indicação médica de aborto necessário ou terapêutico pela mãe se encontrar em iminente perigo de vida *determinado pelo binômio fetoplacentário*. Destarte, antes de se aplaudir intempestivamente o aborto amparado por lei devemos considerar que o progresso vertiginoso da Medicina limita, a cada dia, as suas indicações (se é que à vista de honesto rigorismo clínico elas existem). Assim é que atendemos gestantes cardíacas (uma delas com dupla lesão mitral), que deram à luz por parto natural e por cesarianas, com êxito feliz para o binômio materno-fetal.

O relatado não deve causar surpresa, sabido é que a cardíaca grávida tende, em geral, a fazer uma compensação espontânea circulatória na proximidade do 8.º mês de gestação e a uma dilatação do colo do útero mais fácil e fase expulsiva rápida, graças à ação do digital e similares que tomam continuamente para regularizar o ritmo do coração, relaxando a musculatura estriada da matriz. Nos exemplos citados, as pacientes estavam em *expectativa de risco de vida* (não iminente risco de vida) por doenças cardiovasculares e não pelo feto em suas entranhas, ou seja, não por estarem grávidas, e, assim sendo, não se justificou, nem se justificará, indicar aborto necessário ou terapêutico para “salvar a vida da mãe quando não há outro recurso”. Urge, por isso, a reavaliação do art. 128 do Código Penal que, por exagerado simplismo, permite que diariamente inescrupulosos acobertem o aborto criminoso sob sua égide.

Façam cautelosamente ouvidos moucos as autoridades e os médicos honrados ao canto de sereia dos profissionais da indústria do aborto — desonra da classe — que, resguardados pela ingenuidade do art. 128 do Código Penal, impedem o nascimento de milhares de seres humanos inocentes, anualmente, no nosso despovoado Brasil, e tenham sempre na mente que a prática do aborto terapêutico significa “deficiência de conhecimentos ou inobservância dos princípios de assistência pré-natal” (Raul Briquet, *Patologia da gestação*, São Paulo, Ed. Renascença, 1948, p. 478).

Ao contrário do aborto sentimental ou humanitário, o aborto necessário ou terapêutico pode ser realizado mesmo sem o consentimento da gestante: é o chamado “exercício regular de direito”, tutelado pelos arts. 23, I, 24, 146, § 3.º, I do Código Penal. A lei acata como absolutamente lícita essa maneira médica de proceder, argumentando que a paciente pode recusar submeter-se ao abortamento por ignorância do *estado de necessidade* em que se encontra, produzido pela gravidez.

Aborto sentimental, humanitário ou moral, permitido por lei, é a interrupção da vida endouterina em caso de estupro de que resultou gravidez, provocado apenas por médico e *sempre* com a anuência da gestante, ou, se incapaz, de seu representante legal.

Celeuma desde a Primeira Grande Guerra Mundial, em que soldados engravidaram mulheres dos países invadidos, tem sido assunto muito debatido, pois essas gestantes, alegando misto de revolta e patriotismo, demandaram liceiade para abortar.

Há quem seja a favor; somos contra. Explicamos por que: difícil é a caracterização indiscutível de estupro, que é a conjunção carnal com mulher mediante

violência física, psíquica ou presumida ou grave ameaça; diferenciar, então, gravidez resultante de estupro mediante violência psíquica ou grave ameaça, de prenhez oriunda de *introductio penis* consentida, intensificadas nas grandes hecatombes, por relaxamento dos costumes, míngua de viveres, comércio, presentes (barras de chocolates, meias femininas), como relataram os pracinhas brasileiros ter ocorrido na Itália, na Segunda Grande Guerra Mundial, é trabalho hercúleo. Tenha-se em mente que o estupro habitualmente não é testemunhado por terceiros, nem fácil de comprovar — tanto que a jurisprudência tem entendido que a palavra da ofendida é privilegiada, cedendo só à convencida prova em contrário —, pode servir de alegação gratuita para a mulher desejosa de interromper a gravidez, por outros motivos. Desse modo, discordamos veementemente de quem pretende justificar o aborto sentimental, humanitário ou moral diante da revolta e do patriotismo da mulher violentada.

Ademais, o estado de necessidade, situação imprevista de perigo atual, não provocada pela vontade do agente, não se dá inevitavelmente no caso do art. 128, II, do Código Penal, e não pode sequer ser invocado, através do princípio jurídico do “paralelismo” na aplicação da lei *in dubiis benignus interpretandum*, pois, se no aborto terapêutico a vida da mãe vale mais que a do filho, aqui não se evita um mal praticando um mal maior. Aprová-lo é garantir ao médico, como se fora ele *senhor de baração e cutelo*, o direito de atentar contra a inviolabilidade da vida humana, fundamento de todo o Direito. É praticar hediondo ato não contra o estuprador, mas sobre um inocente que tem fundamentalmente direito à vida, consoante a Constituição Federal. Acresce que a morte do *nasciturus* não reparará, nem castigará a violação sofrida, além de que agrava a instabilidade psíquica de um sem-número de mulheres ao atingirem o período climatérico.

Há quem veja o aborto da estuprada por outra óptica:

“O estupro é, em regra, obra de um anormal sexual, ébrio ou degenerado, cuja reprodução é altamente indesejável; a proibição do aborto nesses casos não atenderia às conveniências eugênicas. Como bem nota Manzini, VII, 536, seria inumano constranger uma mulher, que já sofreu o dano da violência carnal, a suportar também o da gravidez, mesmo porque a ordem jurídica não pode se opor à remoção das consequências imediatas e iminentes de um crime. Entende o grande penalista que o aborto pode ser em tal caso justificado pelo estado de necessidade, reconhecendo o perigo de grave dano à pessoa, em face das consequências morais, familiares e sociais do parto” (Helena C. Fragoço, *Lições de direito penal*; parte especial, São Paulo, Bushatsky, 1976, v. 1, p. 137, 3, 139).

É de supor, então, nas entrelinhas, que o celebrado mestre de Direito Penal é favorável ao aborto eugênico, reconhecidamente crime.

O fato de a gravidez ter resultado comprovadamente de estupro não é suficiente para guarida legal, pois a liceidade do aborto sentimental, humanitário ou moral se fundamenta essencialmente no *consentimento* da mulher ou, se incapaz for, de seu representante legal.

Em que pesem a autorização e a incompetência da Medicina para declarar se determinado ato é moral ou imoral (a capacidade é dos juristas), o aborto por estupro é ação iníqua e injusta e, como tal, não deverá ser praticada por médico, ao qual faculta o art. 28 do Código de Ética Médica: “Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.

Não cabe ao *ephetes* deferir a permissividade para a provocação do aborto por estupro. O médico, com anuência da gestante ou, se incapaz, de seu representante legal, pode intervir, legalmente, independentemente de autorização judicial ou da sentença ter transitado em julgado. Além do mais, na verificação de estupro de que resultou gravidez amíuê não há necessidade legal de uma prova concreta; geralmente basta aos doutos aplicadores da lei uma prova séria, para acatarem a indicação de privação de nascimento do concebido de forma espúria.

Constituem, também, ilícito penal: aborto eugênico, aborto econômico, aborto estético etc., ou qualquer outra forma de interrupção voluntária da prenhez não prevista nos incisos I e II do art. 128 do Código Penal.

Aborto eugênico ou eugenésico é a privação dolosa de nascimento de ser humano *presumivelmente* portador de taras hereditárias.

Spencer foi seu paladino: “Promover o aumento dos inúteis à custa dos úteis constitui uma extrema crueldade; é querer, intencionalmente, multiplicar as desgraças das gerações futuras. Não se pode infligir à posteridade maldição mais grave do que permitir em uma população cresçam os imbecis, os ociosos e os delinquentes. Favorecer a multiplicação dos maus é, praticamente, a mesma coisa que dar aos nossos descendentes uma falange de inimigos” (apud Teodolindo Castiglione, *A eugenia no direito de família*, 1942, p. 9). O nazismo dele se utilizou, *larga manu*, e da esterilização na Alemanha, desumanamente, para aperfeiçoar a raça ariana.

O aborto eugênico é punido por nosso diploma legal, pois não tem razão de ser tirar a vida do *conceptus* apenas pelo fato de alguém entender, baseado em *cálculos de probabilidades*, ser ele deficiente. Desse modo, o médico, o geneticista, o obstetra só podem afirmar que, *in casu*, a criança *presumivelmente* nascerá com taras hereditárias; *presumivelmente*, porque a ciência médica, em que pese seu progresso, ultrassonografia, amostra de vilos coriânicos e placenta, do sangue fetal (cordocentese, dosagem de alfafetoproteína no líquido amniótico e no soro materno), é falível e nesses casos não firma diagnóstico pré-natal das anomalias congênicas *sempre* de certeza.

Também estão em franco desenvolvimento as cirurgias intrauterinas para corrigir malformações fetais. A exemplos, em 1981, Michael R. Harrison, da Universidade da Califórnia, São Francisco, corrigiu uma uropatia obstrutiva (obstrução da bexiga), evitando, assim, a morte logo ao nascer. E, em 1989, operou esse hábil cirurgião um nascituro portador de hérnia diafragmática, com sucesso.

No Estado de São Paulo, em vários centros médicos especializados, na capital e no interior, desenvolve-se a Medicina Fetal, entre outras coisas, no sentido de encefalocentese (drenagem cerebral) corretora de *hidrocefalia*, e de cordocentese (punção do cordão umbilical para, através do sangue por essa técnica colhido, detectar doenças). Além disso, considerando que todo profissional de medicina é defensor jurado da vida humana, aos deficientes deve o médico amparar: o médico e a sociedade.

O aborto econômico, segundo alguns, teria indicação em casos de família numerosa, falta das mínimas condições de subsistência, para não lhe agravar a situação social.

“Gestante que pratica aborto em si mesma ou consente que terceiro o faça unicamente por ser pobre e não se achar em condições de criar o filho, não incide em erro de fato, nem mesmo em estado de necessidade, pois que tais circunstâncias não poderiam levá-la a supor situação de fato que, ainda que existentes, tornassem a ação legítima. Nessa situação, permite-se apenas eventual reconhecimento de atenuante (art. 48, IV, *a*, do CP, atual 65, III, *a*) perante a situação de cada caso” (TACrimSP, Ac., Rel. Juiz Carlos A. Ortiz, *JTACrimSP*, 17:217).

Andou bem a autoridade julgante penalizando o aborto social, pois não pode o Estado ameaçar a existência de alguém por motivos econômicos. Não será pela solução unilateral do aborto que se resolverá o desemprego, a pobreza, a miséria — a maior das violências — e outros problemas graves que de há muito assolam o País e só passíveis de solução pela remoção das causas reais que o determinam. Permitti-lo seria atestar impassibilidade e impiedade ante a valorização da vida humana, essência do Direito.

Aborto estético é a interrupção ilícita da gravidez “para não enfeiar a mulher envelhecendo-a prematuramente e tornando-a sexualmente menos atraente”.

Sem comentários.

12.4.2.4. Causas determinantes do aborto

Nos períodos de grande crise econômica diminui a natalidade e aumenta o número de abortos. A baixa renda *per capita*, o alto custo de vida, o preço cada vez mais alto da educação, também são alegações vezeiras determinantes do aborto.

A gravidez resultante de leito extraconjugal peja a mulher de preconceitos sociais, o que a leva a lançar mão do aborto; diga-se o mesmo da mãe solteira que a sociedade incoerente avilta e desampara afetiva e economicamente. A respeito, a vigilante jurisprudência é unânime em afirmar que “Não se pode admitir que gravidez fruto de relação sexual consciente e voluntariamente desejada importe em agressão à pessoa da mulher, de modo a justificar o aborto, a pretexto de legítima defesa putativa da honra”.

A crença generalizada de que a multiparidade deforma e envelhece a mulher leva as mais vaidosas e fúteis ao aborto. Explicam-no da mesma forma o neomalthusianismo, a irreligiosidade, o egoísmo etc. Alguns autores citam ainda o receio da dor de parto. Modernamente, graças aos cursos de “parto sem dor”, de higiene pré-natal, preparando a mulher psicologicamente para a maternidade, a *narcoaceleração* e a melhor assistência ao ato ou efeito de parir e, inclusive, a ampliação *ética* das indicações obstétricas da cesariana segmentar transversa, o aborto por receio das dores de parto é ilícito criminal praticamente inexistente.

12.4.2.5. Processos abortivos

Os processos abortivos podem ser: químicos, farmacológicos, por indução, físicos (mecânicos, térmicos e elétricos), cirúrgicos e psíquicos.

1) *Químicos* — Não existem substâncias químicas especificamente abortivas. Entretanto, substâncias inorgânicas como o fósforo, arsênico, mercúrio, e o princípio ativo de algumas plantas (substâncias orgânicas), como o esporão de centeio, a quinina, o apiol, a sabina, a arruda, a salsaparrilha, a *Papaver somniferum*, podem matar o produto da concepção por perigosa intoxicação das gestantes, e, não raro, lhes põem em risco a própria vida. Não agem, portanto, diretamente sobre o útero grávido, mas sim indiretamente, por via sistêmica, em todo o organismo, provocando, por toxicidade, o descolamento do ovo, seguido de aborto.

O *fósforo amarelo* integra, amíuê, certos venenos para ratos, extremamente tóxicos. A sua ingestão com finalidade suicida ou abortiva produz queimadura na orofaringe, dor abdominal e vômitos, que rapidamente se intensificam, icterícia e morte, por atrofia amarela aguda do fígado, ao cabo de poucos dias.

A ingestão de *arsênico* desencadeia segura da boca, sensação de constrição da garganta, disfagia, cólicas abdominais, náuseas e vômitos, disenteria e eliminação de mucosa intestinal nos dejetos. E desequilíbrio hidrossalino gerador de *estado de choque*, anúria e morte.

A intoxicação aguda por ingestão *mercurial* manifesta-se por gengivite com sialorreia abundante, estomatite ulcerosa, lesões do perióstio com queda dos dentes, às vezes acompanhada de necrose óssea, dores abdominais intensas, vômitos, disenteria com puxos e tenesmo, desidratação, *choque* e lesão tubular que leva à anúria e morte por uremia.

A abortante intoxicada por altas doses de *esporão de centeio* apresenta hiperestesia, parestesia, anestesia, resfriamento da pele, diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos, debilidade muscular generalizada, câimbras, espasmo doloroso dos flexores dos membros inferiores, vômitos, diarreia, polidipsia, confusão mental e, se não for socorrida adequadamente em tempo hábil, morte.

A *quinina*, principal alcaloide da *Quina cinchona*, quando é ingerida repetidamente até atingir superdosagem, manifesta sintomatologia chamada *quinismo*: zumbido nos ouvidos, cefaleia, diminuição da acuidade visual e auditiva, constrição e até obliteração completa dos vasos retinianos, náuseas, vômitos, dores epigástricas, diarreia, sudorese, febre, hemólise eritrocitária, anúria e, às vezes, uremia, excitação, confusão mental, síncope, delírio, *coma* e morte por parada respiratória. Insta dizer que a mulher grávida pode abortar como consequência de hiperdosagem quinínica, não necessariamente por ação ocitócica do medicamento, e sim por efeito da *síndrome de quinismo*.

A ingestão de doses elevadas de *apiol* promove excitação do sistema nervoso central e certo estado de embriaguez e icterícia, poliúria e hematúria, perda da consciência e morte por colapso.

O *óleo da sabina* é extraído da *Juniperus sabina*. Tem sido usado há séculos como abortivo e causado intoxicações fatais. Produz cólicas abdominais intensas, vômitos sanguinolentos, diarreia, hematúria, anúria, convulsões, perda de consciência e morte.

A literatura médico-legal registra casos de mulheres grávidas que foram levadas à morte, conseqüente à introdução, pelo canal cervical, de soluções de sabão, de permanganato de potássio, de água sanitária, de sais de mercúrio, alumínio, chumbo.

Na prática abortiva pelo uso de lavagem vaginal contendo *chumbo*, uma descamação do epitélio de revestimento estratificado do *receptaculum penis* pode permitir a passagem desse metal pesado para a grande circulação, intoxicando a gestante e desencadeando sede, gosto metálico, náuseas, vômito de aspecto leitoso, parestesias, diarreia ou obstipação intestinal, anemia intensa, hemoglobinúria, oligúria, *estado de choque* e morte.

Pela mucosa vaginal, por causas várias desepitelizada, podem ser absorvidos compostos solúveis de *alumínio* empregados em ducha vaginal objetivando abortamento, resultando a morte da gestante, decorridos dois a dez dias, por necrose central hepática e lesões tubulares renais.

2) *Farmacológicos* — Medicamentos a base de hormônios femininos (Ginecoside), popularmente chamados “testes de gravidez”, são absolutamente inidôneos como meio de provocar aborto. A menstruação que se segue à sua aplicação é afirmação segura de inexistência de gravidez, sendo a amenorreia, nesses casos, decorrente de disfunção ovariana.

Modernamente, vêm sendo empregadas, por alguns médicos, substâncias inicialmente encontradas na próstata e, posteriormente, também em outros órgãos, quimicamente pertencentes à classe dos lipóides e compostas de 20 átomos de carbono dispostos em duas cadeias, chamadas *prostaglandinas*. As *prostaglandinas* determinam a contração da musculatura lisa do segmento superior do miométrio (são pouco ativos sobre o segmento inferior), provocativas da expulsão do conceito, quando injetadas endovenosamente, determinando abortamento precoce na mulher.

Kareín e colaboradores administraram 50mg de prostaglandina PgE2 ou 20mg de prostaglandina PgF2 alfa, repetidos cada 2 horas, a 45 gestantes; 40 delas tiveram aborto completo e as outras 5, aborto incompleto, durando a indução e a eliminação do ovo, em média, 13 horas (Fawcet, 1:157-9, 1970).

J. B. Thiersch afirma ter logrado êxito na provocação de aborto em 16 das 24 gestantes em que aplicou *aminopterina*, fármaco citotóxico antagonista do ácido fólico, portadoras de tuberculose ativa. Nas oito mulheres restantes provocou aborto por meio de curetagem uterina, após prévia dilatação do colo cervical, tendo constatado que os produtos eram patentemente anormais.

3) *Por indução* — Consiste na punção da cavidade uterina por agulha de 1,5 a 2mm de diâmetro interno visando à extração de líquido amniótico. O volume de líquido amniótico extraído varia com a idade da gestação; assim, em prenhez incipiente, corresponde a quase todo o líquido amniótico que se forma no estado normal. Ato contínuo, o abortador injeta, com seringa hipodérmica, um volume igual ao retirado, desde que não exceda 200ml de *solução glicosada* a 50% ou de *cloreto de sódio* a 20%. O tempo médio de latência desde a injeção até a ocorrência de aborto é de 36,5 horas, com limites entre 7 a 114 horas, conforme os diferentes autores.

Insta saber que a via de acesso pode também ser vaginal.

4) *Físicos* — É possível o desencadeamento de aborto pela aplicação de *calor* ou de *eletricidade* diretamente sobre o abdome grávido. Em nosso entender, essas práticas abortivas são de ínfima frequência e importância.

Os meios mecânicos, de uma variedade somente comparável à sua barbárie, representados pela introdução de laminárias, agulhas de tricô, talos de mamona, varetas de bambu, penas de ganso, palitos de picolé, são práticas abortivas assaz frequentes nas camadas populares incultas e paupérrimas que, não raro, resultam em abortos incompletos que exigem curetagem uterina, posteriormente processada por médico em ambiente hospitalar, para remoção de restos embrionários, placentários e do endométrio, geradores de toda sorte de complicações e até morte.

As abortadeiras profissionais usam introduzir sondas através do colo do útero grávido objetivando puncionar o ovo e/ou o deslocamento das membranas, com posterior desencadeamento de *contractio uterinus* e expulsão completa ou não do aborto resultante.

“Em se tratando de aborto, é imprescindível o exame do corpo de delito, direto ou indireto. O emprego de sonda é meio eficaz à sua provocação, dado o deslocamento das membranas do útero” (RT, 415:98).

Traumatismos violentos aplicados diretamente sobre o abdome grávido, ou em outras regiões do corpo, até extragenitais, podem provocar a interrupção endouterina da prenhez.

5) *Método Karman* — Consiste na aspiração do ovo por pressão negativa, pela introdução de uma cânula, após a dilatação do colo do útero com *velas seriadas de Hegar*, conectada a um recipiente completamente vazio, ao qual se adapta uma seringa hipodérmica para fazer vácuo; ou, então, utiliza-se a aspiração elétrica de pressão regulada, com uma bomba aspirante e um manômetro controlador, sob anestesia.

6) *Cirúrgicos* — Compreende a microcesariana e a curetagem uterina.

A *microcesariana* é tecnicamente idêntica à cesariana segmentar transversa. Tem os mesmos riscos inerentes a ela. É empregada para privação de nascimento vivo em gravidez cujo estágio de desenvolvimento é de monta a impedir a passagem do feto pelo canal cervical e colo do útero.

A *curetagem uterina* consiste na raspagem, por curetas, das paredes da matriz, prévia *dilatatio kolon* por velas metálicas de Hegar, para deslocar o ovo e a placenta para o exterior, sob sedação ou sob anestesia, preferentemente geral.

7) *Psíquicos* — O choque moral, o susto, o terror, a sugestão, em certas circunstâncias, são absolutamente idôneos para a produção do resultado aborto.

12.4.2.6. *Complicações patológicas do aborto*

Os meios químicos e por indução, e físicos de privação de vida ao *infans conceptum* geram, amiúde, complicações patológicas, das quais as mais temíveis são:

a) No *aborto químico*, o envenenamento materno com hemorragias *post abortum*, conseqüentes ao fenômeno hipofibrinogenemia sempre que na cavidade uterina são necrosadas áreas extensas de placenta e/ou de decidua.

b) É difícil estimar a frequência de complicações no aborto por *indução* porque a maior parte dos trabalhos científicos relacionados com o tema incluem poucas pacientes. Ademais, parecem diferir, neste sentido, as complicações conforme se empregue glicose ou cloreto de sódio.

Tomamos emprestado a Gorm Wagner e outros o quadro abaixo. Complicações em 212 pacientes tratadas com solução salina a 20%:

Complicações Número

Operatórias 12

Vários ensaios de punção 12

Dor durante a injeção 3

Injeção intravascular 2

Punção da bexiga 1

Pós-operatórias

Temperatura de 38 °C, ou mais, durante um dia 16

Temperatura de 38 °C, ou mais, durante vários dias 9

Hemorragia vaginal que exigiu transfusão 6

Anexite 3

Abscesso do fundo de saco de Douglas 1

Íleo paralítico 1

Tromboflebite (das pernas) 1

No Japão foram relatadas complicações mortais depois da injeção intra-amniótica de solução hipertônica de cloreto de sódio.

c) No aborto por *manobras mecânicas* podem ocorrer graves lesões locais, como perfurações uterinas e/ou de alças intestinais, com desencadeamento de pelvipertonite e morte, quando passam inadvertidas nas primeiras 24 horas do evento.

d) A *aspiração do ovo* à Karman pode levar infecções à cavidade pélvica e à cavidade abdominal, com complicações seríssimas, notadamente quando a grávida porta um dos tipos das frequentíssimas vaginites.

e) O aborto, ainda que provocado por médicos, *sempre* acarreta algum grau de lesão uterina.

f) Para uma grande maioria das mulheres, abortar é uma decisão que envolve angústia, ainda mais quando efetuado em clínicas clandestinas, responsável por sérios prejuízos mentais, notadamente quando alcançam a menopausa.

A título de ilustração, a chamada do corpo de enfermagem, certa madrugada de 1961 fomos urgentemente atender a uma senhora de 62 anos, internada em hospital para submeter-se à drenagem de abscesso enormemente assentado na face interna da raiz da coxa direita e no grande lábio. Adentrando o quarto deparamos com a paciente firmemente agarrada à guarda do leito, em posição ginecológica, aos gritos de “acudam, gente, que ele vai nascer”, e efetuando intensos esforços parecidos aos que fazem as mulheres grávidas na fase final expulsiva do parto. Sedamo-la. Posteriormente, drenado o abscesso, ouvindo a paciente que, até então, nunca antes apresentara qualquer forma de distúrbio mental, pudemos concluir que o tragicômico quadro deveu-se à eclosão de uma psicose motivada pela recordação reprimida de quatro abortos que, na juventude, obrigara-lhe o marido a, por intermédio de terceiros, provocar.

g) O aborto pode ser causa de irreparável esterilidade.

Esses riscos, infelizmente, não coíbem as consequências catastróficas dessa praga social, nem o vertiginoso aumento do aborto ilícito, que, por criminoso, é provocado aos milhares, anual e ocultamente, e se mascara, por quem o realiza, de hemorragias por aborto ovular incompleto, restos placentários, curetagem de prova, “não havia outro recurso para salvar a vida da mulher” etc.

12.4.2.7. Perícia do aborto

Aborto infectado, até prova evidenciada em contrário, é aborto criminoso.

Para afirmar a realidade do aborto deve o legislador investigar:

a) Se realmente existia a gravidez, provada como verdadeira e normal, através de diagnóstico certo, seguro, exato e completo, pois, se não for assim demonstrado, torna-se impossível movimentar-se o *jus persequendi in judicio*, e inviável a subsistência do decreto de pronúncia, como se deduz da letra do art. 408 do Código de Processo Penal. Nesse sentido: *RJTJSP*, 32:274, 38:250, 47:336.

“Ausente a prova do estado fisiológico da gravidez não há cogitar-se do crime de provocação do aborto. Tem-se, na espécie, um delito impossível” (*Lex*, 145:281; *RT*, 493:284; *RT*, 11:76).

“Sem a prova plena e segura da gravidez e inclusive da viabilidade do feto não há falar em aborto. Ademais, tratando-se de delito cometido aos primeiros tempos de gravidez, indispensável o exame pericial, não o suprimindo a confissão da suposta gestante acerca de seu estado de gravidez” (*Lex*, 145:281; *RT*, 659:249).

b) Se o aborto foi provocado criminosamente, porque, além dos abortos por traumas acidentais, ocorrem abortos chamados espontâneos. Nesse sentido: *JTACrimSP*, 72:147.

“Não se configura o crime de aborto sem prova segura de que tenha sido provocado” (*RT*, 524:361).

Não se olvide, todavia, que embora inexistindo “ao tempo do exame de corpo de delito direto vestígios das manobras abortivas, com manipulação instrumental (o que, a rigor, continua ou não, é condição *sine qua non* para a consumação do fim colimado), o caráter criminoso do abortamento pode ser comprovado pela prova pessoal, não só testemunhal como, também, em crime de tal natureza, pela palavra dos corrêus” (*RT*, 609:321).

Em se tratando de aborto medicamentoso, aqui é onde os peritos esbarram com a maior dificuldade, posto que a rotineira impossibilidade de realização de exames laboratoriais em remédios impede a prova indispensável de que o abortamento tenha sido consequência da introdução ou ingestão da droga na dosagem que o foi. Nesse sentido: *BMJ*, 64:4.

Não há falar em aborto se não restar inafastavelmente demonstrado que a droga utilizada para tal fim era absolutamente idônea, como meio de provocá-lo.

Inexistindo nos autos a indispensável prova técnica demonstrativa do nexo causal entre o medicamento ingerido pela acusada e o aborto a ela impetrado, não se pode deixar de concluir que o Tribunal do Júri, ao afirmar que o mesmo foi provocado pela gestante, o faz sem bases em prova alguma, o que equivale a dizer que a decisão condenatória foi manifestamente contrária à prova, devendo ser anulada” (*RT*, 634:301).

“Atestando o laudo médico a inexistência de elementos para concluir se houve ou não aborto provocado, impõe-se a impronúncia” (*RT*, 560:321).

Outrossim, a “inexistência de causas que evidenciam a ocorrência de aborto natural não basta para que se dê pela inexistência de aborto criminoso” (*JTACrimSP*, 42:137).

c) Se consequente ao aborto ou aos meios empregados para provocá-lo ocorreram lesões corporais graves na gestante, caso em que as penas são aumentadas de um terço (art. 127 do CP), salvo se a interrupção da gravidez se deu amparada pelo art. 128 do Código Penal.

O aborto, ainda que realizado por médico, pode acarretar lesão do útero, de natureza grave no sentido amplo. Todavia, “Reconhecido o aborto terapêutico, realizado para salvar a vida da paciente, não se justifica a condenação do acusado pelas lesões corporais nela produzidas, em virtude da intervenção a que se submeteu” (*RT*, 413:286).

Se houver dolo, na produção das lesões corporais em sentido amplo, haverá concurso de dois crimes: o de aborto e o de lesões corporais.

d) Qual a fase evolutiva da gestação em que ocorreu o aborto.

e) Se o aborto é decorrente de lesões corporais na gestante, pois a lei substantiva penal considera delito provocado ao ato e não o de lesão corporal de natureza gravíssima, previsto no art. 129, § 2.º, V, do Código Penal.

f) Se a prenhez resultou de estupro.

g) Em caso de morte da gestante, se ela sobreveio em consequência do aborto ou dos meios empregados para produzi-lo, pois, confirmado o nexo causal, as penas cominadas no art. 127 do Código Penal são duplicadas.

Na necropsia, os legisladores observam externamente, na matriz, equimomas, conferindo ao órgão o aspecto de *útero de Couvelaire* (apoplexia útero-placentária). E no miométrio e sob o peritônio, sufusões numerosas e confluentes, extensíveis aos órgãos pelvianos próximos ao útero, mas não em zonas da mesma região abdominal pouco distanciadas, como a parede intestinal ou o peritônio parietal. As alterações na decidua e na placenta são características: infartos vermelhos com produção de massas fibrinosas, englobando densamente os tecidos autolizados. Os grandes vasos placentários mostram trombos estratificados.

12.4.2.8. Medidas coercitivas ao aborto

Todas resguardam os direitos do nascituro.

E quais são estes direitos?

Todos. Todos os que uma pessoa titular de direitos possa ter, e, acima deles, o direito a sua integridade física e psíquica e à vida, bem inestimável de interesse público tutelado pela maioria dos Estados modernos.

Código Civil:

“Art. 2.º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.

Código Penal:

“Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque.

Pena — detenção de um a três anos”.

No caso de autoaborto a punição a ser aplicada à gestante é a descrita no art. 124 do Código Penal.

Se terceiro participa por instigação, induzimento ou auxílio secundário à gestante a praticar autoaborto, a pena cominada ao copartícipe é a desse mesmo artigo.

Contra: “É coautor do crime do art. 126, e não do art. 124 do CP, aquele que não só conduz a amásia à casa da curiosa para a prática do aborto, como, também, contrata e paga os serviços da mesma” (*RT*, 412:119).

“... tendo o recorrente levado a amásia à casa da curiosa, contratado e pago os serviços da mesma, é coautor do crime do art. 126 e não do art. 124, tal como reconheceu a pronúncia” (*RJTJSP*, 10:495).

Se o aborto é realizado por outrem, com o consentimento da gestante, sob a instigação, o induzimento ou auxílio secundário de terceiro, o executor do ato não será coautor do delito que se descreveu no art. 124; comina-lhe a lei a pena definida no art. 126 do Código Penal, pois, sem sua atuação, o fato delituoso não teria ocorrido. De que se trata, embora haja concurso na mesma ação delituosa, ocorre duplo crime, autônomos: o da gestante que consentiu no ato, incidindo na pena imposta pelo art. 124 (autoaborto), e o do agente, apenado pelo art. 126.

“Art. 125. Provocar aborto, sem consentimento da gestante:

Pena — reclusão, de três a dez anos.”

Como bem lembra Damásio E. de Jesus é esta a forma mais grave do crime, depois do aborto qualificado previsto no art. 127 do Código Penal. O dissenso da gestante não precisa ser expresso, sendo suficiente que o ato se faça à sua revelia, ou que ela ignore a sua prenhez, ou seja incapaz, ou o aborto tenha sido provocado mediante fraude, violência ou grave ameaça. Se o aborto é provocado mediante violência ou grave ameaça subsistirão dois crimes em concurso formal: aborto sem o consentimento da gestante (art. 125 do CP) e constrangimento ilegal (art. 146 do CP).

“Art. 126. Provocar o aborto com o consentimento da gestante:

Pena — reclusão de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.”

Responderá a gestante pelo delito previsto no art. 124 e o abortador pelo art. 126 do Código Penal.

“Art. 127. As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.”

As formas qualificadas referem-se exclusivamente aos delitos tipificados nos arts. 125 e 126 do Código Penal, excluída a gestante. Trata-se de crime preterdelitoso ou preterintencional: pune-se o aborto a título de dolo e o resultado morte ou lesão corporal de natureza grave, a título de culpa. Se resulta ofensa corporal de natureza leve, o executor do ato criminoso responderá apenas por aborto, não se lhe aplicando o estatuído no art. 127 do Código Penal.

“Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:

I — se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

II — se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.”

“A prática de aborto não constitui finalidade da medicina. Ao reverso, estão os médicos proibidos de praticá-lo, exceto nas hipóteses que a lei penal chama de aborto necessário, na falta de outro meio para salvar a vida da gestante ou quando resulte de estupro a gravidez” (RT, 454:364).

Destarte, é criminoso o aborto necessário provocado por médico objetivando a preservação da saúde e não especificamente para salvar a vida da gestante. Delituoso também é o aborto provocado por profissional de Medicina em gravidez resultante de estupro, sem o consentimento da gestante ou, se incapaz, ou portadora de doença mental, de seu representante legal.

“Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena — detenção, de três meses a um ano.”

Lei das Contravenções Penais:

“Art. 20. Anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar a gravidez:

Pena — de multa”.

Código de Ética Médica:

“Art. 6.º O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade”.

É direito do médico:

“Art. 28. Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.

Declaração de Genebra:

“Manterei o mais alto respeito pela vida humana desde a concepção”.

Juramento de Hipócrates:

“Também não fornecerei a uma mulher pessário abortivo”.

Congresso de práticos, 1910:

“Considerando que todo médico é defensor jurado da vida humana; que este título o obriga, sob pena de desonra, a envidar todos os esforços em todas as circunstâncias para assegurar a conservação do indivíduo e da espécie; o Congresso declara que todo aborto provocado, que não obedece a indicações médicas, é um verdadeiro crime”.

A Convenção Americana dos Direitos Humanos, Pacto de São José da Costa Rica e as Recomendações n. 934/82, 1.046/86 e 1.100/89 do Conselho da Europa preveem expressamente o direito à inviolabilidade da vida do nascituro.

12.4.3. Técnicas anticoncepcionais

As técnicas ou processos anticoncepcionais podem ser efetuados por médicos ou pessoa leiga, em si ou em outrem.

Os meios anticoncepcionais médicos visam a uma esterilização transitória, na mulher, ou definitiva, no homem ou na mulher.



12.4.3.1. Esterilização transitória por contraceptivos hormonais

Os contraceptivos hormonais, vulgarmente chamados “pílulas anticoncepcionais”, contêm em sua fórmula dois hormônios femininos, estrogênios e progestágenos, que inibem a função hipofisária de estimular a ovulação, gerando o chamado *ciclo menstrual anovulatório*.

Progestágenos são substâncias químicas que, administradas a mulheres previamente sensibilizadas por estrogênios (endógenos ou exógenos), produzem transformação das células epiteliais da vagina, inibição da cristalização do muco cervical, hipertermia e hemorragia uterina quando dados por certo prazo e bruscamente retirados (*withdrawal bleeding*) (Greenblatt).

Os contraceptivos hormonais não apresentam eficácia absoluta, pois a cada 1.200 ciclos menstruais estéreis, um falha, possibilitando a ocorrência de indesejável gravidez.

Têm, ainda, o inconveniente de efeitos colaterais, como hemorragia intercorrente, oligo-hipomenorreia, menstruação silenciosa, amenorreia, alterações uterinas, ações adversas sobre as mamas, repercussões sobre a gravidez, as glândulas endócrinas, a hemodinâmica, o trato urinário, o aparelho digestivo, o sistema nervoso central, e reações imunológicas aos hormônios sexuais.

A hemorragia intercorrente (*breakthrough bleeding*), ou seja, o sangramento fora do período menstrual, é um dos efeitos mais frequentes, incidindo entre 8 e 38% dos casos. *Habitue* nos três primeiros ciclos, varia desde manchas até franco sangramento, o que obriga a dobrar a dose ingerida por 3 a 5 dias ou a suspender o tratamento, para que ocorra hemorragia hormoniopriva e descamação total do endométrio.

A oligo-hipomenorreia é motivada principalmente pelos progestogênios de síntese que imprimem ao endométrio aspecto secretório precoce, com rápida regressão das glândulas, junto ao grande desenvolvimento do estroma e modificações vasculares, seguindo-se à interrupção dos anticoncepcionais sangramento de pequena duração e intensidade.

Em 1% a 2% das mulheres que usam contraceptivo hormonal não ocorre hemorragia hormoniopriva (*withdrawal bleeding*) quando deixam de ingerir os comprimidos. É a chamada menstruação silenciosa, explicada pelas alterações atroficas do endométrio provocadas pelos anticoncepcionais combinados.

Amenorreia por anticoncepcionais, combinados ou sequenciais, tem sido observada nas mulheres que fazem uso deste método, assiduamente, por mais de dois anos. Este tipo de amenorreia secundária de longa duração pode cessar espontaneamente em 70% dos casos, os restantes exigindo terapêutica hormonal — estrogênio associado ao progestogênio — para provocar hemorragia por supressão, com reaparecimento de ciclos bifásicos.

As alterações uterinas podem assentar no miométrio, porque poderá o estrogênio fazer a fibra crescer por hiperplasia e a progesterona, por hiperplasia e hipertrofia, determinando o aumento de eventuais fibromiomas. E alterações cervicais, porque os contraceptivos hormonais tornam o colo mais hiperêmico e amolecido, com surgimento de hiperplasia endocervical, atípica ou não, ectrópios, leucorréia, e aumento de descamação epitelial da vagina. Ademais, ocorre inibição do *pen pattern* do muco cervical, que se torna mais viscoso e, dessarte, hostil aos espermatozoides.

As mamas são órgãos hormônio-sensíveis. Todavia, a relação entre as pílulas anticoncepcionais e as lesões benignas ou malignas da mama ainda não está definitivamente estabelecida. Admite-se, no entanto, que o carcinoma da mama diagnosticado em mulheres que tomaram contraceptivos orais apresenta alguns

elementos em comum, tais como coexistência dos componentes lobular e ductal, maior difusão, abundante atividade secretora e grande quantidade de mucopolissacarídeos, tanto no estroma lobular e no periductal, e infiltração leucocitária (Gould e cols.).

Sobre a gravidez, nos primeiros ciclos menstruais pode haver ovulação e fertilização do óvulo, as precárias condições do corpo lúteo e sua degeneração precoce podendo interferir com a nidação, determinando aborto precoce. Ademais, ao cessar o uso das pílulas anticoncepcionais ocorre maior incidência de aborto espontâneo nas mulheres que puderam engravidar. Dessa forma, é de conferir aos contraceptivos orais e aos injetáveis ação acessória abortiva, passível de ser evitada pela orientação de que utilize a mulher outros meios de contracepção, por dois ou três meses, antes de permitir nova prenhez.

Não são concordes os autores sobre os efeitos arrenomiméticos da “pílula de Pincus” sobre o conceito.

Rutenskoeld (1971) relata não ter observado qualquer alteração em 45 crianças nascidas de mães que, pela falha da pílula, continuaram a tomá-la durante até cinco meses, enquanto evoluía a gestação. Wilkins, Jones, Holman e Stempfeler referem recém-nascidos do sexo feminino que apresentaram masculinização parcial da genitália externa (hipertrofia do clitóris e graus diversos das pregas lábio-escrotais), cromatina sexual positiva, 17-KS normais, sem caráter progressivo de masculinização.

Tomadas durante a lactação podem os hormônios das pílulas passar ao leite, determinando distúrbios aos lactentes, como crise genital e desenvolvimento invulgar das mamas. E nos recém-nascidos de mães que fizeram uso dos contraceptivos orais imediatamente antes da gravidez tem sido observado maior-contingente de icterícia neonatal.

Os contraceptivos hormonais exercem efeitos sobre as glândulas endócrinas. Sobre a tireoide, o componente estrogênico aumenta o PBI, TBG e TBPA, e diminui a captação de tri-iodotironina pelas hemácias e de iodo, pela glândula. Diminuem o ACTH e aumentam a secreção de corticosteroides e de cortisol livre, no córtex suprarenal.

Sobre a hemodinâmica, os contraceptivos hormonais condicionam hipertensão arterial diastólica, e aumento significativo do rendimento cardíaco e do volume plasmático. A hipertensão diastólica ocorre em 19% das mulheres que fazem uso de anticoncepcionais orais.

Há uma maior incidência de acidentes tromboembólicos em grupo de mulheres que usam anticoncepcionais. Por esse motivo devem ser desaconselhados nas que têm varizes, lúpus eritematoso, anginas, ou antecedentes de moléstia tromboembólica.

Para alguns autores, os anticoncepcionais podem promover relaxamento da musculatura lisa do trato urinário, e glicosúria com estase, facilitando o desenvolvimento bacteriano e predispondo a mulher à infecção. Contudo, ainda não foi exatamente demonstrado que estes hormônios — à maneira do que acontece com os animais — relaxam realmente a musculatura do aparelho urinário, no ser humano.

Sobre o aparelho digestivo, podem os anticoncepcionais hormonais ser causa de gengivite hipertrófica, copróstase, náuseas, alteração na excreção da bromossulfaleína, aumento das transaminases e, eventualmente, do timol, e ação hepatotóxica que, em alguns casos, pode evoluir para lesão hepatocelular, lesão hepatocanalicular, ou ambas.

Tem-se responsabilizado os anticoncepcionais por efeitos adversos sobre o sistema nervoso central, tais como cefaleia, enxaqueca, depressão mental, nervosismo, tonturas, fadiga, alterações visuais, enfartos cerebrais em jovens (Monoval, 1967), hemiplasia e afasia, que desaparecem após interromper o tratamento (Hoogewerf, 1963), mais por espasmo do que por oclusão dos vasos arteriais cerebrais. E efeito sedativo, provocador de sonolência, por ação sobre o córtex cerebral, com surgimento concomitante de ondas lentas no EEG. Desse modo, estão os contraceptivos hormonais contraindicados nas mulheres portadoras de cefaleias ou enxaquecas, epilepsia, acidente vascular cerebral prévio ou distúrbios neuropsiquiátricos.

Os anticoncepcionais, orais ou injetáveis, podem mimetizar a gravidez: náuseas, vômitos, cefaleia, aumento ponderal, edema, mastalgia bilateral, galactorreia, surgimento ou aumento de varizes, amenorreia e reação deciduíforme do endométrio.

Aumentam o volume plasmático pela retenção de sódio, diminuem o cálcio, o magnésio, o fósforo e o zinco e elevam os teores de iodo, de cobre, de ferro, de triglicérides, glicérides, glicerol, beta-hidroxitiratos, aceto-acetato, piruvato, corpos cetônicos, ácidos graxos livres (Seng, 1969), e colesterol (Wynn, 1969).

Pode ocorrer, na pele, cloasma, alopecia ou hirsutismo.

Abramson e colaboradores descreveram, no soro de mulheres, precipitinas antiesteroides sexuais, aceitando, nas que apresentaram intensa sintomatologia na vigência do tratamento, uma reação imunológica aos hormônios sexuais.

Por derradeiro, sabemos de uma paciente a quem responsabilizou-se a morte súbita ao uso abusivo e ininterruptamente prolongado (14 anos) de contraceptivos hormonais.

12.4.3.2. Esterilização definitiva

a) *Raios X* — A aplicação de raios X nos testículos e ovários, com a finalidade específica de esterilização, caiu em desuso pelas consequências imprevisíveis que podem produzir no organismo e pela possibilidade de lesar as células germinais.

b) *Cirurgias* — Estão representadas pela ligadura dos canais deferentes (no homem) e das trompas de Falópio, na mulher (salpingostomia). Salpingectomia é a ablação completa das trompas de Falópio, uni ou bilateral. É indicada para a cura de doenças das trompas de Falópio, em que os recursos terapêuticos falharam, como, por exemplo, pio-salpinx, gravidez tubária etc.

A *salpingostomia*, à maneira das demais cirurgias mencionadas, indicada visando precipuamente à esterilização com o consentimento da paciente e precedida de extensa informação sobre possíveis complicações, efeitos colaterais, resultados etc. não constitui ilícito penal, pois a conduta do cirurgião que a pratica, sob essas condições, não alcança o *animus vulnerandi* como se define na figura de lesão corporal. A anuência, preferentemente escrita, da paciente e, se casada, também do marido exime o cirurgião de qualquer sanção penal, se não cometer uma negligência, imperícia ou imprudência, pois a esterilização realizada com o consentimento eficaz torna evidente a licitude do ato.

Incumbe ao cirurgião a prova do consentimento.

De outra parte, o Código Penal nada insere que proíba a esterilização, quando praticada — convém insistir — de acordo com a vontade expressa da paciente; logo, é de admitir-se não ocorrer, na sua vigência, crime nenhum, quer por parte desta ou do cirurgião.

Evidentemente, quando a esterilização é procedida contra a vontade tácita ou expressa da ou do paciente e ao desamparo do *estado de necessidade* tutelado pelo art. 24 do Código Penal, será crime de lesão corporal gravíssima: — Perda de membro, sentido ou função...

De passagem, vasectomia é a secção e ligadura do canal deferente, tendo-se o cuidado de retirar-lhe cerca de 1cm para evitar-se a retunilização.

O vasectomizado mantém os testículos secretando testosterona na mesma quantidade e qualidade que antes.

Também o líquido seminal é produzido e ejaculado como de hábito, de modo que não há qualquer diferença no organismo; apenas o derramado não mais contém espermatozoides. Todavia, os testículos retêm a capacidade de produzir-se as extremidades seccionadas forem *anastomosadas boca a boca*.

A vasectomia pode falhar imediatamente após a operação porque os espermatozoides armazenados antes da cirurgia no aparelho genital masculino somente são completamente expelidos após várias ejaculações. Assim, só depois que não se encontra mais laboratorialmente nenhum gameta no ejaculado é que a vasectomia deve ser considerada segura.

12.4.3.3. Outros métodos

a) *Lactância prolongada* — É de observação popular que a amamentação por períodos prolongados retarda o reaparecimento da menstruação (que é comparsa da ovulação, porém, nem sempre), evitando, conseqüentemente, a fecundação. Estribado nisso, há anos na Alemanha, Funcke fez um apelo patético às mulheres: “não deveis inutilizar a força vital, vos menstruardes, se não tendes o firme desejo de ser mães; deveis deixar fluir a força vital sob a forma de leite de vosso peito para a felicidade e o prazer de outros homens”. *Data venia*, “parece que na Alemanha essas extravagâncias não espantam, nem o ridículo mata” (Afrânio Peixoto).

b) *“Coitus interruptus”* — É a interrupção do ato sexual antes que ocorra ejaculação no interior da vagina. É a retirada do pênis em ereção da vagina durante o coito, antes da *imissio seminis*. É o pecado de Onan, que, por ter casado com Tamar, viúva de seu irmão, sem amor, apenas para cumprir a lei do Levirado e dar descendência a seu mano, quando se juntava com sua cunhada, impedia, com uma excrecanda ação, que nascessem filhos, “isto é, fraudava, interrompendo o congresso sexual, perdendo fora a semente” (Gênesis, XXXVIII, 9).

Acredita-se que a retirada do pênis em ereção da vagina durante o coito, antes da *imissio seminis*, quando corriqueira, possa causar ansiedade em ambos os parceiros e neurose genital reflexa na mulher.

O onanismo apresenta segurança anticoncepcional de apenas 30%. Tem sido erroneamente confundido com a masturbação.

c) *Ducha pós-coital e espermicidas* — Garantem segurança anticoncepcional praticamente nula, não sendo, portanto, confiáveis.

d) *Condom* — Não se conhece a origem da palavra condom, julgando alguns autores ser originária da corruptela *condus*, receptáculo, de *condere*, esconder. Não foi comprovada a lenda de que derive de um certo Dr. Condom, médico do rei Carlos II da Inglaterra, do século XVII, que teria oferecido a Sua Majestade este meio para evitar filhos.

A primeira citação sobre o condom talvez tenha sido a de Falópio, anatomista italiano que em 1564 afirmou que um envoltório de linho no pênis durante conjunção sexual impediria a disseminação de doenças.

O condom é o preservativo de borracha, conhecido popularmente por camisa de vênus, mais empregado em todo o mundo como barreira anticoncepcional ou como impeditiva de transmissibilidade das moléstias venéreas. O condom tem sido usado, há séculos, tanto para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (daí a ambigüidade no nome popular: preservativo), quanto, mais recentemente, como meio contraceptivo.

No Brasil são fabricados de látex, em tamanho convencional de 3cm de diâmetro por 17 de comprimento, com 0,04 a 0,07mm de espessura, secos ou lubrificados, coloridos ou naturais, com um reservatório na extremidade a fim de coletar o esperma e evitar que o mesmo se escoe entre o pênis e o condom, localizando-se nos pelos pubianos masculinos e dali, na vulva, originando, embora rarissimamente, gravidez. Usados corretamente, oferecem segurança

contraceptiva de 80 a 90%, além de uma reconhecida ação profilática contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Por ser de látex e permanecer em contato direto com o pênis e a vagina, há quem os acuse de diminuir a poesia do amor por arrefecimento da sensibilidade genésica ou pelo breve instante de interrupção dos estímulos sensitivos para adaptação do condom. Inversamente, o amortecimento relativo das sensações de contato favorecem aos homens que ejaculam precocemente, por prolongação do coito.

Instruções para o uso correto do condom:

- 1) só usá-lo uma vez;
- 2) desenrolá-lo no pênis ereto, antes de iniciar propriamente a relação sexual;
- 3) comprimir o reservatório da extremidade, para não deixar espaço vazio ao colocar o condom;
- 4) desenrolar o preservativo até a raiz peniana;
- 5) depois de retirado, observar se o condom não rasgou;

e) *Ritmo de Ogino-Knaus* — Neomalthusianismo aprovado pela Igreja Católica, firma-se no conhecimento fisiológico seguinte:

- o óvulo, nos ciclos menstruais regulares, de 28-30 dias, é liberado do ovário em torno do décimo quarto, décimo quinto dias;
- o óvulo tem sobrevida de aproximadamente 36 horas, e o espermatozoide, de 72 horas;
- excepcionalmente foram encontrados espermatozoides vivos, no organismo feminino, com sobrevida de 7 dias;
- ora, diminuindo 72 horas (3 dias) de 14, temos 11, ou seja, o décimo primeiro dia do ciclo menstrual; acrescentando 72 horas (3 dias) a 14, obtemos 17, isto é, o décimo sétimo dia do ciclo menstrual.

Depreende-se, assim, fértil o período compreendido entre o décimo primeiro e o décimo sétimo dia do ciclo menstrual, no qual se pratica a continência sexual quando se pretende restringir a natalidade (*vide* p. 524).

A “segurança” é de 64%.

Quando o ciclo menstrual periódico é constante e fixo, *sempre de 28 dias*, não demanda dificuldade a aplicação das leis de Ogino-Knaus; todavia, quando a aparição da menstruação no mês seguinte for completamente irregular, torna-se difícil para a mulher estimar acertadamente a data — que é a base mais importante para a aplicação das leis de Ogino-Knaus — em que o próximo sangramento ocorrerá.

Desse modo, é absolutamente indispensável que cada mulher conheça e registre exatamente seu ciclo catamenial periódico e suas possíveis variações, pois só com esse cuidado poderá ela determinar a data do próximo mênstruo, que há de servir de base a seus cálculos.

In concreto, as leis de Ogino-Knaus estabelecem que:

“1.º) Os 11 dias imediatamente anteriores a cada menstruação são absolutamente estéreis, e chamados *período fixo de esterilidade* (PFE).

2.º) Os 8 dias que precedem o ‘período fixo de esterilidade’ são fecundos e chamados *período fértil* (PF).

3.º) Os dias compreendidos desde o aparecimento da menstruação inclusive até o primeiro dia do ‘período fértil’ são também estéreis; seu número depende da magnitude do ciclo periódico e são chamados *período variável de esterilidade* (PVE)”.

Exemplos:

Suponhamos um ciclo menstrual regular de 28 dias numa mulher cujo primeiro dia da última menstruação foi 1.º de julho. O próximo sangramento endometrial ocorrerá dia 29 do mesmo mês. Diminuindo de 28 (dias do ciclo periódico) os 11 dias correspondentes ao PFE obtém-se 17 de julho; subtraindo desta data os dias correspondentes ao PF (8 dias), obtém-se 9 de julho. Dessa forma, concluímos que o período variável de esterilidade inicia dia 1.º e cessa dia 9; o período fértil estende-se de 10 a 17 e o período fixo de esterilidade de 18 a 28 do referido mês.

Num ciclo catamenial regular de 40 dias, cuja última menstruação iniciou dia 21 de abril, o próximo fluxo sanguinolento aparecerá dia 31 de maio; logo, o ciclo periódico cessará dia 30 deste mês.

Assim,

30 de maio – 11 (PFE) = 19 de maio

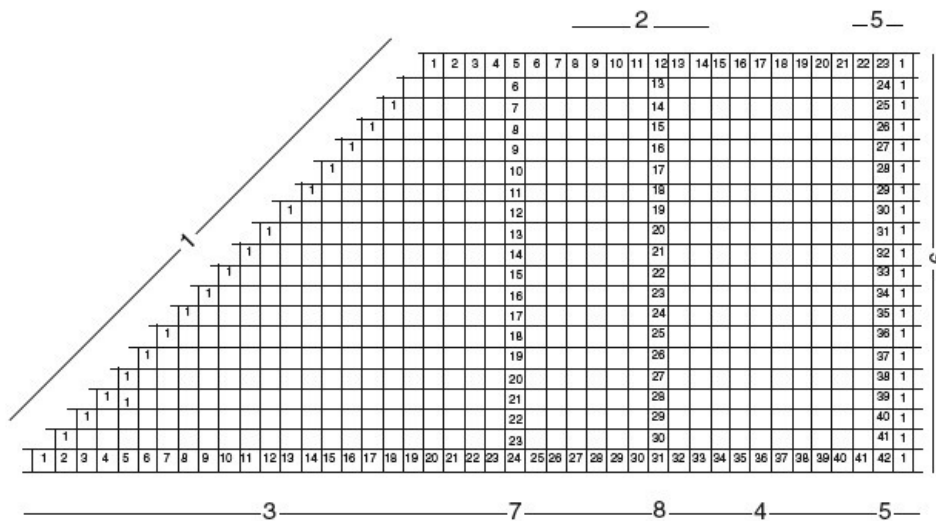
19 de maio – 8 (PF) = 11 de maio

Neste exemplo, o período variável de esterilidade estende-se de 21 de abril a 11 de maio, o período fértil de 12 a 19 e o período fixo de esterilidade de 20 a 30 de maio.

Observe-se que o PVE é de 9 dias, no primeiro exemplo, e de 21, no segundo, o que permite compreender por que, ao referir-se aos dias correspondentes ao *período variável de esterilidade*, as leis de Ogino-Knaus anunciam que “seu número depende da magnitude do ciclo periódico”.

CALENDÁRIO DEMONSTRATIVO DOS PERÍODOS FÉRTIL E INFÉRTIL EM TODOS OS CICLOS MENSTRUAIS POSSÍVEIS, DESDE 23 ATÉ 40 DIAS.

- 1 — Primeiro dia da última menstruação;
- 2 — Período fértil (8 dias);
- 3 — Primeiro dia do período fértil;
- 4 — Último dia do período fértil;
- 5 — Período variável infértil (4 a 23 dias);
- 6 — Período infértil fixo (11 dias);
- 7 — Último dia do ciclo menstrual;
- 8 — Dia da próxima menstruação.



f) *DIU (dispositivo intrauterino)* — É aparelho de plástico flexível, tortuoso, de aproximadamente 2cm de comprimento que, o médico não ignora, introduzido na cavidade uterina, impede que o ovo se implante na camada interna do órgão, denominada endométrio, provocando, por conseguinte, verdadeiro microaborto.

É de conhecimento médico, graças à revisão da literatura publicada, em 1977, por Tatum, que 4% das gestações que ocorrem com DIU *in situ* foram extrauterinas; e que a chance de incidência de gravidez ectópica aumenta com o maior tempo de uso desse dispositivo, conforme observado por Vessey, 1974, Jain, 1976, e Ory, 1981.

Atualmente não mais se discute se a ação do DIU é anticoncepcional ou abortiva; sabe-se que os dispositivos intrauterinos não têm efeito anticoncepcional, mas sim abortivo, impedindo o procedimento de uma vida humana em andamento por obstaculizarem a implantação do ovo no endométrio, sendo a sua aplicação, desse modo, ilegal. Porém, a nosso ver, não se enquadra no art. 124 do Código Penal, porque o simples fato de se encontrar DIU na cavidade uterina, numa perícia médica, não é meio eficiente para caracterizar o aborto.

12.5. Infanticídio

12.5.1. O crime de infanticídio

O art. 123 do Direito Repressivo conceitua *infanticidium* ao ato de matar a mãe o próprio filho, *sob a influência do estado puerperal*, durante o parto ou logo após. Dessarte, em princípio o infanticídio é o crime da genitora puerpera.

Em princípio, pois o delito não é de mão própria, vez que, de acordo com o art. 30 do CP, responderá por infanticídio, também quem auxilia a mãe a ocisar o próprio filho ou executa o crime a seu pedido, por estar combatida pelo esforço muscular, perda de sangue ou por faltar-lhe coragem.

Se não se verificar que a mãe tirou a vida do filho nascente, durante o parto, ou do infante nascido, logo após, *sob a influência do estado puerperal*, a morte praticada se enquadrará na figura típica do homicídio. Nesse sentido: *RT, 491:292, 488:323*.

Se a mulher vem a matar outro infante nascido, supondo tratar-se do próprio filho, *sob influência do estado puerperal*, logo após o parto, responderá por infanticídio (infanticídio putativo); se o morto pela mãe for adulto, responderá ela por homicídio.

Insta dizer que não se admite a forma culposa de infanticídio. Assim, se a mãe ocisar o próprio filho, *sob a influência do estado puerperal*, de forma culposa, ficará impune, mercê a ausência de dolo, direto ou eventual. É a opinião preclara de Damásio E. de Jesus, que *in casu* julga não haveria mais crime algum (*Direito penal*, v. 2, p. 170). Contra: se a mãe, por culpa, causar a morte do filho, responderá por homicídio culposo, ainda que tenha praticado o fato sob a influência do estado puerperal, posto que este não equivale à incapacidade psíquica, conforme Júlio F. Mirabete.

Muito se tem discutido acerca do estado mental das parturientes, depois que o Código Penal vigente contemplou o infanticídio como *delictum exceptum* ou privilegiado, quando a ocisão do filho é praticada pela mulher, sob a influência do estado puerperal. Assim é que:

a) Marcé descreveu em 1858 uma inexistente *loucura puerperal*, jamais manifestada em parturientes assistidas em maternidades, profunda e de curta duração, no dizer desse autor, mas capaz de levar a mãe a assassinar o próprio filho. É voz geral, entre os obstetras e os psiquiatras, que a *loucura puerperal* de Marcé, somente identificada nos partos clandestinos, foi criada como evidente recurso da defesa. Dessarte, embora, às vezes, se recorra à *loucura puerperal* para escusar o infanticídio entre as parturientes, essa inexistente modalidade de desnormalização psíquica não será admitida.

b) Existe uma *psicose toxinfeciosa puerperal*, reconhecida por obstetras e psiquiatras, que se manifesta por um quadro de reações esquizofrênicas, acessos de melancolia, depressão ansiosa, autoacusação, ideias hipocondríacas, alucinações, delírio alucinatório, impulsões mórbidas etc. Quando a infecção toxinfeciosa puerperal é evidenciada pelos sinais clínicos, a psicose adquire forma notoriamente sintomática, oscila com o curso da febre e cessa com a sua causa ou, em 75% dos casos, com a electroconvulsoterapia. Não se trata aqui da *influência do estado puerperal*. Mãe que atenta contra a vida do filho estando acometida dessa *psicose toxinfeciosa puerperal* não pratica infanticídio; é uma doente mental que se enquadra no *caput* do art. 26 do Código Penal.

c) Débeis mentais, histéricas, perversas assassinas e mulheres portadoras de toda uma gama de personalidades psicopáticas podem desencadear impulsos filicidas no período puerperal, porém não *sob influência do estado puerperal* a que certamente quis aludir o legislador, o que, forçosamente, a enquadrará, cometido o exício, no parágrafo único do art. 26 do Código Penal. Trata-se, portanto, de mulheres com predisposição neurótica ou psicopática, que transpõem todo o período de gravidez em relativo equilíbrio, desencadeando a descompensação no puerpério, manifestada por irritabilidade, agressividade, explosões de ódio familiar, podendo chegar, inclusive, aos impulsos filicidas. É a chamada *cólera das puerperas*.

d) Na lactação, preleciona J. Alves Garcia (*Compêndio de Psiquiatria*, p. 345), posto que raras, podem ocorrer infrações dependentes de ideias delirantes, de ódios familiares, que conduzem ao suicídio, ao abandono do lar, a mendicância, a ocisão do filho. Em tal caso, não há falar em infanticídio (art. 123 do CP), e, sim, em homicídio, mas a ré será tratada em conformidade com a norma geral sobre a responsabilidade do art. 26 do Código Penal. E aduz que as psicoses lactacionais, manifestadas por reações maníacas ou amenciais, nas quais se mobilizam os fatores exógenos, mais se distanciam do puerpério até que se restabeleça o equilíbrio endócrino alterado na gravidez e no período puerperal.

e) Depressão *post-partus* — Com o início da gestação, a relação diádica do casal torna-se triádica, surgindo uma situação ambivalente representada por sentimentos de aceitação e rejeição simultâneas entre os futuros pais, que mais se acentua após o nascimento da criança. Esses sentimentos de ambivalência têm sido reconhecidos como causa de depressão pós-parto, pois, por mais maternal e ansiosa possa estar a mulher por ter um filho, é-lhe difícil aceitar, num misto de prazer e indiferença, as modificações implícitas na prenhez, as alterações no seu *status*, no relacionamento com o esposo, amigos e o próprio ego, além “do sofrimento com as estórias aterrorizantes de partos a que está sujeita por parte das outras mulheres” (Isaac Mielnik). E quando os aspectos negativos dessa ambivalência, em vez de reconhecidos e aceitos, são negados, ou coibidos de livre manifestação, desencadeia-se a depressão, com seu cortejo habitual: apatia, tristeza, cefaleia, insônia, obstipação intestinal, diminuição da energia vital ou do tono, mal-estar, choro imotivado, indiferença pelo bebê, passível, às vezes, de levar a mãe a desenvolver impulsos filicidas ou ao suicídio.

Não se há falar obviamente em “influência do estado puerperal”.

O tratamento é psicoterápico, empregando-se também, eventualmente, antidepressivos.

f) Modernamente, o entendimento da Medicina Legal pátria admite por *influência do estado puerperal* o que, via de regra, pode ocorrer com gestantes aparentemente normais, física e mentalmente, que, estressadas pelos desajustamentos sociais, dificuldades da vida conjugal e econômica, recusa neurótica da maternidade, indesejada gravidez na viúva e na casada com homem estéril, ou o ainda estado aviltante inerente à mãe solteira, o normal sangramento, enfim, uma série de fatores situacionais constituídos pelas perturbações psicológicas da adaptação à natalidade, determinam enfraquecimento da vontade, obnubilação da consciência, podendo os sofrimentos físicos e morais acarretados pela *délivrance* levá-las a ocisar o próprio filho, durante ou logo após a mesma. Basta a mulher ser parturiente, ou já puerpera, nesse diapasão. Outrossim, tem sido esse também o entendimento dos doutos julgadores e aplicadores da lei, os quais, arrimando-se no magistério de Almeida Júnior, admitem a *influência do estado puerperal* como o efeito normal e corriqueiro de qualquer parto, afirmando que, dada a sua grande frequência, deve ser aceita sem maior dificuldade. E, não raramente, não consideram indispensável a perícia médica para comprovar o estado puerperal (*RT, 598:338, 421:91*).

“A decisão do júri, reconhecendo que o infanticídio foi cometido sob a influência do estado puerperal, embora sem apoio no exame médico legal, não pode ser tachada de contrária às provas dos autos” (*RT, 473:301*).

A *contrario sensu*, “esta cláusula, como é óbvio, não quer significar que o puerpério acarrete sempre uma perturbação psíquica; é preciso que fique averiguado ter esta realmente sobrevido em consequência daquele, de modo a diminuir a capacidade de entendimento ou de autoinibição da parturiente. Fora daí não há falar por que distinguir entre infanticídio e homicídio” (Custódio da Silveira, *Direito penal*, São Paulo, 1959, p. 107 e s.).

A quem cabe a razão? Razão cabe indubitavelmente ao ponderado mestre Custódio, pois a decisão do júri, reconhecendo que o infanticídio foi cometido *sob a influência do estado puerperal*, *data venia*, é, a nosso ver, manifestamente contrária à prova dos autos, se o exame médico-psiquiátrico procedido na mulher nega qualquer desarmonia psíquica decorrente do puerpério. Nesse entendimento: *RT, 377:111*.

A “influência do estado puerperal” não deve ser confundida pelos doutos julgadores e aplicadores da lei com o *conceito obstétrico de estado puerperal*, que, segundo alguns, seria:

— a gravidez, o parto e o puerpério;

— somente o *puerpério* (*puer*, menino; *parere*, esperar), que se inicia logo após o terceiro período do parto e termina quando todos os órgãos da economia — genitais ou não — voltam à absoluta normalidade anterior à *délivrance*. Alguns falam em 40 dias, em média, rotineiramente. A assim considerar, registramos atendimento de uma mãe em que a volta absolutamente normal às condições anteriores ao delivramento só ocorreu três meses e meio após;

— o período circunscrito só ao delivramento;

— o tempo necessário, qualquer que ele seja, apenas para a involução clínica do útero, que começa imediatamente após o parto;

— o período que se estende imediatamente após o parto até o cessar dos lóquios ou aparição da menstruação.

Devido à discordância entre os autores na conceituação do chamado estado puerperal, optou o legislador pátrio por falar em *influência do estado puerperal*, mas durante o parto, ou logo após, limitando, com isso, a sua ampla interpretação obstétrica a um período que se inicia com o parto e termina imediatamente após o mesmo, ou enquanto não ocorrer, na puerpera, o chamado *lucidus intervallum*.

Na configuração de infanticídio a lei exige que a consumação do crime ocorra durante o parto ou logo após; antes do início do trabalho de parto a ação criminosa contra o fruto da concepção será aborto.

A expressão legal “durante o parto” compreende o período que se estende desde a ruptura das membranas alantóides ou, como preconizamos, desde a eliminação do tampão mucoso de Schoëderer do canal cervical para a cavidade vaginal e/ou o exterior, seguida da travessia do canal do parto, até o despontamento do ser nascente no meio exterior. Nascente ou *ser nascente* (*ens nascens*) é, então, o que está nascendo, com um segmento corpóreo (cabeça, membros superiores, membros inferiores), já cursando o canal do parto e despontando na genitália materna.

O infanticídio durante o parto, embora raro, é possível, na fase de coroamento cefálico, por contusão craniana, por perfuração das fontanelas e, já tendo ocorrido a exteriorização da cabeça, por obstrução direta dos orifícios externos das vias respiratórias, cabendo ao perito, se intimado, informar, pelo exame das características próprias da pequena vítima, se a morte lhe foi determinada pela mãe, sob influência do estado puerperal.

À morte do ser nascente Severi denominou *feticídio*, expressão frequentemente empregada por alguns autores, que não corresponde à realidade jurídica, para efeitos penais.

Recém-nascido ou neonato é o ser humano a termo, ou já viável, expulso, com ou sem seus anexos, do alveo materno, do qual encontra-se completamente separado, não sendo imprescindível a secção do cordão umbilical, para que não se transforme em ato fisiológico — a parturição — em um ato mecânico (*vide* n. 12.5.2.3).

Insta dizer, para que um dos braços da balança de *Themis* — a de olhos vendados com a bandagem da imparcialidade — não penda inconscientemente a favor ou contra a desditada mulher a quem se imputa o delito ora em estudo, que para caracterizar a figura de *infanticidium* há de a mãe ocisar o próprio filho enquanto *infante nascido*, pois, em nossa opinião, *mater* que mata o próprio *filius* que se encontra no estado de *recém-nascido* é homicida.

A lei configura infanticídio ainda que o ser nascente ou o infante nascido seja disforme ou monstruoso, e mesmo inviável, desde que esteja vivo (durante o parto), ou que tenha nascido vivo (logo após), sendo a morte cometida pela própria mãe. Dessa forma, na caracterização de infanticídio, prescinde o delito de vitabilidade, ou seja, capacidade de continuação, de adaptação e de prosseguimento de vida extrauterina; basta o vitimado estar vivo no momento da agressão (vide n. 12.5.2.1).

Evidentemente, um natimorto configurará crime impossível (art. 17 do CP) por exclusão da própria tipicidade. Também o conceito abortado absolutamente inviável por imaturidade, pois, para a sua configuração, exige tal delito a condição de ser nascente ou recém-nascido.

Não importa à lei se a vítima morre imediatamente à agressão ou em lapso de tempo mais longo, pois, se assim não fora, a ocisão do próprio filho pela mãe, tratar-se-ia de comum homicídio. Nesse sentido: *JTACrimSP*, 33:229.

A expressão legal “logo após” significa imediatamente, prontamente, sem intervalo, logo em seguida à expulsão das secundinas, que ocorre, em geral, decorridos alguns minutos do nascimento da criança. Dessarte, a “influência do estado puerperal” não se trata de um critério cronológico, mas, sim, fisiopsicológico, pois o tempo de expulsão dos anexos é variável conforme sejam as parturientes. O critério fisiopsicológico adotado pelos honrados julgadores é uma *simples desnormalização* psíquica (pequenas alterações emotivas e não transtornos psíquicos graves), decorrente do estado puerperal, que não se amolda à regra do art. 26, *caput*, nem à de seu parágrafo único. E a expressão “logo após” tem sido entendida como o tempo de duração de permanência da influência desse estado, *in concreto*.

Isto posto, é de bom alvitre deixar a sua interpretação a critério do julgador. Nesse sentido: *RT*, 442:409.

Pensamos como os autores que veem na *influência do estado puerperal* um produto da imaginação nunca ocorrido em gestantes, de vida pregressa mental sadia, casadas e felizes, as quais, via de regra, dão à luz cercadas do amparo do esposo e do apoio moral dos familiares, em maternidades ou no domicílio. Por que estas não sofrem a chamada *influência do estado puerperal*? As acometidas deste efeito psicofisiológico de todo e qualquer parto são mulheres que engravidaram inconscientemente, ou contra a sua vontade consciente, e que, não tendo por qualquer motivo provocado aborto, ocultam por disfarces a prenhez até o termo, quando, então, são obrigadas a parir o filho, ao qual ocisam, durante o parto ou logo após, como castigo para si mesmas e uma vingança para seu meio ambiente. Não é, portanto, o parto que as leva a cometer o nefando ato, mas, sim, o conflito social grave em que se encontram ao dar à luz. A simples consulta aos repertórios da jurisprudência demonstra que o infanticídio é, inegavelmente e antes de tudo, um delito social praticado, na quase totalidade dos casos, por mães solteiras, o mais das vezes paupérrimas e incultas, ou mulheres abandonadas pelos maridos e pelos amásios. Praticamente, no entanto, se, durante o parto, ou logo após a expulsão das secundinas, a mãe, sob a ação de uma *simples desnormalização psíquica puerperal*, como é aceita pelos dignos aplicadores da lei, mata o infante nascido, exemplificará o seu trêsloucado gesto, o infanticídio. Se transcorrer algum tempo após o término do parto, durante o qual a puérpera entrou na fase de bonança em que predomina o instinto materno, a mãe presta assistência ao *neo natorum*, veste-lhe roupas, agasalha-o, amamenta-o, secciona e cuida do cordão umbilical etc., e depois o mata, esse *intervalo lúcido* descaracteriza o infanticídio e configura o homicídio, na nossa opinião.

A propósito sentenciou o egrégio Tribunal de Justiça de São Paulo: “Embora eliminado o recém-nascido logo após o parto, não se configura, na hipótese, o crime de infanticídio, uma vez que a acusada o fez fria e premeditadamente”.

12.5.2. Intervenção pericial

Chamada *crucis peritorum* por sua complexidade para afirmar o crime de infanticídio, a perícia médico-legal exige para a sua caracterização os seguintes elementos:

- 1) prova de ser nascente;
- 2) prova de infante nascido;
- 3) prova de recém-nascido;
- 4) prova de vida extrauterina autônoma;
- 5) época da morte;
- 6) diagnóstico da causa jurídica da morte do infante;
- 7) exame somatopsíquico da puérpera.

12.5.2.1. Prova de ser nascente

O *ser nascente* poderá ser morto “durante o parto”, ou seja, antes de ter respirado, portanto, quando apenas um segmento corporal, ou parte, despontou (occipito), ou exteriorizou, mostrando, ao exame pericial, nele assentadas as lesões causadoras da morte com as características das produzidas *intra vitam*, como a coagulação do sangue, o afluxo leucocitário, a bossa sero-sanguinolenta etc.

Aqui não tem indicação a docimasia hidrostática pulmonar de Galeno, ou de outras provas respiratórias, por isso o legisperito lançará mão das docimasias circulatórias, já que, embora o ser nascente não tenha respirado, o sangue, entretanto, lhe circulava nas artérias. Assim é que a lei, durante o parto, não exige vida extrauterina autônoma, mas, tão somente, a existência de vida biológica, que se comprova, amiúde, pela circulação sanguínea.

A *bossa sero-sanguinolenta*, produzida pela diferença de pressão sofrida pelos segmentos corporais do ser nascente, que se encontram, respectivamente, dentro do útero e no canal vaginal, é a prova mais incontestada de que o conceito encontrava-se vivo ao iniciar-se o parto e durante sua travessia pelo canal do mesmo. Isto porque, para formação da bossa sanguínea, tumor do parto ou *caput succedaneum* é necessário feto vivo e, amiúde, bolsa rota.

O *caput succedaneum* é uma infiltração sero-sanguinolenta, localizada entre a aponeurose epicraniana e a pele, que desaparece decorridas 36 a 72 horas do parto. De tamanho comparável a uma noz, o tumor do parto localiza-se frequentemente nas *fontanelas*, e, mais raramente, ao nível da *sutura sagital* ou da *sutura coronariana*, no trabalho de parto distócico, em apresentação cefálica fletida. Neste tipo de apresentação a única região da cabeça que não se infiltra é a retroauricular. Na apresentação de face é possível infiltração sero- -sanguínea acentuada do rosto. Na apresentação pélvica, ainda que o trabalho de parto seja distócico, não ocorrem fenômenos plásticos na cabeça fetal, porque o polo cefálico atravessa rapidamente o canal do parto.

Aproveita saber nem sempre ser a *bossa sero-sanguinolenta* visível à simples inspeção externa, obrigando, nesse caso, o rebatimento do couro cabeludo na necropsia, se a expulsão do conceito deu-se em apresentação cefálica.

Não se confunde *bossa sero-sanguinolenta* com *céfalo-hematoma*.

O *céfalo-hematoma* forma-se um a quatro dias após o parto, na região occipital, pela invasão hemática da sutura. Ele fica limitado a um osso enquanto a *bossa sero-sanguinolenta* é formada especialmente por líquido de edema que atravessa as linhas de sutura craniana.

12.5.2.2. Prova de infante nascido

Infante nascido é o que acabou de nascer, isto é, o que, tendo sido expulso do alveo materno, não recebeu nenhuma assistência, especialmente quanto à higiene corporal, ou ao tratamento do cordão umbilical. É por isso que o corpo apresenta-se, total ou parcialmente, recoberto por sangue materno ou fetal, o que se reveste de fundamental importância para a afirmação pericial de que o crime ocorreu “logo após o parto”.

De importância é, também, a observação pericial de vários elementos, como o induto sebáceo ou *vernix caseosum*, o tumor do parto, a expulsão de mecônio, e a respiração autônoma.

No *infante nascido* a termo, a estatura é, amiúde, 48 a 51cm, o peso entre 3.000 a 3.200g, na menina, e 3.200 a 3.500g, no sexo masculino.

No varão, os testículos já se encontram nas bolsas escrotais. Perdem até 10% de seu peso ao nascer, em seguida engordam 25 a 30g por dia. Portanto, são necessários 7 a 10 dias para readquirirem o peso do nascimento.

Os cabelos devem medir, nos que não nascer calvos, 2 a 3cm e as unhas são duras e quase ultrapassando o rebordo digital.

Os maxilares têm, cada um, cinco septos, formando quatro alvéolos dentários, e o ponto de ossificação de Béclard é encontrado no espaço intermaleolar inferior do fêmur (vide “Pontos de ossificação”), por dissecação com bisturi, a partir da cartilagem articular, promotora de incisões paralelas, o mais próximo possível entre si e no sentido do comprimento do eixo do osso.

O crânio mostra as seguintes medidas: diâmetro fronto-occipital, 120mm; diâmetro mento-occipital, 130mm; diâmetro suboccipitobregmático, 95mm; diâmetro biparietal, 90 a 95mm; diâmetro bitemporal, 85mm; circunferência do casco, 340 a 370mm.

O diâmetro biacromial tem, em geral, 120 a 125mm.

A secção circular do tronco mede 100mm, a cintura pelviana, 120mm, no sentido transversal, e 80mm, na direção anteroposterior.

12.5.2.3. Prova de recém-nascido

O conceito médico-legal de caracterização do *recém-nascido* abrange um período que vai desde os primeiros cuidados de higienização corporal, com consequente remoção, de sua superfície, de sangue materno ou fetal, e pelo tratamento do cordão umbilical, após o delivramento, até o sétimo dia do nascimento.

O § 2.º do art. 134 do Código Penal considera *recém-nascido* a criança desde o instante de seu nascimento até a queda do cordão e a quase cicatrização da ferida do coto umbilical, que ocorrem, na maioria das vezes, entre o terceiro e o sétimo dia. Nesse entendimento, recém-nascido é então a criança cuja ferida umbilical ainda não cicatrizou.

Cumprido salientar que a lei ignora o critério pediátrico que estende o período, cronologicamente variável, susceptível de queda do coto umbilical, até o trigésimo dia após o parto.

Aqui, também, o perito observará vários elementos orientadores, como:

- a) *bossa sero-sanguinolenta*, tumor do parto ou *caput succedaneum* — formado durante a fase expulsiva do parto, que regride paulatinamente até desaparecer ao fim do terceiro dia;
- b) *induto sebáceo* — poderá, eventualmente, ser removido, quando da higienização do infante nascido;
- c) *meconio* — é eliminado do primeiro ao terceiro dia;
- d) *coto do cordão umbilical* — inserido abaixo da metade do corpo, é achatado no primeiro dia, com formação inicial da orla de eliminação, nas primeiras horas, tornando-se dessecado e coriáceo, no terceiro dia, seguido de sua queda até o sétimo dia;
- e) *descamação epidérmica* — toracoabdominal, inicia-se no segundo dia *post partus*, atingindo grau máximo em torno do décimo dia;
- f) *mielinização do nervo óptico* — inicia-se ao fim do primeiro dia, no vivo, apresentando-se completamente mielinizado ao fim do quarto ou quinto dia;
- g) *obliteração dos vasos umbilicais* — do oitavo dia em diante;
- h) *respiração autônoma*.

12.5.2.4. Prova de vida extrauterina autônoma

Para a comprovação do nascimento com vida, ou seja, de que o ser humano respirou, utiliza-se obrigatoriamente um conjunto de provas denominadas docimasias (do grego *dokimasia*, indagação), e pelas provas ocasionais. As docimasias baseiam-se na possível existência de sinais de vida, manifestados principalmente nas funções respiratórias, digestivas e circulatórias.

Ressalte-se, por oportuno, que o laudo pericial deve obrigatoriamente esclarecer qual a docimasia pulmonar ou respiratória empregada para a afirmação conclusiva de que a vítima nasceu com vida, pois a não obediência a esta metodização desprove a perícia médico-legal da necessária fundamentação para comprovar a materialidade do infanticídio. Sobre esta questão: *RT, 554:363*.

a) *Docimasia hidrostática pulmonar de Galeno* — É a mais antiga e, por prática, usada correntemente. Baseia-se na densidade do pulmão que respirou e do que não respirou (*substantia pulmonalis per respirationem ex rubra gravi densa in albam levem ac raram transfertur*, conforme Galeno). O pulmão que respirou tem densidade entre 0,70 a 0,80. Em condições normais de pressão e temperatura a densidade da água é de 1,0. Posto em recipiente contendo água em temperatura ambiente, o pulmão que respirou forçosamente flutuará, pois seu peso específico é mais leve que o da água; inversamente, o pulmão que não respirou não sobrenadará, por ter peso específico maior que o da água, ou seja, em torno de 1.040 a 1.092. Essa docimasia comporta quatro fases distintas, a saber:

1.ª fase: em um recipiente suficientemente fundo e largo, contendo água até 2/3 de sua altura, em temperatura ambiente, coloca-se em bloco a árvore traqueobrônquica, a língua, os pulmões, o timo e o coração, e observa-se se flutua por inteiro ou a meia água, ou se afunda.

2.ª fase: separados pelos hilos os pulmões das demais vísceras no fundo do vaso, se eles sobrenadam por inteiro ou a meia água, diz-se positiva a prova, sendo, segundo alguns, desnecessário seguir adiante.

3.ª fase: incisar um pulmão inteiro no fundo do reservatório com água e observar se algumas ou todas as suas partes flutuam, o que confere positividade à prova. A prova será dita negativa e imporá a pesquisa da 4.ª fase se todos os fragmentos pulmonares permanecerem no fundo do vaso.

4.ª fase: consiste em comprimir energicamente pela mão voltada para a superfície ou contra a parede do vaso contendo água um fragmento de pulmão que não tenha flutuado; supondo ocorra desprendimento de finas bolhas gasosas misturadas com sangue, a fase é considerada positiva.

O correto é o perito realizar, a nosso ver, sempre as quatro fases da docimasia hidrostática pulmonar de Galeno, pois se lhe obriga fundamentar suas assertivas, buscando a maior exatidão, porque se a primeira for positiva presume-se que o infante respirou satisfatoriamente; se a primeira fase for negativa e a segunda e a terceira fase positivas, conjectura-se ter ocorrido uma respiração precária; e, finalmente, se apenas a quarta fase for positiva, pela exteriorização de espuma com borbulhas sanguinolentas, conclui-se por prova duvidosa ou por ter havido raros movimentos respiratórios. Desnecessário dizer que se opinará pela inexistência de respiração, ou seja, por não existência de vida extrauterina, se as quatro fases forem negativas.

Importa saber que a docimasia hidrostática pulmonar de Galeno, 24 horas após a morte do recém-nato, está sujeita a falhas por interferência dos gases de putrefação, da insuflação de ar nos pulmões, da congelação, da conservação em álcool, da atelectasia secundária às asfixias etc. Por isso é que se recomenda ao perito complementar as suas observações com a docimasia gastrintestinal de Breslau. A nosso ver, essa complementação deveria ser feita obrigatoriamente pela docimasia histológica de Balthazard, que, mesmo nos pulmões putrefeitos, comprova se o infante nasceu respirou ou não.

b) *Docimasia histológica de Balthazard* — Consiste no exame histológico dos cortes dos pulmões, ao microscópio, segundo técnica comum.

No pulmão do natimorto os gases de putrefação desenvolvem-se no tecido conjuntivo, colabando as cavidades alveolares, enquanto no recém-nato que respirou os gases formam-se nos alvéolos, destruindo os septos e condensando o tecido conjuntivo. Se já ocorreu destruição do tecido alveolar pelo fenômeno transformativo da putrefação, devem-se examinar as fibras elásticas pelo método de Weigert, ou ainda, se estas já foram destruídas, impregnando o retículo fibrilar pelo método de Levi-Bilschowsky, ambos com a finalidade de observar a disposição arquitetônica celular distendida ou não, conforme tenham os pulmões respirado ou não.

Não se confunde esta prova histológica e a docimasia química de Balthazard e Lehun, de interesse predominantemente didático.

Ao passar, afirmamos que as docimasias pulmonar de Galeno e histológica de Balthazard são despidas de valor nos fetos carbonizados, posto que imprestáveis para qualquer esclarecimento válido.

c) *Docimasia diafragmática de Plocquet* — A abertura da cavidade toracoabdominal do cadáver permite visualizar as hemicúpulas diafragmáticas em convexidade exagerada, caso os pulmões não tenham respirado, e em posição horizontalizada, quando a respiração autônoma existiu.

d) *Docimasia óptica ou visual de Bouchut* — A inspeção direta do pulmão registra aspecto hepaticado do órgão, quando o feto não respirou, e superfície em mosaico, se ocorreu respiração autônoma.

e) *Docimasia radiológica de Bordas* — Os campos pleuropulmonares de quem respirou apresentam-se aos raios X com tonalidade escurificada. Os pulmões que não respiraram, bem como os portadores de graus variáveis de atelectasia, ou pneumonia, mostram opacidade aos raios de Roentgen, em forma de punho ou triangular, o que diminui o valor prático da prova.

f) *Docimasia gastrintestinal de Breslau* — Tem indicação em recém-nascido espostejado, do qual só se tem o abdome.

Consiste na imersão em água do aparelho gastrintestinal separado em vários segmentos por prévias ligaduras da cárdia, do piloro, da porção terminal do intestino delgado e do reto, observando-se se sobrenadam, ou não, todos ou alguns. Em seguida, incisam-se os vários segmentos do tubo digestivo entre as diferentes ligaduras, presumindo-se, se eles flutuam, que a prova é positiva.

A docimasia gastrintestinal de Breslau baseia-se no fato de que, com os primeiros movimentos respiratórios, ocorre deglutição de ar, que se instala no estômago nas primeiras horas, e no intestino mais tardiamente.

O resultado desta prova deve ser visto com reserva.

g) *Docimasia auricular de Wreden-Wendt-Gélé* — É praticada em infante espostejado do qual só se tem a cabeça.

Baseia-se na existência de ar no ouvido médio, aí levado através das trompas de Eustáquio, nos primeiros movimentos respiratórios e de deglutição do infante nascido vivo. Visualizado o tímpano, prévia exposição do conduto auditivo externo e da parede inferior e sua secção em duas metades, com tesoura, conforme a técnica de Filomusi-Guelfi, mergulha-se a cabeça dentro d'água, e com uma agulha grossa punciona-se a membrana, presumindo-se que houve respiração se do ouvido médio sair uma bolha gasosa que se rompe na superfície do líquido.

Deve-se guardar reserva quanto à validade desta prova.

h) *Docimasia do nervo óptico de Mirto* — Quando às mãos do perito chegar apenas o crânio, sem sinal de putrefação, deve-se examinar, macroscópica e microscopicamente, a mielinização do nervo óptico, que se inicia após as primeiras 12 horas do nascimento, completando-se em torno do quarto ou quinto dia. Seu maior valor reside na determinação do tempo de sobrevivência do nascido vivo (*vide p. 560*).

i) *Docimasia epimicroscópica pneumoarquitetônica de Hilário Veiga de Carvalho* — Corta-se o pulmão, previamente lavado em formalina, goteja-se glicerina sobre os fragmentos colocados numa placa de Petri e observa-se-os com objetiva de imersão: se houve respiração autônoma, os alvéolos pulmonares mostram-se regularmente distribuídos e arredondados, com refringência contrastada em fundo negro; em caso contrário, visualiza-se um fundo negro sem imagens. No pulmão putrefeito, as cavidades cheias de gás de putrefação são grandes, disformes e de distribuição irregular.

j) *Docimasias hidrostáticas de Icard* — Complementam a docimasia pulmonar de Galeno nos casos duvidosos ou quando apenas a 4.ª fase se positivou. Elas são feitas por aspiração e por imersão em água quente.

1) *Docimasia por aspiração*: os fragmentos dos pulmões são colocados num frasco contendo água fria até a altura do gargalo, o qual é fechado com rolha perfurada de borracha, adaptada a uma cânula e seringa de metal, destinadas a diminuir a pressão interna do recipiente por rarefação do ar e estabelecer um equilíbrio com o ar alveolar. Isto faz com que os pedaços analisados aumentem de volume e flutuem, conferindo, nesse caso, positividade à prova.

2) *Docimasia por imersão*: os fragmentos do pulmão que não sobrenadaram são imersos em um recipiente contendo água quente para que, depois de algum tempo, o calor dilate o ar alveolar, se existente, favorecendo a flutuação dos pedaços.

l) *Docimasia pléurica de Placzek* — Na cavidade pleural normalmente existe pressão negativa; ela não pode ser encontrada no infante que não respirou.

m) *Docimasia pneumo-hepática de Puccinotti* — Segundo esse autor, é possível concluir se houve ou não respiração autônoma pela determinação da quantidade de sangue encontrada no fígado e no pulmão. Este, se respirou, mostra peso específico menor que o do fígado.

n) *Docimasia hemato-pneumo-hepática de Severi* — Consiste na colheita de sangue no fígado e no pulmão, determinando-se, cuidadosamente, as taxas de hemoglobina; se forem idênticas, obviamente não houve respiração. Em contrapartida, taxa de hemoglobina mais alta no sangue do pulmão fala a favor de respiração autônoma.

o) *Prova hemato-arteriovenosa de França* — Indicada se de um espostejo restar apenas um membro, superior ou inferior. Consiste, conforme preceitua esse culto professor de Medicina Legal das Universidades Federal da Paraíba e Regional do Nordeste, em dissecarem-se as artérias e as veias com coleta separada de

sangue, procedendo-se, a seguir, a uma cuidadosa dosagem da oxiemoglobina de ambas as amostras. Conclui-se ter havido hematose e, conseqüentemente, respiração, se a taxa de oxiemoglobina mostrar-se mais alta no sangue arterial. Supondo sejam idênticas as taxas, confirma-se a não respiração (in *Medicina legal*, 2.ª impressão, Guanabara Koogan, 1985, p. 209).

Não deve causar surpresa, aos menos avisados, a existência de oxiemoglobina no sangue arterial e venoso do natimorto. Com efeito, mesmo não tendo o infante nascido respirado logo após o parto, existe taxa de oxiemoglobina em seu sangue pelo oxigênio recebido da mãe, via placenta, na vida intrauterina.

p) *Provas ocasionais* — Representadas pela presença de corpos estranhos nas vias respiratórias e de restos alimentares no tubo digestivo, e pelas reações vitais encontradas na vítima de infanticídio, e indícios de recém-nascimento, quando associadas às docimasias afirmativas de respiração, revestem-se de grande importância para a conclusão pericial de ocorrência de vida extrauterina.

Por fim, “a prova de vida extrauterina autônoma já não oferece tanta relevância, pois não é ela exigida para que o crime se configure” (Helena C. Frago, *Lições de direito penal*). Aos doutos, muita vez, basta o testemunho de terceiros ou a própria confissão da acusada de que a criança mexeu os dedinhos da mão e a boca, tendo também, ou ainda, emitido um só vagido baixinho etc.

12.5.2.5. Época da morte

A cronotanatognose do recém-nascido é idêntica à do adulto.

12.5.2.6. Diagnóstico da causa jurídica da morte

A morte de um recém-nascido pode ser de causa natural, acidental ou criminosa.

A morte natural não configura, obviamente, infanticídio.

As causas acidentais podem ocorrer antes, durante ou após o parto.

a) *Acidentes antes do parto* — Podem determinar a morte do feto antes do parto, configurando, sua morte, aborto, e não infanticídio, traumatismos violentos acidentalmente aplicados sobre o abdome, como ocorreu com uma índia da reserva de Araribá-SP, que, tentando separar briga entre cunhados, sofreu, inadvertidamente, pontapé de violência suficiente para matar o concepto, por copiosa hemorragia interna desencadeada por descolamento da placenta, e a gestante, por ruptura hepática.

Há casos de morte intrauterina acidental, sem nenhuma manifestação clínica, o feto vindo a macerar após algum tempo, se não é expulso.

b) *Acidentes durante o parto* — Os acidentes durante o parto decorrem de *anóxia* ou de *anoxemia* fetal motivadas por descolamento prematuro da placenta, circular constritiva do pescoço pelo cordão umbilical, ou *nós* do mesmo, parada prolongada de progressão, hipodinamia uterina, ruptura da matriz na sede de cicatriz uterina de cesariana anterior, placenta prévia obliterando os orifícios respiratórios externos, aspiração de mucosidade, de líquido amniótico ou de sangue, compressão da cabeça com cavalgamento acentuado dos ossos cranianos contra as bacias estreitas, ou por desproporção céfalo- -pélvica, pneumonia intranatal, defeitos de posição e de apresentação, membrana hialina dos pulmões.

Membrana hialina, também chamada por alguns autores membrana asfíxica e membrana de verniz, é uma substância hialina que se estende, a modo de membrana, ao longo das paredes dos bronquíolos, ou seja, dos brônquios de menor calibre, e dos canais alveolares, impedindo mecanicamente a livre passagem do ar, que se reabsorve, provocando lesões mais ou menos extensas manifestadas na forma de distensão incompleta dos pulmões (atelectasia), dos alvéolos pulmonares correspondentes (atelectasia secundária ou atelectasia de reabsorção) enquanto sofrem, concomitantemente, os alvéolos adjacentes ao que se acham assim comprometidos, um processo compensador de enfisema.

Aventou-se, no elastério do tempo, várias hipóteses buscando explicar a gênese da membrana hialina. Para alguns autores ela resultaria da aspiração acidental de líquido amniótico, ou do conteúdo gástrico, ainda na fase gestacional endouterina; para outros, proviria ela de injúria do epitélio respiratório do leito capilar dos pulmões por agentes até o momento não definitivamente identificados. Experimentalmente, conseguiu-se desencadear-la em cães, pelos aerossóis de cádmio, e, em outras cobaias, deixando-as expostas a uma atmosfera de 98% de oxigênio, por 38 horas ou mais. Atualmente acredita-se, quase que a medo, ser a membrana hialina provocada também por agentes irritantes externos (oxigênio, ar seco, líquido amniótico aspirado etc.), mas constituída predominantemente por material endógeno (fibrina do sangue).

A observação clínica demonstra ser a membrana hialina de incidência muito mais frequente nos prematuros, não sendo encontrada em natimortos nem em crianças que viveram menos de uma hora.

O conjunto dos dados colhidos pela anamnese (prematuridade, parto cesáreo, diabete materno, placenta prévia, placenta imatura etc.) e pelo exame físico (no caso ele não revela malformações ou qualquer doença) da desditosa criança é de tal modo sugestivo que permite ao médico atento formular durante a vida o diagnóstico de membrana hialina, com elevado grau de probabilidade, assim, muita vez, dispensando a radiografia do tórax e, se a morte sobrevier, o exame necroscópico.

A respiração instala-se quase normalmente após o nascimento, em consonância com um *índice de Apgar* medianamente baixo; uma hora ou algumas horas depois da expulsão do concepto das entranhas maternas é que começa a manifestar-se a síndrome de angústia respiratória. Após, a dispneia torna-se acompanhada de gemido expiratório, abundante mucosidade e nítida retração inspiratória na parte inferior da caixa torácica. O rosto mostra-se cianosado, com ocorrência de *apneia*. Não se encontra, entretanto, clinicamente nenhuma explicação para essa grave emergência ocasionada por obstrução mecânica respiratória, sobrevivendo, amiúde, o óbito dentro de 48 horas. Há casos de sobrevivência de três ou mais dias.

No que concerne à membrana hialina, vários tratamentos, preventivos ou curativos, têm sido tentados, porém, dentre todos, o que mais sobreviveu é a terapia pelo emprego de substâncias de efeito surfatante. Em alguns casos o seu uso tem diminuído o índice de mortalidade e aumentado a sobrevivência pós-natal. Infelizmente, todavia, nem sempre se logra alcançar esse efeito benéfico, posto que muitos fatores podem afetar a resposta à administração de surfatantes. Isto porque a *síndrome de angústia respiratória do recém-nascido* tem características fisiopatológicas que são próprias, que, portanto, não são causadas pela ausência ou deficiência de surfatantes e que, assim sendo, não podem gerar grande expectativa quanto à resposta à terapia por essas ou por outras substâncias que alteram a propriedade da superfície de um líquido ou da interface de um líquido e um sólido. Tem mais: a dosagem, a qualidade e o método de administração de surfatante podem afetar negativamente as respostas esperadas.

Edema pulmonar severo em neonatos com membrana hialina associada à pressão microvascular desses órgãos afeta negativamente as respostas favoráveis ao surfatante.

Fluídos edematosos ricos em proteínas na área alveolar inibem ou diminuem permanentemente a tensão superficial e, conseqüentemente, a difusão pulmonar do surfatante.

Hipertensão pulmonar persistente em neonatos (PPHN) é associada com um sério defeito no sistema surfatante; contudo, a suplementação surfatante não é de grande benefício nesses casos, embora se admita, com prudente ressalva, que algumas vezes pode o seu emprego prevenir o PPHN, desde que essas crianças não estejam afetadas de pré-eclâmpsia ou sepsia, pois elas de modo geral respondem pobremente a ele. Em que pese isso, as evidências clínicas sugerem que o surfatante pode ser administrado depois de um tratamento pós-natal adequado de volemia e *shock*.

Também pacientes portadores de hipoplasia pulmonar ou compressão dessas vísceras por massa mediastínicas, ou intrapulmonares, ou abdominais, podem não se beneficiar de uma troca adequada na oxigenação, sendo, desse modo, as respostas ao surfatante geralmente pobres.

Entenda-se por *resposta pobre* uma ausência de melhora da falha respiratória, mesmo após a terapia surfatante, ou um baixo *a/APO₂*, *ratio* dentro de 12 a 48 horas depois dela haver sido instituída. Todavia, quando ela é prescrita por um período prolongado, tem ocorrido uma diminuição no índice de mortalidade e aumentado a sobrevivência sem embaraço respiratório.

Quando o surfatante mostra-se inócuo, há ainda o risco de ocorrer diminuição dos bronquíolos de reduzidíssimo calibre resultando maior prejuízo para a ventilação.

Mecônio aspirado na vida intrauterina é capaz de inibir as funções surfatantes e obstruir as áreas de ar, sendo por isso a eficácia dessas substâncias de resultado aleatório quando empregadas como que objetivando um tratamento profilaticamente precoce na sua absorção.

Vemos, assim, que como em qualquer terapia, os benefícios advindos da administração de surfatante devem ser pesados contra os riscos atuais e teóricos de seu uso nos prematuros, pois, como foi dito, essas complicações e respostas adversas podem resultar de sua própria composição, de seu modo de utilização e de seus reflexos imediatos na estabilidade fisiológica ou de outros efeitos e complicações inerentes à prematuridade.

Assinale-se que estudos dos riscos teóricos no uso de produtos de ação surfatante, ainda que naturais, têm focalizado a possibilidade de transmissão de agentes infecciosos virais (AIDS, hepatite B).

Divergem os resultados quando o surfatante é administrado precocemente ou mais tarde, posto ter havido variações nas respostas ao tratamento com esse medicamento.

No que concerne à prevenção da membrana hialina, Merrit e colaboradores estudaram 60 fetos em 24 a 29 semanas de gestação, através da análise do líquido amniótico, concluindo que os resultados definitivos sobre o papel das substâncias de efeito surfatante profilático não podem ser lobrigados nesta evidência por motivo de que os diagnósticos clínicos foram realizados, mor das vezes, sem o auxílio específico de ultrassonografia.

A incidência de membrana hialina não é substancialmente reduzida pela ação profilática de surfatante. Alguns trabalhos científicos apontam um pequeno benefício no tratamento profilático (*Typical odds ratio*, 0,53) da membrana hialina dos pulmões. A *contrario sensu*, Dunn notou um aumento na incidência da síndrome de angústia respiratória em crianças cujas mães receberam surfatante profilaticamente.

Segundo trabalhos recentes, o percentual de crianças prematuras com membrana hialina que não respondem à terapia surfatante alcança de 6 a mais de 50%.

Pode ocorrer a morte não criminosa do ser nascente, favorecida por macrossomia, malformações, causas maternas, como cardiopatias, hipotensão, gestoses, anemias graves, narcose profunda, intervenções cirúrgicas etc.

Entende-se por *anóxia* uma diminuição, aquém dos limites fisiológicos, do oxigênio presente nos tecidos, e por *anoxemia* uma redução do percentual de oxigênio ligado à hemoglobina do sangue.

Dessarte, diz-se *anóxia anoxêmica* quando a defeituosa oxigenação depende de uma insuficiente condução de O₂ à intimidade dos tecidos; *anóxia anêmica*, quando a diminuição do O₂ deve-se a uma escassez de seu meio de transporte (eritrócitos, hemoglobina); *anóxia por estase*, se motivada por remora sanguínea, e *anóxia histotóxica*, quando produzida por um estado de sofrimento bioquímico celular.

Em geral, a *anóxia intranatal* é acompanhada de uma diminuição do pH e de acidose metabólica, com conseqüente redução da reserva alcalina.

No feto — e no *neo natorum* — as trocas gasosas ocorrem de modo distinto que no adulto, pois, ainda quando as leis de Boyle e de Gay-Lussac sobre a difusão dos gases não sofrem variações, modificam-se as condições de transporte dos mesmos e de suas tensões parciais no sangue do cordão umbilical. Com efeito, a saturação de O₂ não é constante durante todo o evoluir da gestação. Elevada nos primeiros meses, reduz progressivamente até alcançar valores de 60-70%, ao término da gravidez. E durante o trabalho de parto atinge, amiúde, 50% de saturação, com uma extensa gama de variações individuais.

Demais, a hemoglobina fetal se diferencia da hemoglobina do adulto quanto à composição química, motilidade eletroforética, resistência de desnaturação alcalina, poder imunológico, como por uma maior afinidade pelo O₂.

A *asfíxia intranatal*, que se instala subitamente, não determina lesões anatopatológicas específicas; o comum é observar-se, na necropsia, um estado de congestão visceral motivada pela atonia das paredes capilares. Quando se instaura paulatinamente, ou é de tipo intermitente, ocorre, inicialmente, hipotensão arterial e comprometimento do endotélio vascular. Com a normalização da pressão arterial, conseqüente a uma tensão de O₂ aumentada, ocorre o derramamento de plasma e de sangue das paredes alteradas dos capilares com formação de edema, hemorragia e de necrose celular, na intimidade dos tecidos. Isso explica o achado de petéquias milimétricas, ou manchas de Tardieu, em posição subpleural, subepicárdica, pericoronarianas, região cortical do timo, e subaracnoideas, especialmente nas zonas que circundam os ventrículos cerebrais, e a intensa congestão das vísceras abdominais, mais ao nível das pirâmides renais e dos sinusoides hepáticos.

Insta dizer que o infiltrado hemorrágico subaracnoideo não deve ser vexado com a hemorragia subdural, de etiologia mais claramente traumática.

O obstetra suspeitará de *anóxia intraparto* pela observação de modificações dos batimentos cardíacos fetais (bradicardia, arritmias), que só surgem no período de dilatação; eliminação de mecônio, especialmente, na apresentação cefálica; sinais de sofrimento materno (hipotensão, cianose, respiração irregular, hipotermia).

A *anóxia* e a *hemorragia intracraniana* diferenciam-se por sua patogenia e por sua anatomia patológica; todavia, podem ter etiologia idêntica, como idênticos são os resultados que produzem, a ponto de ser extremamente difícil uma diferenciação clínica entre elas. Dessa forma, parece que entre a *anóxia* e a *hemorragia intracraniana* do ser nascente, ou do recém-nascido, não existe apenas relações de analogia e sim que ambas representam uma entidade nosológica única, já que a primeira pode causar hemorragia, e a segunda determinar estado anóxico.

Podem, também, provocar *hemorragias intracranianas* os traumatismos do parto, subdivididos em obstétricos e em naturais ou fisiológicos.

Os traumas obstétricos do parto provocam uma ação lesiva sobre o encéfalo, de origem mecânica, do tipo da compressão, da tração ou da torção, por manobras manuais ou emprego de *forceps*.

O parto eutócico ou fisiológico também representa para o ser nascente um traumatismo que, em geral, é superado sem dano algum. Casos há, contudo, em que a compressão exercida pelo canal do parto sobre os tecidos do ser nascente, sob a forma de contrações uterinas e, sobretudo, pelo jogo de pressões que se cria entre a parte apresentada submetida unicamente à ação da pressão atmosférica, se a bolsa estiver já rota, e a parte corporal retida, constituída pela soma da pressão barométrica e da exercida pela compressão da musculatura da matriz, lesa o pequeno organismo (*vide* “Tumor do parto”).

Classificação anatômica das hemorragias cranianas:

1) Hemorragia extradural ou céfalo-hematoma — É eventualidade rara, porque a íntima aderência da *dura mater* ao periosteio, que é uma característica própria da primeira fase etária da vida humana, dificulta, sobremaneira, que o sangue extravasado se infiltre entre a *meninge dura* e o tecido ósseo, formando hematoma. A hemorragia extradural, amiúde, é conseqüente à fratura dos ossos da abóbada craniana ou a um céfalo-hematoma, com solução de continuidade óssea concomitante, através da qual insinua-se o sangue entre a *dura mater* e a tábua interna do casco.

2) Hemorragia subdural — Pode ser de origem traumática, como conseqüência de compressões cranianas assimétricas e em direção anteroposterior, motivadas por laceração da tenda do cerebelo, ruptura da veia de Galeno ou de um vaso meníngeo.

3) Hemorragia subaracnoidea — Guarda relação com um estado de anóxia.

É mais frequente nos nascidos a termo que nos prematuros.

O extravasamento sanguíneo pode limitar-se a petéquias, situadas entre a superfície do cérebro e a *leptomeninge*, ou, então, em forma de grandes coleções hemáticas nos espaços subaracnoideos, algumas vezes até invadindo e recobrimdo de ligeiro induto gelatinoso a face externa dos hemisférios.

4) Hemorragia intraventricular — Como a anterior, depende mais da anóxia que de traumas.

5) Hemorragia do parênquima nervoso — É a menos frequente das hemorragias cranianas. É produzida por anóxia ou por traumatismo, ou, em geral, por ambos atuando simultaneamente.

c) *Acidentes após o parto* — Logo após ter sido expulsa, a criança pode vir a morrer por causas várias, como hemorragia do cordão umbilical por soltura da ligadura ao nível do coto (60g perdidos de sangue matam o nascido), por sua ruptura espontânea, nos chamados partos precipitados ou de surpresa, por asfíxia accidental, quando aspira mucosidades, ou sofre constrição acentuada do pescoço, por circular.

A causa criminosa é produzida por energias mecânicas, físicas, físico- químicas e químicas.

Orfila, em 1845, afirmou que as cinzas dos fetos carbonizados contêm ácido sulfúrico, fosfato de cálcio e, em maior proporção, cianureto de ferro, composição essa diferente das cinzas das madeiras.

Em conclusão, frente a um natimorto ou a um recém-nascido que sucumbiu logo após o parto caberá ao perito, arrimado no histórico do caso, na anatomia patológica, e em exames histológicos e docimias, afirmar cuidadosamente, ou negar, a vitalidade do examinando ao nascer, e as condições em que foi encontrado, o mecanismo responsável pelo *exitus letalis*, e esclarecer à justiça se foi accidental a causa jurídica da morte, ou criminosa.

12.5.2.7. Exame somatopsíquico da puerpera

O exame da mulher acusada de infanticídio tem primordial importância no sentido de averiguar:

- a existência de parto, e, em caso afirmativo, se ele é recente, pois se antigo descaracterizará, evidentemente, o delito;
- confirmado o parto recente, as condições em que o mesmo ocorreu;
- se a imputada, após o crime, escondeu ou não o filho morto;
- se ela tem lembrança do ocorrido;
- se ela simula ignorar o ocorrido;
- se não é portadora de antecedentes psicopáticos, agravados pela gestação, o parto e o puerpério, pois, se o for, a reprimenda não será a prevista no art. 123, mas, sim, a descrita no art. 26, ou parágrafo único, do Código Penal.

12.6. Estupro

12.6.1. Conceito

A Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009, remodelou totalmente os delitos considerados, até então, contra os costumes. O Título VI do Código Penal agora descreve os “Crimes contra a Dignidade Sexual” não mais se referindo aos “Costumes”, enquanto o conteúdo tipológico tratado no Capítulo I, apesar de se referir, como antes, aos “Crimes contra a Liberdade Sexual”, sofreu completa reformulação.

Esse novo contexto normativo alterou a tipificação do delito de estupro contra pessoa comum, ampliando-lhe a abrangência e criando duas formas de incidência no *caput* do art. 213: constringer alguém para a prática da conjunção carnal e com outro ato libidinoso, revogando-se o crime autônomo de atentado violento ao pudor (antigo art. 214 do CP).

A nova redação determina:

“Estupro — Art. 213. Constringer alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.

Pena — reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos”.

As figuras qualificadas agora estão previstas nos §§ 1.º e 2.º do art. 213 do CP, e não mais em outro dispositivo como antes.

Derivado do latim *stuprum* (afronta, infâmia, desonra), indicava genericamente toda espécie de relacionamento carnal criminoso ou comércio carnal ilegítimo, com mulher honesta. Antes da reforma trazida pela Lei n. 12.015/2009, significava a conjunção carnal contra a vontade da mulher, mediante o emprego de violência ou grave ameaça. O elemento fundamental do crime era, então, a conjunção carnal e o seu caráter essencial a violência ou grave ameaça.

“O crime de estupro somente ocorre quando a vítima, mulher, é constringida à conjunção carnal, isto é, cópula normal” (RT, 488:337).

Somente a mulher, qualquer que fosse a sua condição — virgem ou não, moça ou velha, solteira, casada, viúva, honesta ou prostituta —, poderia ser vítima de estupro, assim como somente o homem poderia ser sujeito ativo dessa espécie delituosa.

O marido pode ser agente do crime de estupro praticado contra a esposa se a constringer à cópula normal, pois cuida-se, *in casu*, de abuso de direito e não de exercício regular de direito previsto no art. 23, III, 2.ª parte, do Código Penal. Contra: RT, 274:170, 461:444.

Constringer significa obrigar uma pessoa a fazer o que não quer, mediante violência ou grave ameaça, como forma de vencer a resistência imposta pela vítima na prática do ato sexual. Disso se extrai a necessidade da seriedade do agente vulnerante (violência ou grave ameaça) e o devido dissenso da vítima.

12.6.2. Estupro praticado mediante conjunção carnal

A conjunção carnal, primeira parte do novo tipo penal, se efetiva com a introdução, parcial ou total, do pênis em ereção na vagina, haja ou não ejaculação. Desta sorte, é a conjunção carnal não consentida o momento consumativo do crime. Este somente ocorre quando a ofendida é constrangida à cópula normal. Lembramos, no entanto, que o coito vestibular ou vulvar, desde que resulte gravidez, configura juridicamente conjunção carnal para fins de reconhecimento de ocorrência de estupro. Consulte-se a respeito *JTACrimSP*, 54:403.

12.6.3. Violência

Antes da reforma citada, a violência podia ser presumida, física ou psíquica. A antiga violência presumida e a psíquica, pelo atual contexto, tipificam novo tipo penal (art. 217-A: estupro contra vulnerável), conforme veremos na sequência.

Violência física — A violência física (*vis corporalis*) deve ser obrigatoriamente provada, para que se dê como configurado o delito do art. 213 do Código Penal. Ela deve ser provada concludentemente, sem o que, evidentemente, descaracteriza-se a figura delituosa. Nesse sentido: *RJTJSP*, 78:408. Assim é que *in casu* o exame de corpo de delito é indispensável e a confissão do estupro não o supre. Nesse sentido: *RT*, 532:348; *RJTJSP*, 78:408. Não é assim, no entanto, quando o constrangimento ilegal é feito por indivíduo reconhecidamente atirador por ameaça à mão armada. Neste caso, não importa não encontre o perito lesões corporais na mulher estuprada, pois a violência física integra-se, inclusive, por simples *vias de fato*, ou seja, agressão sem danos corporais e ameaça à mão armada.

Há legistas que entendem não ser possível a conjunção carnal por meio violento quando ambos os personagens têm igualdade de forças e não ocorre tentativa de asfixia da vítima. Alegam que os movimentos esquivos da bacia e a junção dos membros inferiores pela ação intensa dos adutores das coxas, três poderosos músculos dispostos em leque desde o ramo isquiopúbico até a linha áspera do fêmur, que tracionam fortemente o primeiro segmento do membro inferior para dentro com um discreto movimento de rotação para fora, impedem a introdução do membro viril em ereção na vagina, levando a resistência prolongada da mulher à flacidez peniana ou à ejaculação extragenital, empecilhos naturais para a consumação do delito. Inexistindo superioridade de forças e de tentativa de asfixia, devido à extraordinária potência muscular dos adutores das coxas, é quase impossível para o homem vencer a resistência da mulher e conseguir o afastamento amplo dos membros inferiores, quando ela for de têmpera rija.

“É objeto de dúvida se uma mulher, adulta e normal, pode ser fisicamente coagida por um só homem à conjunção carnal. Argumenta-se que bastam alguns movimentos da bacia para impedir a intromissão da verga. Realmente, se não há uma excepcional desproporção de forças em favor do homem, ou se a mulher não vem a perder os sentidos, ou prostrar-se de fadiga, ou a ser inibida pelo receio de maior violência, poderá sempre esquivar-se ao coito pelo recurso do movimento dos flancos. De um modo geral, pode afirmar-se que um só homem, sem outro recurso que as próprias forças, não conseguirá, ao mesmo tempo, tolher os movimentos defensivos da vítima — sendo esta mulher adulta, normal e sã — e possuí-la sexualmente” (TJMG, Rel. Fiuza Campos).

Então, é de bom alvitre receber com reserva ou desconfiança as declarações da mulher indene de lesões que alega ter sido estuprada por um só homem, que se utilizou apenas de força física. Nesse sentido: *RT*, 534:315, 515:346.

Não é assim, no entanto, quando há desproporção de forças ou participação de mais de um agressor imobilizando a vítima, como ocorre na chamada “curra”, em que, enquanto uns a contém, outro nela satisfaz desejos lascivos ou atos de luxúria.

A violência física deixa habitualmente vestígios da agressão e da resistência, representados por estigmas ungueais, escoriações, contusões, hematomas, equimoses, nas proximidades da boca e dos orifícios externos, nos seios, na face interna das coxas e nos genitais da ofendida, em inequívoca demonstração de que o dissenso da mulher foi sincero e positivo, pois não basta uma recusa verbal, uma oposição passiva e inerte, mas sim uma *opositio* enérgica que só a determinação de dano material ou moral considerável consiga vencer.

“Para a tipificação do estupro exige a lei que a vítima, efetivamente, com vontade incisiva e adversa, oponha-se ao ato sexual. Seu dissenso ao mesmo há de ser enérgico, resistindo, com toda sua força, ao atentado à sua liberdade sexual. Não se satisfaz, pois, com uma posição meramente simbólica, um não querer sem maior rebeldia” (*RT*, 535:287). Todavia, a resistência inequívoca da vítima à consumação da conjunção carnal não é legalmente exigida se prolongue indefinidamente até o desfalecimento, pois “Exigir-se como regra que as estupradas lutem contra seus ofensores até ‘all’ultimo momento’ é inteiramente desconhecer reações psicossomáticas femininas” (*RT*, 523:363).

12.6.4. Grave ameaça

Deve-se compreender por grave ameaça (*vis animo illata*) uma modalidade de constrangimento psíquico, de violência moral, visando a vencer a resistência da mulher e levá-la, pelo temor ou pelo perigo, à conjunção carnal, mesmo contra a sua vontade.

A ameaça deve ser grave — dano iminente ou não — contra si ou contra um ente querido, o filho, por exemplo, ou a promessa de um grave dano material, e de eficácia suficiente para impedir a mulher de opor-lhe reação.

Há mulheres para quem a ameaça é mais eficaz do que a violência física. Assim sendo, por não oporem resistência, transidas de pavor, o estupro cometido mediante grave ameaça não lhes deixa, em geral, marcas corporais, o que torna dispensável o exame pericial, podendo ser suprido pelo corpo de delito indireto e pelas declarações da ofendida, estando elas firmes, seguras e coerentes com as demais provas do processo.

“Estupro cometido mediante grave ameaça. É crime que não deixa vestígios. Dispensável o exame pericial” (*DJU*, 10 abr. 1981, p. 3173).

É dispensável a prova pericial de conjunção carnal (*RT*, 570:306) tratando-se de estupro praticado mediante grave ameaça na mulher casada e com filhos, sem substância de vestígios.

Dispensável o exame de corpo de delito se o estupro é praticado mediante grave ameaça, não deixando vestígios. Nesse sentido: *RJTJSP*, 70:369, *RTJ*, 98:127.

O estupro, em sua forma simples (art. 213, *caput*) ou em suas formas qualificadas (§§ 1.º e 2.º), é considerado crime hediondo, conforme art. 1.º, V e VI, da Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990, Lei de Crimes Hediondos, com a nova redação trazida pela Lei n. 12.015/2009.

Por fim, o art. 234-A prevê: “Nos crimes previstos neste Título a pena é aumentada:

(...)

III — de metade, se do crime resultar gravidez; e

IV — de um sexto até a metade, se o agente transmite à vítima doença sexualmente transmissível de que sabe ou deveria saber ser portador”.

12.6.4.1. Estupro praticado mediante outro ato libidinoso (antigo Atentado violento ao pudor)

Com a revogação do delito de atentado violento ao pudor pela nova Lei, autonomia que gerava inúmeras discussões judiciais (crime da mesma espécie, para fins de se reconhecer o crime continuado com o estupro, coito incompleto ou pré-vestibular, gravidez sem penetração vaginal, dentre tantas outras), o elemento normativo passou a integrar a segunda parte do art. 213, *caput*, do Código Penal, referindo-se ao constrangimento de alguém a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.

O delito ainda tutela o pudor (de *pudere*, ter vergonha, envergonhar-se, pejar-se de), sentimento de vergonha, de pudicícia íntima da pessoa, exercitada por uma ação preventivamente inibidora e controladora do poder da libido, fundamentada essencialmente por sua educação.

Nessa nova modalidade de estupro entende-se todo ato libidinoso ou impudico, diverso da conjunção carnal, praticado com violência ou grave ameaça contra pessoa de um ou outro sexo, visando à satisfação das paixões lascivas, completa ou incompleta, em manifestação inequívoca de depravação moral. Com efeito, o agente do delito habitualmente é portador de toda uma gama de perversões sexuais.

Sem o fim especial de ter prazer sexual, não configura o delito em apreço. Nesse sentido: *RT*, 561:404.

Na configuração dessa forma delituosa também não importa o sexo. Dessa forma, qualquer pessoa, homem ou mulher, pode ser agente ou vítima.

A própria meretriz ou marafona, a que não reste a mais leve sombra de vergonha, pode ser sujeito passivo do crime de estupro, pois que ele se caracteriza por certas libidinagens contra a sua vontade, que podem ocasionar-lhe constrangimento, exigindo o dispositivo que seja cabal a prova feita.

A esposa pode ser sujeito passivo dessa modalidade criminosa. O marido também pode cometer essa forma de delito contra a esposa, bastando para isso que ele a coaja, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ela pratique contatos sexuais, diversos da conjunção carnal, que firam seu pudor e seus sentimentos.

São elementos comuns ao crime:

a) o constrangimento;

b) a violência ou grave ameaça;

c) os atos impudicos ou libidinosos;

d) o dolo específico.

O constrangimento do dispositivo aplica-se a quem pratica ou permite que outrem lhe pratique ato libidinoso; não se aplica, porém, a quem presencia espontaneamente ato libidinoso, diverso da conjunção carnal, consumado sem sua intervenção, para saciar lascivamente a sua sexualidade, geralmente pervertida. Isto porque para a configuração do delito não basta a simples contemplação lasciva, sendo necessário o contato corporal.

Quem induz pessoa menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem, ou quem pratique, na presença de alguém menor de 14 anos, ou o induz a praticar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem, estará cometendo o crime de corrupção de menores, previsto nos arts. 218 e 218-A, ambos do CP, mas não o de estupro.

Quem praticar ato libidinoso com menor de 14 anos, ou com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tenha o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não puder oferecer resistência, estará cometendo o crime de estupro contra vulnerável (entenda-se pessoa

vulnerável).

Aliás, são as hipóteses da extinta violência presumida, que, antes da reformulação normativa do estatuto repressivo, vinham previstas no art. 224, mas que, atualmente, na vigência da Lei n. 12.015/2009, tipificam delito autônomo denominado *estupro de vulnerável*, previsto no Capítulo II como “Dos Crimes Sexuais contra Vulnerável”.

“O momento consumativo do crime coincide com a prática do ato libidinoso” (RT, 602:338).

Nessa figura, a violência deverá também ser física, ficando a extinta violência presumida e a psíquica, elemento normativo do crime previsto no art. 217-A do CP (*Estupro de Vulnerável*).

A grave ameaça é a promessa de um mal maior, feita pelo agente contra a vítima, visando à consecução de seus intentos sexuais, devendo ser de ordem relevante e considerável a impedi-la de opor qualquer forma de resistência.

Desnecessário é dizer que, se houver consentimento de pessoa legalmente capaz de consentir, a figura delituosa descaracteriza-se, não mais se podendo falar em estupro, eis que a liberdade sexual de pessoa capaz é um bem juridicamente disponível, ao contrário do que ocorre em se tratando de pessoa vulnerável (art. 217-A), que não possui a disponibilidade em consentir.

Se o ato obsceno realiza-se com consentimento, publicamente ou em logradouro público, o delito será de ultraje público ao pudor (art. 233 do CP).

Ato libidinoso é o ato impudico, dissoluto, diverso da conjunção carnal, como a sodomia ou coito anal, as topoinversões, a felação, a cunilíngua, a heteromasturbação, o coito ectópico, consumados ou apenas iniciados, a contemplação lasciva, as apalpadelas de seios, nádegas e vagina, os contatos voluptuosos.

É todo ato libidinoso diverso da conjunção carnal praticado “pela, com ou sobre a vítima coagida”, desnuda ou mesmo sobre as vestes, como desafogo, completo ou incompleto, à concupiscência. A consumação do delito exige, portanto, o contato corporal. Nesse sentido: RT, 508:335.

Excluem-se, naturalmente, os beijos, as carícias, os afagos castos, inocentes e furtivos, que, habitualmente, não ofendem bem jurídico algum, nem colocam a mulher em condição vexatória. Se forem, porém, obtidos mediante violência ou grave ameaça, prolongada e escandalosamente, em um impulso erótico, poderão tipificar o estupro mediante ato libidinoso.

Há atos lascivos, como o encostão de frente, sem violência ou grave ameaça, toques, apalpadelas, roçar da genitália nas pudendas formas (*frottage*) nos transportes coletivos, que não constituem atentado violento ao pudor, mas sim *importunação ofensiva ao pudor*, tutelada pelo art. 61 da Lei das Contravenções Penais. Nesse sentido: RT, 515:330.

É admissível a dispensabilidade do relatório médico-legal, pois o estupro praticado com atos libidinosos comumente não deixa sequelas físicas. O habitual é certas modalidades de ato libidinoso, *in exemplis, coitus in ore vulvae, fellatio in ore*, heteromasturbação, não deixarem vestígios. Por isso, se núbio de vestígios o exame de corpo de delito, tem relevância a palavra da ofendida, quando for coerente e concordante com os demais elementos probatórios.

Contra: “Sem a prova do constrangimento e da existência do ato libidinoso, não se configura o crime de atentado violento ao pudor. Não existe ato libidinoso sem libidinagem, e esta não pode fundar-se na obscenidade natural do fato” (RF, 173:365).

12.6.4.2. Estupro de vulnerável

Com a revogação expressa do antigo art. 214 do CP, abandonou-se a regra da presunção legal da violência, que podia também ser física ou psíquica. As antigas violências presumida e psíquica, pelo atual contexto, tipificam novo tipo penal, havendo presunção de vulnerabilidade, sob *nomem criminis* de *Estupro contra vulnerável* (art. 217-A):

“Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena — reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

§ 1.º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no *caput* com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência”.

Se da conduta resultar lesão corporal de natureza grave ou morte, as penas serão majoradas, por se tratarem de qualificadoras (§§ 3.º e 4.º).

Dessa forma, podemos afirmar que o atual Código Penal prevê dois delitos de estupro, sendo um comum (art. 213) e outro contra pessoa vulnerável (art. 217-A).

A liberdade sexual de pessoa capaz de consentir é um bem jurídico disponível, conforme já afirmado. Somente as capacidades física e psíquica plena permitirão que a vítima possa aceitar ou recusar praticar o ato sexual pretendido pelo parceiro. Em outras palavras, o legislador continuou a proteger as pessoas que não possuem essa plena capacidade de resistência, tutelando-as expressamente nesse novo tipo penal. Há presunção de vulnerabilidade com as pessoas menores de 14 anos, e as que, por enfermidade ou deficiência mental, não tenham o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não puderem oferecer resistência. São as pessoas vulneráveis as únicas passíveis de figurarem como vítimas desse delito autônomo.

Isso justifica o maior rigor na carga punitiva desse delito (de 8 a 15 anos de reclusão), se comparado com os demais crimes contra a dignidade sexual. O mesmo acontece com as figuras qualificadas.

O novo enunciado do art. 217-A não faz mais qualquer referência à presunção de violência ou de grave ameaça, como elementares do crime. Basta que o sujeito ativo tenha conhecimento de que a vítima é menor de 14 anos de idade, ou portadora de incapacidade física ou mental de resistência ao ato, e decida com ela manter conjunção carnal ou qualquer outra libidinagem, reforçando a proteção integral da criança ou adolescente menor de 14 anos contra qualquer tipo de ato de origem sexual.

Apesar da nova sistemática sobre o tema, cremos que ainda haverá espaço para as teses jurídicas acerca da dúvida do acusado quanto à real menoridade da vítima de estupro de vulnerável, tornando a presunção de vulnerabilidade relativa em casos excepcionais, tal como era a presunção de violência.

“A simples dúvida, ou incerteza do acusado quanto à menoridade da vítima de estupro não exclui o delito, pois a hipótese configura o dolo eventual, que é o bastante para que a presunção de violência subsista” (RT, 483:284).

“A violência no crime de estupro se presume se a vítima é débil mental e o ofensor conhecia tal circunstância” (RF, 144:456).

“A doença ou deficiência mental da vítima deve ser, quando não espetacular, pelo menos aparente, reconhecível por qualquer leigo em psiquiatria. Se não é obtida a certeza a tal respeito, deve ser o agente absolvido, por erro sobre o elemento de fato” (RT, 154:423).

A incapacidade mental admite graus variáveis de intensidade, havendo casos de sintomatologia manifesta, passível de ser percebida pelos leigos e outros que, ao contrário, se ocultam aos olhos do próprio médico. Por isso, imperioso que o perito informe se o estado mental da vítima, por seu grau, poderia ser iniludivelmente desconhecido do criminoso. Nesse sentido: RT, 409:101, 436:335, 604:424.

Exemplificam estupro de vulnerável a conjunção carnal ou ato libidinoso durante ataque epilético, ou com médium em transe em que habitualmente a vítima encontra-se influenciada por grande sugestibilidade e automatismo semi--inconsciente.

Então, a verdade é que, do ponto de vista prático, por vulnerável, essa violência não necessita ser obrigatoriamente provada, via de regra; contudo, recentemente alguns julgados afirmaram que a presunção de violência (vulnerabilidade) deve ser obrigatoriamente confirmada *in concreto*, conforme seja o caso. Pois não é de todo infrequente existirem adolescentes menores de 14 anos com desinibição psicológica, ou até já corrompidas, e porte físico comparável ao de uma mulher adulta.

É bem de ver então que, no que tange à idade, a presunção é relativa (*juris tantum*). Nesse sentido: RT, 410:118, 466:331, 544:423.

Quanto à violência psíquica (*vis compulsiva*), é aquela em que a oposição real da vítima é anulada por meios inibitórios, o enfraquecimento das faculdades mentais impossibilitando-a de resistir. Admite-se, para tal, a ação de estupefacientes, a embriaguez completa, a anestesia etc.

A ação do sono normal não constitui modalidade de violência psíquica, e sim de violência contra vulnerável, pois a mulher, completamente adormecida, evidentemente não pode oferecer resistência.

“Devem ser acolhidas com reservas as declarações da vítima quando afirma ter sido possuída durante o sono, somente acordando após concluído o ato sexual. Desnecessário esclarecer a dificuldade de tal empresa” (RF, 164:359).

Verdadeiramente, há que se guardar prudente ressalva frente a afirmação de mulher que se diz possuída enquanto dormia normalmente, ou sob ação de medicamentos anestésicos, em sala de centro cirúrgico, consultório odontológico etc., pois, amiúde, trata-se de pessoa portadora de *caráter histérico* em um tipo paradoxal de personalidade, curiosa mescla de “fogo e gelo” que, incapaz de encontrar gratificação venérea em situações sexuais, tende, subliminarmente, a sexualizar situações assexuais ou, inversamente, a dessexualizar situações sexuais.

In exemplis, trata-se de mulheres inconscientemente sedutoras que acreditam que seu maior valor para o sexo masculino consiste em sua sexualidade e que por isso se portam como se o único modo de poderem relacionar-se com um homem seja pela sedução. Eis o motivo por que, inconsequentemente, alegam ter sido estupradas pelo emprego de *vis compulsiva*.

“Nunca será demais lembrar a advertência de Basileu Garcia em estudo sobre os *Crimes contra a Liberdade Sexual*, quando observa a tendência da mulher que, ferida no seu pudor, embora participando de uma relação consentida, forma situações capazes de escusá-la perante terceiros, até mesmo com a indicação de que foi anestesiada” (RJTSJP, 8:548).

O crime de estupro admitia a forma tentada, por exemplo, quando o agente, combatido fisicamente pela idade, não efetivava a *imissio penis in vaginam*. Com a nova sistemática, o *conatus* permanece possível, desde que, entretanto, os atos já praticados pelo agente não tipifiquem atos libidinosos, o que bastaria para consumir o delito. Isto torna a tentativa de difícil tipificação.

Por fim, tal delito é igualmente considerado hediondo, nos termos da nova redação dada ao inciso VI, do art. 1.º, da LCH, seja na sua forma simples, como nas qualificadas (art. 217-A, *caput* e §§ 1.º, 3.º e 4.º).

12.6.5. Intervenção pericial no estupro

Os expertos devem atentar para o estado mental do agressor, para inferir sobre a sua capacidade de entendimento do fato delituoso e de determinar-se de acordo

com esse entendimento, e para suas possibilidades físicas de constranger e dobrar a vítima aos seus instintos sexuais.

Atentarão ainda para o estado mental e idade da ofendida, eventuais enfermidades como cegueira, paralisias ou traumatismos em período de consolidação, como fraturas, e as provas de que a mulher sofreu violência física (equimoses, rastros escoriáceos, em torno da boca e narinas, no pescoço, nas coxas).

A perícia médico-legal irá comprovar a realidade da cópula vaginica, importando, se mulher virgem, na ruptura do hímen, ou, nos casos de complacência ou mulher não virgem, a constatação de uma moléstia venérea profundamente situada, de que o imputado seja portador e que se encontre em fase contagiante, ou de uma taxa alta de fosfatase ácida na secreção vaginal (300 a 3.000 unidades King por centímetro cúbico de esperma humano), do próprio esperma, além da barreira himenal, ou de uma gravidez.

Para a diagnose de esperma utilizam-se as reações cristalográficas, que são reações de orientação ou de probabilidade, e pelas provas de certeza e pelas provas biológicas, específicas e individuais.

As primeiras estão representadas especialmente pela:

1) Reação de Florence — Uma solução iodo-iodetada posta em contato com um macerado de esperma reage com a lecitina, que é um lipóide espalhado na economia inteira, e forma cristais romboédricos, de colorido marrom-amarelado, visíveis somente ao microscópio.

Essa reação não é peculiar ao esperma humano, pois a lecitina é encontrada também nos animais; logo, a reação se positiva com esperma de todos os animais. Outrossim, à maneira do que ocorre com outras reações cristalográficas, a reação de Florence ainda se positiva com sucos vegetais, excretas orgânicos etc.

2) Cristais de Baecchi — Originam-se dos cristais de Florence, 15 a 30 minutos após a sua formação, ao lado dos quais são vistos, numa preparação microscópica, como formações ovaladas, semilunares ou hexagonais, de tonalidade marrom-escura.

3) Reação de Barbério — Uma solução saturada de ácido picrico em água destilada posta na presença de um macerado de esperma bem concentrado forma cristais de formas as mais variadas: ovoides, romboédricos, losangulares, de acículas grossas.

As provas de certeza são feitas pela demonstração de um único espermatozoide íntegro ou, então, de muitas de suas cabeças com fragmentos de caudas aderidas no material examinado.

As provas biológicas específicas têm valor para a determinação da origem do esperma, desde que os espermatozoides típicos, previamente evidenciados, não tenham sofrido alterações morfológicas.

A individualização de esperma humano pela técnica da absorção de Schütze, ou pelo método de absorção de Landsteiner e Reich, quando possível realizá-las, tem incontestável valor prático; baseia-se no elevado percentual de aglutinógenos A e B existentes no esperma em estreita correspondência com o grupo sanguíneo do indivíduo.

No que tange ao diagnóstico da gravidez, remetemos o leitor ao início deste capítulo, alertando-o para o importante fato de que a prenhez pode surgir várias semanas após o atentado real, que não deixou vestígios na membrana.

Conjunção carnal é a relação sexual entre um homem e uma mulher. É a posse sexual, o coito, o concúbito ou ajuntamento carnal da mulher por parte do homem. É a cópula fisiológica. É a cópula vaginica. É a *introductio penis in vaginam*. É a *intromissio penis in vaginam*. É a *introductio penis infra vas*. É a introdução, parcial ou total, do pênis em ereção na vagina, além da barreira himenal, não importando a ocorrência de orgasmo, nem a ruptura física do hímen. É o *coitus secundum naturam*.

A ruptura do hímen caracteriza física e anatomicamente a realidade da conjunção carnal, desde que determinada pela introdução do pênis em ereção na vagina, e não por olisbos, traumatismos, masturbação etc.

Embora íntegro o hímen, asseguramos caracterizado o delito de estupro se ocorre a simples penetração do espermatozoide fecundante ejaculado em cópula vestibulo-vulvar, além da membrana, eis que tal fato, à luz da tutela penal pátria, equivale à conjunção carnal, levando-se em conta que a vítima se sente estuprada com o coito vulvar, já que o atrito do pênis na entrada da vagina é totalmente diferente do contato em outra parte de seu corpo.

Mas a jurisprudência não é pacífica nesse sentido.

12.6.6. Hímen

12.6.7. Sinonímia

De origem grega (*hymen*, membrana), é a prega ou membrana, de forma variada, que, nas mulheres virgens e nas que portam hímen complacente, constitui a mucosa vulvar no sítio em que entra na vagina. É, portanto, uma membrana mucosa que separa a vulva da vagina, atrás dos pequenos lábios. Não é apanágio da espécie humana, pois outros animais, como alguns tipos de macacas, também o possuem. O inverso é verdadeiro: a agenesia himenal existe na espécie humana.

Tem vasta sinonímia: *flos virgineum*, *virginitatis claustrum*, *columna virginitatis*, *custodia vigilium*, *claustritatis zona*, *interseptum vaginalis*, *paniculum vaginalis*, *circulus membranous vaginae*. O povo ignorante apelidou de “cabaço” (F. Quimbundo Quibusu, de cubasa).

Anatomicamente o hímen apresenta uma face vaginal, profunda, superior ou interna, um bordo aderente ou de inserção implantado na linha de união vulvovaginal, separado das formações labiais pelo sulco vulvo-himenal, frequentemente interrompido por diminutas bridas que circunscrevem as fossetas vulvo-himerais, uma face vestibular, superficial, inferior ou externa, e um bordo livre que limita, nas membranas perfuradas, o óstio. À região anatômica compreendida entre a margem livre do óstio e a margem aderente ou de inserção dá-se o nome de orla himenal.

O óstio pode não existir, constituindo os himens imperfurados, que Cícero chamou de “natureza selada”, e São Jerônimo, de “fonte fechada”, responsáveis, na menarca, por coleções de sangue menstrual dentro da vagina e do útero, denominadas respectivamente hematocolpos e histero-hematocolpo. Variável de mulher para mulher, a dimensão do óstio depende da largura da orla himenal, podendo ser punctiforme ou em orifício único de diâmetros diversos, ou, ainda, múltiplos. Os orifícios únicos muito largos, em orlas exuberantes, ricas em fibras elásticas responsáveis pela propriedade de elastecer-se e, eventualmente, de fibras musculares lisas, formam — o que é mais habitual em orlas exíguas —, os *himens complacentes*, que permitem a penetração de qualquer corpo duro e relativamente calbroso ou o pênis em ereção na vagina, sem se romperem. Nem por isso, todavia, descaracterizam os himens complacentes a sedução. Nesse sentido: *RT*, 536:310, 512:354.

A orla himenal, de dimensões as mais variadas, pode apresentar-se regular, irregular e recortada, mostrando reentrâncias denominadas *entalhes*, se são simétricas e avançam a pique chegando quase à margem de inserção, e *chanfraduras* ou *comissuras*, se são superficiais e correm em extensão, limitando-se, muitas vezes, à margem livre da orla.

Não se confunde entalhe com ruptura do hímen; a ruptura é solução de continuidade que compromete a orla himenal em quase toda ou em toda a sua extensão e atinge a vagina.

Quando os entalhes são numerosos, os himens adquirem aspecto franjado, recebendo o nome de *fimbriatus*.

A orla himenal é constituída de duas membranas mucosas, separadas por uma camada de tecido conjuntivo com fibras elásticas, vasos e nervos, e, às vezes, musculatura lisa, podendo ter consistência tênue, carnosa, tendinosa, cartilaginosa, neste caso impedindo a penetração do membro viril em ereção na vagina, exigindo incisão (hímen resistente).

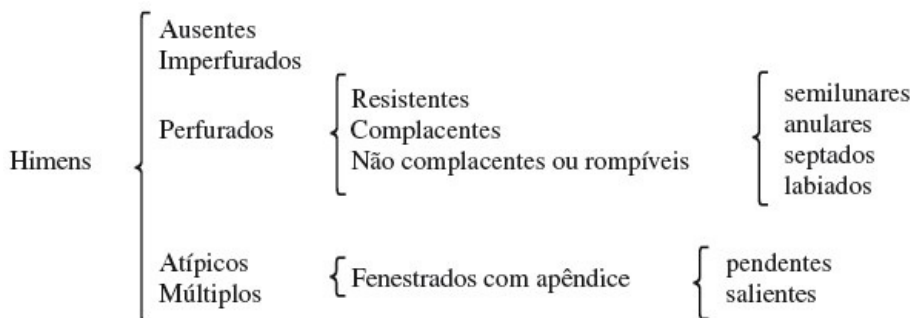
12.6.8. Classificação

Existem várias classificações do hímen, segundo a forma do óstio e o aspecto da orla himenal. Registramos a de Afrânio Peixoto e a classificação jurídica dos himens.

a) Classificação de Afrânio Peixoto:

Esse autor divide-os em acomissurados: imperfurados, anulares, semilunares, helicoidais, septados, cribiformes; comissurados: bi, tri, quadrilabiados e multilabiados ou coroliformes; atípicos: fenestrados, com apêndices salientes e com apêndices pendentes.

b) Classificação jurídica dos himens:



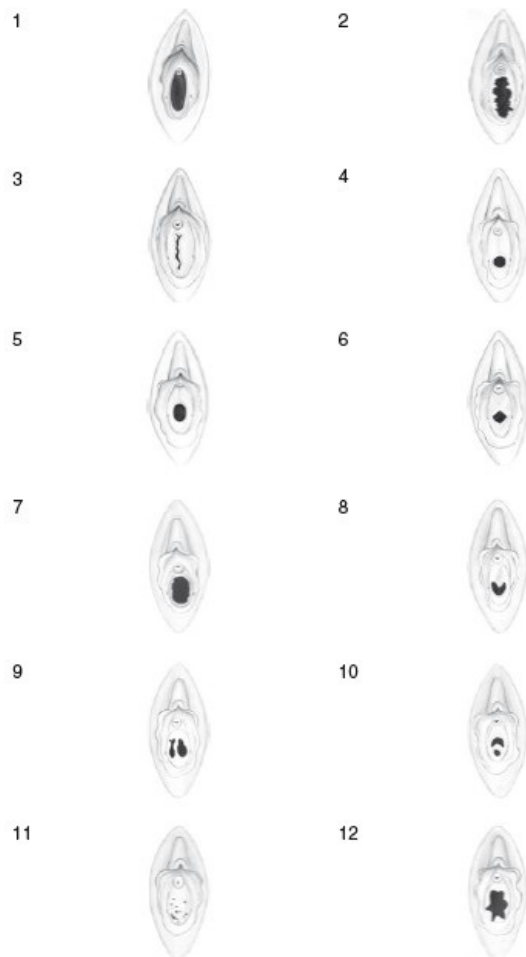


Figura 45. Tipos de hímen: 1. Hímen semilunar; 2. Hímen fimbriatus; 3. Hímen bilabiado; 4. Hímen circular; 5. Hímen ovalado; 6. Hímen tetralabiado; 7. Hímen complacente; 8. Hímen cordiforme; 9. Hímen septado longitudinal. 10. Hímen septado transverso; 11. Hímen cribriforme; 12. Hímen roto.

A ausência de hímen (agenesia himenal), conforme registrado anteriormente, embora raríssima, existe na espécie humana.

Os himens imperfurados necessitam de incisão tecnicamente perfeita ou suficiente para não torná-los complacentes, antes da menarca, com prévia lavratura de uma ata objetivando resguardar a honra da menina púbere.

Não se confunde coalescência de pequenos lábios com hímen imperfurado. Com efeito, a coalescência das ninfas, não de todo infrequente, que, na maior parte das vezes, é facilmente desfeita ambulatorialmente por simples manobra de tração lateral dos grandes e dos pequenos lábios pelos polegares e que só excepcionalmente recebe indicação cirúrgica, poderá dar, aos menos avisados, a impressão de ser a menina portadora de hímen imperfurado.

Quanto aos himens resistentes, *vide* n. 12.6.7.

Complacentes, como assinalamos, são os himens que toleram a introdução, completa ou incompleta, do membro viril em ereção ou de qualquer outro objeto duro e relativamente calibroso, sem se romperem.

Rompíveis são os que se rompem pela introdução do pênis em ereção no primeiro coito.

Diz-se múltiplos quando dois ou mais himens situam-se num mesmo plano, ou em planos sucessivos, um adiante do outro, desde o introito da *bainha* dirigindo-se em profundidade na vagina.

A causa principal (999 vezes em mil) do defloramento é a *intromissio penis in vaginam*, a conjunção carnal. Admite-se em 1% dos casos a possibilidade de ruptura da membrana por outras causas, como o empalamento, o prolapso uterino, o parto, o toque negligencial em exame médico, as manobras impudicas, o traumatismo direto nas partes genitais, a dilatação instrumental pré-coito, os acidentes em higiene mal-orientada. Não merecem crédito as alegações de ruptura da membrana por intenso afastamento abrupto dos membros inferiores, como no balé, na equitação ou no pedalar bicicleta. Excluem-se, também, a masturbação feminina, que é habitualmente praticada por atração geralmente lateral do clitóris, não se conhecendo na literatura médico-legal nenhum caso de desvirginamento determinado pela própria mulher por esse meio.

A ruptura do hímen é dita *completa* quando a solução de continuidade se estende da margem livre até a margem de inserção, ou *incompleta* quando pouco se afasta da primeira, não devendo, nesses casos, ser confundida com os entalhes. É dita *parcial*, nas raríssimas, porém possíveis, ocorrências de rupturas em que a solução de continuidade compromete apenas a face vestibular, conservando íntegra a face vaginal. Nos himens septados, a lesão pode manifestar-se na orla de um dos orifícios ou no próprio septo.

A ruptura himenal poderá ser única ou múltipla, em linha reta, em curva, em ziguezague ou bifurcada, com as duas lesões afastando-se progressivamente à medida que mais se aproximam da margem de inserção vaginal.

Quando a ruptura assenta na margem livre da orla, ocorre sangramento discreto e fugaz, e, muitas vezes, hemorragia de tão pouca monta que chega a passar despercebida, levando o cônjuge ignorante à suspeição injusta de defloramento anterior. Ainda não penetrou no espírito do leigo, e também no de muitas pessoas cultas, a noção de que pode haver cópula com mulher virgem portadora de hímen rompível sem que esta sinta dor e perca sangue. Por seu turno, não se estranhe a excepcional ocorrência de copiosas hemorragias himenais em que se faz necessária reposição sanguínea imediata e hemostasia.

O número de rupturas, em geral, é de uma a cinco, não existindo sede de eleição para a instalação das mesmas. É de observação corrente, no entanto, que, quando a conjunção carnal é praticada em posição de decúbito dorsal, as rupturas ocorrem com mais frequência nos quadrantes inferiores, por terem estes maior altura himenal, sendo a incidência maior nos quadrantes superiores, nos coitos em pé.

Ocorrida a ruptura do hímen, os retalhos permanecem individualizados, não mais se reunindo, por impossibilidade de sofrerem cicatrização, margem a margem, por *segunda intenção*; podem, no entanto, ser refeitos pelas *himenoplastias*, quiçá objetivando futuramente possível fraude.

Os retalhos himenais cicatrizam espontaneamente, por *segunda intenção*, em geral em torno de 4 (quatro) a 12 (doze) dias, em cada margem da ferida isoladamente, recobrimo-as por *epitélio pavimentoso estratificado*. Esse tempo é variável em cada mulher, segundo a higidez, higiene vaginal, o repouso do órgão, a espessura da membrana, a coagulabilidade sanguínea, o grau de riqueza vascular do tecido comprometido, os fatores individuais e o critério do examinador. Ademais, é sabido que a despuclada, cercada por sentimento pundonor, só raramente comparece ao exame pericial no mesmo dia em que cedeu às instâncias do sedutor, e que, movida por interesses vários, muita vez refere uma data falsa, podendo inclusive enganar-se sem propósito algum; nem retorna para o acompanhamento diário do processo de cicatrização. Não obstante, para afirmar ou negar a recenticidade do coito imputado deflorador, baseia-se o médico legista nos sinais porventura presentes ou ausentes nas margens de seção dos retalhos himenais, a exemplo, uma superfície cruenta, congesta, avermelhada, às vezes equimosa, outras ulcerada, supurada, coágulos de sangue, e outros que tais. Enquanto perduram os fenômenos vitais nas margens da lesão, o competente deve afirmar ter o defloramento ocorrido há *menos de 15 dias*; e, estando completamente cicatrizadas as margens dos retalhos himenais, fará consignar no laudo que a ruptura do hímen deu-se há *mais de 15 dias*. Ou registrará *rupturas cicatrizadas ou não*, indicativas de que o defloramento ocorreu, respectivamente, em mais ou em menos de 15 dias, em substituição às proscritas expressões *ruptura antiga* ou *recente*.

A nossa observação pessoal convenceu-nos de que a completa cicatrização dos retalhos processa-se habitualmente entre 10 a 12 dias, o mesmo ocorrendo, inclusive, em suturas da mucosa da parede da vagina, englobativas da margem livre da orla himenal, objetivando correção por meio de perineoplastia posterior de

TEMPO DE CICATRIZAÇÃO DOS RETALHOS FRAGMENTÁRIOS HIMENAIIS

Autor	Período de cicatrização em dias		
	Mínimo	Médio	Máximo
A. Peixoto	5	—	21
Aguiar	—	30	—
Balthazard	5-8	—	15
Becker	—	9-10	—
Brian e Chaudé	—	5-6	—
Canuto	—	8	—
Claister	2-3	—	7-10
Croce e Croce Jr.	4	8	10-12
Dalla Volta	5-8	—	10-12
Devergie	—	2-4	—
Forbes	—	10-14	—
Fornier e Piedelievre	8	—	15
França	20	—	—
Franckel	20	—	—
Hélio Gomes	—	—	24
Hoffman	2	—	8-10
Lacassagne	—	7-8	—
Mosseti e Russo	—	7	—
Orfila	—	3-4	—
Perando	—	7	—
Sidney Smith	—	8	—
Straussman	—	8-14	—
Teixeira	—	9-24	—
Tolmouche	—	8-24	—
Uribe Cualia	—	—	10
Vibert	2	—	8-10

Uma ruptura himenal, examinada sob os raios ultravioleta, pode-se apresentar de tonalidade amarelada quando ocorreu há mais de 15 dias; será arroxeada se recente.

Dependente de parto natural, único que seja, e não da frequência do congresso sexual, os retalhos himenais se retraem, dois a quatro dias após, formando tubérculos ou excrescências multiformes, em geral, em número de duas a cinco e, só excepcionalmente, mais, as *carúnculas mirtiformes*. As carúnculas mirtiformes são formadas porque a cabeça fetal e/ou as partes corporais em apresentação, alargam desmesuradamente o orifício vulvovaginal distendendo, contundindo e dificultando a vascularização dos retalhos himenais, do que resulta desgarro de alguns, por necrose, deixando como *reliquat* cicatriz plana, e retração mamelonada ou semiflutuante dos tecidos não gangrenados, com a configuração de folha do *Myrtus communis* ou murta.

“As ‘carúnculas mirtiformes’ ou os restos fragmentários do hímen, se recente a cópula, poderão indicar a data aproximada do defloramento.” É a opinião de Júlio Fabbrini Mirabete. Os restos fragmentários do hímen, sim; com a devida vênia, as carúnculas mirtiformes, não, já que foi visto que se formam com a expulsão do concepto por parto natural de via baixa, portanto após decorrido certo lapso ou até muito tempo do coito despuclador e fecundante.

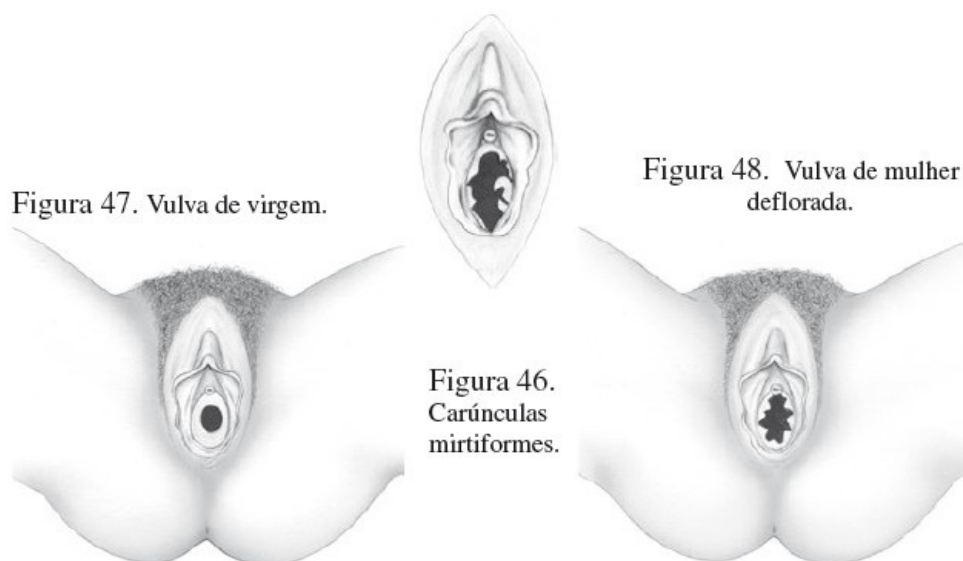


Figura 47. Vulva de virgem.

Figura 48. Vulva de mulher deflorada.

Figura 46. Carúnculas mirtiformes.

12.6.9. Caracteres diferenciais entre entalhes e rupturas do hímen

1) Entalhes:

- a) pouca penetração na orla himenal, não afetando, por isso, a margem de inserção;
 - b) margens regulares e simétricas;
 - c) margens revestidas, como a orla himenal, por epitélio pavimentoso estratificado;
 - d) ausência de sinais cicatriciais;
 - e) ausência de infecção localizada;
 - f) ângulo do entalhe arredondado.
- 2) *Rupturas*:
- a) penetração completa até a margem de inserção da orla himenal;
 - b) margens irregulares e simétricas;
 - c) margens com tecido fibroso cicatricial esbranquiçado;
 - d) presença, nos casos recentes, de sinais de supuração localizada, especialmente nas desasseadas;
 - e) ângulo de ruptura em forma de V.

12.6.10. Himens complacentes

Não são concordes os autores quanto à frequência dos himens complacentes, o que se compreende recordando a constituição anatômica dos mesmos, em que participam, em alguns, abundância de tecido elástico e exiguidade da orla himenal e de fatores relacionados com a amplitude do óstio (2cm ou mais), com a conformação e com a desproporção dos genitais do homem e da mulher em conjunção carnal. Este último item representa uma condicional indireta importante, pois compreende-se que dimensões exíguas do membro viril favorecerão a individualização de himens complacentes, apenas para o seu portador. A despeito disso, registramos a frequência média dos himens complacentes, conforme os seguintes autores:

- Afrânio Peixoto 10,4%
- Antenor Costa 22,6%
- França 22%
- Hélio Gomes 24%
- Jacinto de Barros 14,5%
- João Norberto Longo 10%
- Miguel Sales 33%
- Nuno Lisboa 21,6%

na raça branca; nas negras e mulatas 70%

A nossa observação na clínica particular e no serviço ginecológico, no INAMPS, durante o período de 1979 a 1986, de 1.840 casos, mostrou uma frequência de 19,7%.

12.6.11. Perícia do defloramento

Objetiva essencialmente o exame do hímen e, nas complacências, na constatação de espermatozoide além da membrana, ou de gravidez, ou moléstia venérea profunda de que o incriminado seja portador e esteja em fase contagiante, ou, ainda, de fosfatase ácida na secreção vaginal.

A adolescente, de preferência acompanhada por pessoa responsável, é posta sobre a mesa de exame, deitada, em posição ginecológica, à luz natural. Após inspeção vulvovaginal, tomam-se os pequenos e os grandes lábios com os polegares e os indicadores de ambas as mãos e tracionam-se *para fora e para si*, de modo que se exponha completamente o hímen.

É vedado ao experto o toque ginecológico.

Constatado o defloramento, empregam-se habitualmente dois processos para indicar a localização das rupturas.

O primeiro (goniométrico) consiste em dividir a vulva em dois quadrantes superoinferiores, direito e esquerdo, que ainda podem, a critério do examinador, ser subdivididos em terços (Oscar Freire).

O segundo (cronométrico), idealizado por Lacassagne e Capraro, consiste em reportar-se hipoteticamente à vulva um mostrador de relógio, indicando--se, como exemplo, uma ruptura às seis horas como localizada na região mediana inferior, próxima à fúrcula.

Se o hímen é complacente e a cópula não deixou vestígios, após descrever minuciosamente a exiguidade da orla, a amplitude do óstio e a ausência de resquícos da conjunção carnal, só resta aos peritos prudentemente informar no laudo sentirem-se tolhidos pela falta de sinais para negar ou afirmar de sua consciência o aludido congresso sexual. E di-lo--lo clara e objetivamente, ou seja, "que a examinanda é portadora de hímen complacente, capaz de permitir a cópula sem deixar vestígios, e que, por isso, os peritos não podem negar nem afirmar a conjunção carnal".

O laudo de exame pericial, afirmativo ou negativo, na ofendida é obrigatório, pois, se faltar nos autos da ação penal a comprovação da materialidade do delito, torna-se nulo o processo, nos termos do art. 564, III, b, do Código de Processo Penal.

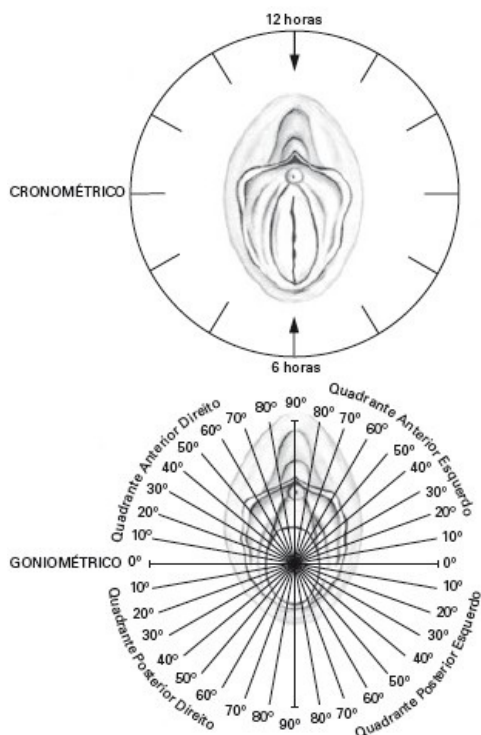


Figura 49. Determinação dos pontos de rupturas himenais.

12.7. Ultraje público ao pudor

É o ato impudico, obsceno, como a bolinação em público, ou gestos, palavras, publicações pornográficas, cartazes, desenhos, gravuras, em lugar público ou acessível ao público, contrários aos bons costumes e à moral, ferindo o decoro daqueles que o tenham presenciado, embora sem agravo pessoal. Realmente, a sua

configuração não exige ocorrência de agravo individual, mas o faz quanto a agravo público ou a decência pública. Destarte, se o agente teve com seu comportamento a intenção de afrontar a honra alheia, sem, entretanto, atingir o pudor público, que é um bem social a ser preservado pela comunidade, caracteriza a ação o delito de *injúria* e não o previsto pelo dispositivo 233 do Código Penal.

O ultraje à moral pública pode resultar, ainda, de representação teatral ou exibição cinematográfica de caráter torpe ou lascivo, em lugar público ou acessível ao público, ou pelo rádio, audição ou recitação obscena, e da venda ou exposição de qualquer objeto ofensivo ao decoro e à decência, pois, de acordo com a Constituição Federal “não serão toleradas as publicações e exteriorizações contrárias à moral e aos bons costumes”.

A lei refere-se a ato obsceno, devendo-se entender como tal tudo que é imoral, torpe, indecente, ofensivo ao pudor público.

Atos, gestos, palavras, publicações obscenas ou exibições dos genitais publicamente, contrários ao decoro e à moral, são, teoricamente, passíveis de punição pela lei. Dissemos teoricamente porque, na prática, aí estão as bancas de revistas expondo, sem nenhum disfarce, à curiosidade do público, um sem-número de publicações pornográficas, o mesmo ocorrendo com exibições cinematográficas desse gênero, escudadas na incúria dos que, de direito e de fato, têm o dever de zelar pela lei.

Justo registrar que após 13 de julho de 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 78) tornou obrigatória a comercialização, em embalagem lacrada com a advertência de seu conteúdo, revistas e publicações contendo material impróprio ou inadequado aos menores de 18 anos; o seu parágrafo único determina às editoras que cuidem para que as capas que contenham mensagens pornográficas ou obscenas sejam protegidas com embalagem opaca.

Os aplicadores da lei não imputam o delito previsto no art. 234 e seu parágrafo único aos que comercializam objetos utilizados para fins eróticos em lojas não expostas diretamente aos olhos do público, pois, não obstante o dispositivo legal descrever ações variadas, nele se subsume, sempre, a ideia de “público”.

O perito poderá ser solicitado quando há suspeita de o delincente sofrer das faculdades mentais.

12.8. Violação sexual mediante fraude

Com a redação dada pela Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009, o art. 215 do nosso diploma legal, agora com novo *nomen criminis*, especifica a espécie como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima”, caracterizando o delito, portanto, quatro elementos: a conjunção carnal, outro ato libidinoso, a fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima.

Com a atual renomeação do Título VI do Código Penal, os delitos sexuais devem ser encarados sob o ponto de vista da dignidade sexual, protegendo-se a livre manifestação de vontade da vítima, em face do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

Com o mesmo sentido do que ocorreu com o crime de estupro, a violação sexual mediante fraude permite que tanto o homem como a mulher possam ser sujeitos ativos e passivos, ao contrário da antiga redação do dispositivo.

Com relação às definições de conjunção carnal e ato libidinoso, *vide* itens 12.6.2 e 12.6.4.1, respectivamente.

Quanto à elementar *fraude*, os parâmetros não mudaram, não servindo qualquer tipo de engodo, senão aquele capaz de levar a vítima a erro invencível, conduzindo o sujeito passivo (homem ou mulher) ao engano sobre a legitimidade do ato sexual ou sobre a identidade pessoal do agente.

No estupro, o consentimento da vítima é superado pela violência ou grave ameaça, enquanto na violação mediante fraude, há permissão enganada ou viciada pelo erro invencível.

Por fraude entende-se o engano malicioso, a ação astuciosa, o ardil, a logração, o embuste, promovidos de má-fé, objetivando tornar vicioso o consentimento e enganar a vítima, que cede acreditando em uma verdade inexistente. Ela não deflui de meras sugestões verbais; faz-se imprescindível uma disposição de circunstâncias fraudulentas de ordem a levar a vítima à convicção da legitimidade da conjunção carnal a que se presta. Desse modo, é indispensável que a vítima tenha sido ludibriada, enganada, iludida em sua boa-fé, e não que se tenha entregue ao concúbio carnal por rogos, carícias ou falsa promessa de casamento.

A posse sexual fraudulenta é figura jurídica de efetivação rara, exemplificada, no Brasil, por Viveiros de Castro, por dois casos: o primeiro, o do curandeiro Maranhão, que convencia suas vítimas de terem no ventre baratas e aranhas, induzindo-as, como meio eficaz de tratamento, a submeterem-se à cópula com ele; o segundo, o de indivíduo que persuadiu a noiva a não se casar no civil, levando-a a optar apenas pelo casamento religioso, abandonando-a tempos após.

Não menos bizarra é a aventura de Paulina e do cavaleiro romano Mundus, testemunhada pelo historiador Flaminio Joseph (*Antiquités des Juifs*, livro II, cap. IV), que garante a sua veracidade. O relato é muito significativo, pois mostra o quanto estava espalhada na Roma de Tibério a crença na possibilidade de um casamento de seres invisíveis com mortais. Além do mais, dele infere-se como eram comuns tais aventuras amorosas, de vez que ninguém sequer sonhou estranhar o caso de um imortal querer possuir sexualmente a mulher do senador Saturnino.

Aqui estão os fatos: Mundus, jovem libertino, apaixonou-se perdidamente por Paulina, honesta senhora de quem só fez merecer injúrias. Em desespero de causa, subornou a peso de ouro os sacerdotes de Anúbis, os quais, recorrendo a uma fraude sacrílega, convenceram Paulina que era amada pelo deus, o qual estava impaciente para se deitar com jovem tão bela e virtuosa; mas era preciso seu livre consentimento. Lisonjeada, buscou obter Paulina o consentimento do marido, o qual, muito honrado com a escolha de Anúbis, não só autorizou como aconselhou sua mulher a passar a noite no templo. Foi assim que, sob os auspícios do deus, Mundus encontrou o prazer com a casta senhora e desonrou a virtude que tanto o desdenhou.

Quem possui sexualmente uma vítima em estado de semissonolência, como se fora o parceiro legítimo, sem que ela perceba o engano, em alcova escura, infringe o art. 215 do Código Penal. Essa possibilidade pode verificar-se somente com a condição de que uma pessoa estranha se intrometa sorrateiramente no leito, e que a vítima, tomando as *nuvens por Juno*, com ela copule na errônea suposição de que se trata do parceiro, parceira ou do consorte, como no caso referido por Casper-Liman. Contudo, se, iniciado o ato, a mulher acorda descobrindo a fraude e o agente emprega violência para completar a cópula carnal, o crime é de estupro e não o do art. 215 do Código Penal. Nesse sentido: *RT*, 551:334.

A tentativa é possível quando o agente, ao iniciar a execução do ato sexual, não atinge a *meta optata* por causa alheia à sua vontade (art. 14, II, do CP).

A violação sexual fraudulenta, também chamada *execulatio sexualis*, é de difícil caracterização, pois não é qualquer meio enganoso que serve de suporte a essa entidade criminal.

A última elementar refere-se a: “outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima”.

A questão é ainda muito recente e certamente receberá diversas interpretações. Entretanto, cremos que o legislador, ao especificar “outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima”, esteja se referindo, genericamente, a todos os meios capazes de obstruir a livre manifestação de vontade da vítima, que não a fraude em si, visto que esta seria o gênero, e aquela a espécie, a ser preenchida por outras circunstâncias não expressamente previstas. Nem tanto pela prática, mas especialmente pela importância que as definições possuem no meio acadêmico.

Com tal previsão, o legislador cuidou de cercar todas as hipóteses com potencial de ofender o livre consentimento da vítima, tipificando condutas antes vistas como atípicas, como, por exemplo, o fornecimento de bebida alcoólica para a vítima, como forma de facilitar a prática da conjunção carnal ou ato libidinoso. Isto porque, *in casu*, não teria havido violência ou grave ameaça, e muito menos a fraude. Com o novo tipo, pode-se afirmar ter havido outro meio que impediu ou dificultou a livre manifestação de vontade da vítima, sendo o suficiente para a tipificação do crime em testilha.

12.9. Assédio sexual

Trata-se de novo tipo penal instituído pela Lei n. 10.224, de 15 de maio de 2001, que acrescentou o art. 216-A ao Código Penal: “Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Pena — detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos”.

É delito de difícil comprovação judicial, dada as peculiaridades inerentes à sua ocorrência, como o local e os envolvidos. Quem pratica esse tipo de constrangimento objetivando vantagem sexual, o faz de forma sorrateira e cuidadosa, dificultando a materialidade.

É bom que não se confunda o assédio sexual com um simples flerte, popularmente conhecido como *cantada*, por não ser possível presumir (art. 239 do CPP) a existência de ameaça ou chantagem, podendo se tratar de mero interesse de conquista ou vontade inicial de estabelecer sincero vínculo afetivo. Isso pertence ao cotidiano social, conforme revela uma pesquisa realizada pela sexóloga americana Shere Hite (*Sexo e negócios*, Bertrand Brasil; o levantamento, realizado com 790 profissionais americanos e europeus, apontou que sete em cada dez homens e seis em cada dez mulheres já tiveram algum envolvimento com colegas de trabalho).

Já se decidiu que “frase grosseira do superior hierárquico, com conotação sexual, não configura hipótese de assédio; nem fatal, nem comportamental, nem ameaçador. Configura-se com o uso do poder como forma de obter favores sexuais. O fato dos autos nem chega a poder ser considerado como cantada, mas simples situação em que a autoria teria sido molestada. Não há promessa de vantagem ou ameaça de algum mal para obtenção de favores” (TRT, 2.^a R., RO 41.160/96, 9.^a T., 7.389/98, Rel. Juiz Valentin Carrion, in Valentin Carrion, *Comentários à CLT*, 27. ed., São Paulo: Saraiva, 2002, p. 369, nota 11 ao art. 482).

CAPÍTULO 13

Psiquiatria Forense

Sumário: 13.1. Conceito de normalidade e de anormalidade. 13.1.1. Oligofrenia. 13.1.2. Idiotia. 13.1.3. Imbecilidade. 13.1.4. Debilidade mental. 13.1.5. Formas clínicas das oligofrenias. 13.1.6. Etiopatogenia. 13.1.7. Classificação das doenças mentais aprovada pelo V Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (1946). 13.1.8. Importância médico-forense. 13.1.9. Exame de sanidade mental. 13.1.10. Epilepsia. 13.1.11. Quesitos para exame de sanidade mental.

A denominação indica a aplicação dos conhecimentos e técnicas psiquiátricas aos processos jurídicos, atentando, entre outras finalidades, para o comportamento dos indivíduos com as outras pessoas na sociedade.

A Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. São direitos assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

O art. 2.º determina que nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único desse artigo:

“Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I — ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II — ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III — ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV — ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V — ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI — ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII — receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII — ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX — ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”.

13.1. Conceito de normalidade e de anormalidade

A psiquiatria forense é formada da soma de conhecimentos médico-psiquiátricos e jurídicos, intitulada *juspsiquiatria*. Esta requer de seus professores toda uma gama de estudos específicos, técnica apropriada e treino intensivo para o correto desempenho do honroso mister de, louvado pelo juiz, lavrar o laudo de exame de sanidade mental referente ao réu, pois nenhum médico não psiquiatra, por maior seja a sua nomeada científica e o saber das formalidades jurídicas pertinentes à função pericial, estará apto a fazê-lo, abarregado no papel de *juspsiquiatra*, posto que tal esdrúxulo comportamento só por si torna o documento médico-judiciário inidôneo.

Não existe um limite nítido de separação no que tange ao conceito de normalidade e de anormalidade em psiquiatria forense. As dificuldades na investigação da normalidade psíquica exsurtem, em toda sua complexa extensão, mercê das projeções biológicas, psicológicas, filosóficas, antropológicas ou sociais e até metafísicas inerentes a cada indivíduo. Pois não basta ser normal. Por isso é que a qualificação de normalidade psíquica deve ser fundada com prudência, e só após esgotados os meios experimentais e racionais, apelando para todos os elementos de juízo, inquirindo de forma completa sobre a verdadeira índole da personalidade explorada. Raitzin (*O homem normal, esse desconhecido*, 1949) aduz que “é a normalidade mental, com efeito, considerada simplesmente qual um conceito primacial dos conhecimentos psicológicos, e como uma realidade virtual do psiquismo, quando nele não se nota nenhum dos estigmas mórbidos ou sinais patológicos por que se diferenciam e identificam as diversas constituições psicopáticas e as síndromes características das moléstias mentais conhecidas. Destarte, todo indivíduo cujo tipo de mentalidade e comportamento não esteja incluído na nosologia psiquiátrica, fica de fato categorizado, classificado como normal”. Não se olvidem certas formas ambíguas de normalidade, de seminormalidade ou de semialienação, que se caracterizam por insuficiência (debilidade), por certas perturbações (desequilíbrio, formas frustrâneas de esquizofrenia, abnormais sexuais), ou por decadência (debilidade intelectual e moral dos pré-senis). Nada obstante, para nós, *normal* é o indivíduo cujo tipo de mentalidade e comportamento não esteja incluído na nosologia psiquiátrica e que atua harmônica e silenciosamente em sociedade. *Anormal* será o que, desadaptado ao meio, se afasta da norma aceita pelo *homo medius*; é o desregrado.

13.1.1. Oligofrenia

Oligofrenia (*oligo* = pouco; *phreno* = espírito) é termo introduzido na Psiquiatria por Kraepelin querendo significar um grupo mórbido caracterizado por desenvolvimento mental incompleto, de natureza congênita ou sobrevido por causas patológicas no primeiro período da vida extrauterina, antes do término da evolução das faculdades psicointelectivas, com acentuado déficit da inteligência.

Refere-se, por conseguinte, a vários estados de parada do desenvolvimento mental, seja este de natureza inata, ou conseqüente a causas patológicas, que obraram nos primeiros anos de vida, mas antes que se desse o desenvolvimento progressivo das faculdades psíquicas. É por isso que, nos oligofrênicos, a inteligência é, desde o início de sua vida, extrauterina, manifestamente inferior à dos demais indivíduos de sua mesma idade.

Dessarte, o que caracteriza o grupo oligofrenia é a insuficiência intelectual dos indivíduos por ela acometidos, de compreender, criar e criticar os fatos, ou a incapacidade de autoconduzir-se na vida social o que os levam a viver somente ante realidades concretas e imediatas sem saberem, todavia, aproveitar a experiência para a resolução de situações novas, pois não sabem abstrair ou escolher de suas vivências os elementos comuns, nem compreender os determinantes éticos do comportamento.

As oligofrenias se manifestam precocemente: dificuldade de sugar o mamilo materno, gritos e choros impertinentes, infundados e contínuos, apatia fisionômica, lentidão de movimentos, atardamento da deambulação e da palavra, posteriormente seguida da incapacidade intelectual, dificuldade de raciocinar, planejar ou construir, e de conduzir-se com autonomia em sociedade.

Os oligofrênicos, notadamente os idiotas, diferem dos dementes porque, desde o nascimento ou durante os primeiros anos de vida, já apresentam retardamento, insuficiência ou parada do desenvolvimento das capacidades intelectuais, enquanto nos segundos a deficiência intelectual se instala depois de desenvolvidas as faculdades cognoscitivas. O idiota nunca teve vida intelectual ativa; o demente pode tê-la tido exuberante. O oligofrênico é, no dizer de Esquirol, o pobre que sempre o foi; e o demente é o rico empobrecido.

Os oligofrênicos, como em todas as formas de atardamento mental, portam um séquito de malformações, de vícios de desenvolvimento, surdo-mudez, convulsões, paralisias, implantação dental defeituosa, orelhas em abano, deformidades dos genitais.

Os oligofrênicos são também bem-humorados e pouco resistentes às infecções.

Todas as classificações propostas pelos diferentes autores são passíveis de crítica. Lembramos, por isso, o sábio conselho de Morel de que devemos contentar-nos em descrever as doenças mentais, alheios à excessiva preocupação de classificá-las rigorosamente. Desse modo, modernamente prefere-se adotar ao clínico o critério sociológico.

As oligofrenias admitem três gradações: idiotia, imbecilidade, debilidade mental.

A lei inglesa toma a capacidade de subsistência e de autoproteção do oligofrênico para ajuizar sobre o grau de seu atraso mental. Assim, idiota é o indivíduo incapaz de cuidar-se e de bastar-se. Imbecil é o que, embora possa defender-se de perigos ordinários, é incapaz de prover a sua subsistência em condições normais. Débil mental é o incapaz de manter a luta pela vida em igualdade de condições com as pessoas normais; tem, no entanto, capacidade de prover a vida em circunstâncias favoráveis.

Para ajuizar a evolução intelectual desses deficientes, Binet e Simon relacionam a sua idade mental, ou seja, o índice de desenvolvimento intelectual fornecido pela aplicação de provas psicométricas, à mentalidade de uma criança: o idiota teria evolução mental abaixo dos 3 anos; o imbecil, entre 3 e 7 anos, e o débil mental, entre 7 e 12 anos. É critério de gradação puramente psicológico.

Terman, revendo os testes de Binet e Simon, registra os seguintes índices ao quociente intelectual:

Q.I. SIGNIFICAÇÃO

Abaixo de 25 idiota

De 25 a 50 imbecilidade

De 50 a 70 debilidade mental
De 70 a 90 debilidade mental fronteiriça
De 90 a 110 inteligência normal
De 110 a 120 inteligência superior
De 120 a 140 inteligência muito superior
Acima de 140 inteligência genial

13.1.2. *Idiotia*

É um estado mórbido ligado a um vício accidental ou congênito do encéfalo e que consiste na ausência completa ou na parada do desenvolvimento das faculdades intelectuais e afetivas.

Os idiotas têm idade mental abaixo dos 3 anos e quociente intelectual inferior a 25. São incapazes de cuidar-se, de bastar-se e de transmitir simples recados; não articulam palavra. Os idiotas profundos têm vida psíquica infra-humana, inferior à dos animais superiores. O idiota incompleto, ou de segundo grau, já é capaz de rudimentos de linguagem e alimenta os instintos de conservação sexual. São economicamente inaproveitáveis. Em geral, vivem pouco.

13.1.3. *Imbecilidade*

Os imbecis têm rudimento de inteligência com quociente intelectual entre 25 e 50 e idade mental de 3 a 7 anos. São passíveis de medíocre aprendizado, mediante ingentes esforços, em estabelecimentos especializados. Podem articular a palavra. Alguns têm boa memória. Sugestionáveis, são propensos à cólera e à violência e a atos de pequena delinquência, fraude e prevaricação, podendo, portanto, defender-se de perigos ordinários. Têm uma precocidade sexual que se satisfaz de modo abnormal, pela masturbação. Adaptam-se mal ao convívio familiar. Gostam de animais.

Os imbecis são incapazes de prover a sua subsistência em condições normais.

13.1.4. *Debilidade mental*

Os débeis mentais têm idade mental entre 7 e 12 anos e quociente intelectual de 50 a 90. São incapazes de manter uma luta pela vida em igualdade de condições com as pessoas normais; podem, no entanto, bastar a si próprios em circunstâncias favoráveis.

Casper afirma que “a irritabilidade fácil dos débeis mentais pode levá-los à violência, às lesões corporais, ao homicídio, à antropofagia”.

Extremamente sugestionáveis, são crédulos, maliciosos e intrigantes. Alguns, à custa de penoso esforço intelectual, cursam nível universitário e logram obter o aspirado título idôneo; outros, em que a debilidade mental é pouco pronunciada, ingressam em cargos públicos e nas Forças Armadas e alcançam projeção social.

Os débeis mentais integram o maior percentual das oligofrenias.

13.1.5. *Formas clínicas das oligofrenias*

a) *Oligofrenia microcefálica* — Circunferência craniana não excedente de 46 cm, achatada; acrocefalia; epicrânio baixo ou raso; couro cabeludo invadindo a testa. Estatura geralmente pequena.

b) *Oligocefalia mongoloide* — Fisionomia asiática; olhos pequenos e oblíquos, estrabismo; nariz chato; língua volumosa e fissurada. Face arredondada. Achatamento posterior do crânio. O tronco é curto e lordótico; o ventre distendido. As mãos, grosseiras, têm polegares e dedos mínimos muito curtos, em forma de tridente. A voz é rouquenha e de timbre infantil. Humor risonho e juvenil. De resistência orgânica diminuída, o prognóstico quanto à vida é mau, pois sucumbem às infecções, em geral até a puberdade.

c) *Oligofrenia difenilpiruvínica* — É doença ligada ao padrão de herança autossômica recessiva. Um defeito autossômico recessivo produz deficiência na *hidroxilase de fenilalanina*, enzima conversora da *fenilalanina aminoácida* em *tiosina*. Com isto, ocorre alta concentração plasmática de fenilalanina, que faz gerar uma lesão no sistema nervoso central em desenvolvimento, e eliminação excessiva de *ácido fenilpiruvínico*, na urina.

Os neonatos parecem normais, porém logo apresentam vômitos, letargia, irritabilidade, retardo motor, convulsões e, o mais das vezes, deficiência mental.

O art. 229 do Estatuto da Criança e do Adolescente impõe pena de detenção de 6 meses a 2 anos, ou se o crime for culposos, detenção de 2 a 6 meses, ou multa, ao médico, enfermeiro ou dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante que deixar de proceder aos exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como de prestar orientação aos pais, conforme descrito no art. 10, III, da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.

A precocidade diagnóstica é fundamental para coibir a evolução da moléstia e se faz através do *teste de Guthrie*. É este uma técnica microbiológica semiquantitativa que indica o nível de fenilalanina no sangue capilar do calcanhar do recém-nascido.

O teste de Guthrie, popularmente chamado “teste do pezinho”, é obrigatório por lei nas maternidades (art. 10, III, da Lei n. 8.069/90).

d) *Cretinismo* — O cretinismo é entidade mórbida caracterizada por uma parada do desenvolvimento somático e psíquico, determinada por insuficiência tireoidiana, que se previne pela ingestão de iodo, em forma de solução de lugol, 5 gotas duas vezes ao dia, às refeições principais, ou de sal iodado, necessário à formação da tiroxina a nível glandular.

Esse tipo de oligofrênico apresenta como características: estatura baixa, cabeça grande, pescoço curto e grosso, olhos mortiços, pálpebras edemaciadas, pernas curtas e gordas, pelos escassos.

13.1.6. *Etiopatogenia*

No estudo das causas mórbidas determinantes das oligofrenias devem ser consideradas as que atuam na vida intrauterina, as lesões que ocorrem na fase expulsiva do ser nascente e as que se produzem depois do nascimento, todas antes que se alcance o desenvolvimento mental completo.

— *Causas que atuam na vida intrauterina ou pré-natais:*

Modernamente, não se empresta a mesma importância de antanho à transmissão hereditária das deficiências mentais. Considera-se, no entanto, ainda, nas famílias de alto percentual de débeis mentais, a herança degenerativa ou neuropsicopática, do tipo misto: gerações altamente prolíficas de genes de caráter dominante e outras de genes de caráter recessivo, imputando-se à consanguinidade responsabilidade quanto ao aumento das oligofrenias.

O cérebro mentalmente defeituoso pode ser devido, também, a fatores tóxicos, endócrinos, traumáticos, nutricionais e infecciosos atuantes sobre o ovo, o embrião ou o feto.

A rubéola na gestante de até três meses de gravidez pode lesar o cérebro do embrião, além de, concomitantemente, determinar alterações anatómicas e funcionais de certos órgãos.

A toxoplasmose e o fator Rh podem determinar o mongolismo ou síndrome de Down e a hipofunção tireoidiana, o cretinismo.

O alcoolismo dos pais pode ser causa de deficiência mental dos filhos.

— *Causas que atuam durante a fase expulsiva fetal:*

As contrações uterinas desencadeadas no trabalho de parto nas fases de dilatação e expulsão provocam queda da pressão arterial no segmento intramural da artéria uterina e consequente diminuição da oxigenação fetoplacentária. É ocorrência corriqueira no chamado parto normal (preferimos denominá-lo parto vaginal ou de expulsão por via baixa), ou seja, no parto que em nenhum momento chegou a preocupar o obstetra ou a parturiente. No trabalho de parto prolongado, no entanto, e na hipodinamia ou na hiperdinamia uterina, provocadoras de hipóxia, podem ocorrer encefalopatias obstétricas.

Mencionamos a *hipodinamia uterina*. É síndrome caracterizada por defeituosa contração uterina em trabalho de parto.

Interessa ao Direito no que concerne à responsabilidade profissional.

Expliquemo-la:

O *motor do parto* é constituído pela musculatura uterina, à qual se une, no momento da expulsão, a prensa abdominal. As distocias concernentes à dilatação do fôcio de tenca e à progressão do ser nascente pelo canal do parto ocorrem por defeituosa contração uterina; podem, também, ser devidas a excesso na frequência e/ou intensidade.

Em que pese a existência de várias teorias, a defeituosa contração uterina primitiva deve ser responsabilizada a uma desigual deposição de *actomiosinas*, que são proteínas contráteis, no útero grávido. Então, sem a correta maturidade gravídica desse órgão, quanto à deposição de *actomiosinas*, este se contrai de maneira irregular e o parto não evolui normalmente; antes, transcorre com lentidão, a dilatação progride vagarosamente e, amiúde, ocorrem pausas de várias horas, com parada do trabalho de parto.

É rara a ocorrência de sofrimento fetal, desde que o trabalho de parto seja permanentemente acompanhado e corretamente monitorado por tocólogo ou por enfermeiro com curso superior de Obstetrícia, pois o sofrimento fetal existe e é diagnosticado pela constatação de progressiva diminuição dos batimentos cardíacos fetais e, na apresentação cefálica, de eliminação de mecônio consequente ao comprometimento da oxigenação cerebral. É de supor, desse modo, ser obrigatória a lavra de repetidos exames clínico-tocológicos para estimativa do estado geral da gestante e do ser nascente, duração e intensidade de cada contração, espaço entre as pausas etc., guardando-se o cuidado de registrar minuciosamente todo o observado na ficha hospitalar. Há evidência de que o não cumprimento dessa conduta

obstétrica caracterizará negligência profissional se dela advier resultado danoso para o nascituro ou até mesmo a sua morte, pois, diagnosticada em tempo hábil, é facilmente corrigida esta síndrome pela administração endovenosa de ocitócicos; ou se o obstetra detectar sinais de sofrimento fetal, procederá à mediata operação cesariana (na dilatação incompleta) ou aplicará fórceps de alívio, supondo já esteja o colo do útero totalmente dilatado e o ser nascente se encontre no 4.º plano de Hodge, se, conseqüente à hipodinamia secundária ao esgotamento das fibras musculares, que evita, como elemento compensador fatigante, que ocorra ruptura da matriz, já se tiver instalado a chamada *parada de progressão*.

Os partos *hipo* ou *hiperdinâmicos* mal conduzidos podem gerar comprometimento da oxigenação cerebral durante a fase expulsiva fetal, e marcar o ser nascente de forma permanente com o estigma oligofrênico. Diga-se o mesmo quanto à parada de progressão e à má aplicação do fórceps, nas distocias do motor, do objeto e do trajeto. Por esse motivo pensamos que nos centros urbanos de maior recurso o fórceps é instrumento que o médico deve conhecer profundamente, para usá-lo só excepcionalmente, como fórceps de alívio.

— *Causas que atuam após o nascimento (ou pós-natais):*

São traumáticas, tóxicas e infecciosas.

As meningoencefalites e a sífilis congênita, como exemplos, nos primeiros anos de vida, são causa de parada do desenvolvimento mental, com reflexos negativos na esfera psíquica.

13.1.7. Classificação das doenças mentais aprovada pelo V Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (1946)

- I — Psicoses por infecções e infestações
 - 1A — Desordens agudas
 - 1B — Estados mentais consecutivos
 - II — Psicoses devidas à sífilis
 - 2A — Paralisia geral
 - 2B — Outras formas
 - III — Psicoses exotóxicas
 - 3A — Alcoolismo
 - 3B — Toxicomanias
 - 3C — Profissionais
 - 3D — Acidentais
 - IV — Psicoses endotóxicas
 - 4A — Por desvios funcionais e viscerais
 - 4B — Por desvios do metabolismo
 - 4C — Por desvios do endocrinismo
 - 4D — Outras formas
 - V — Psicoses por lesões cerebrais
 - 5A — Demência senil
 - 5B — Arteriosclerose cerebral
 - 5C — Traumatismo craniano
 - 5D — No curso de tumores cranianos
 - 5E — Outras formas (Doença de Alzheimer, de Pick, Coreia de Huntington etc.)
 - VI — Oligofrenias
 - 6A — Debilidade mental
 - 6B — Imbecilidade
 - 6C — Idiotia
 - VII — Epilepsias
 - 7A — Psicoses epilépticas
 - 7B — Outras formas
 - VIII — Esquizofrenias
 - 8A — Forma simples, hebefrênica e catatônica
 - 8B — Formas paranoides e parafrênicas
 - 8C — Paranoia
 - IX — Psicose maniaco-depressiva
 - 9A — Formas maníacas
 - 9B — Formas melancólicas
 - 9C — Formas mistas
 - 9D — Outras formas (marginais etc.)
 - X — Psicoses mistas e associadas
 - XI — Psicoses psicogênicas (psicoses de situação, de reação e desenvolvimentos psicopatológicos)
 - XII — Neuroses
 - 12A — Estados histéricos de conversão
 - 12B — Estados ansiosos
 - 12C — Estados fóbicos
 - 12D — Estados compulsivos
 - 12E — Estados neurastênicos
 - 12F — Organoneuroses
 - 12G — Neurose traumática
 - XIII — Personalidades psicopáticas
- N.B. — Para efeitos estatísticos, serão abertos dois itens, fora da classificação:
- O — Estados mentais não classificados
 - OA — Em observação
 - OB — Por falta de elementos diagnósticos
 - OO — Sem desordens mentais

13.1.8. Importância médico-forense

Os idiotas e os imbecis são penalmente inimputáveis por serem, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato, ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Dessa forma, embora os idiotas e, mais frequentemente, os imbecis possam cometer toda uma gama de infrações penais (homicídios, estupros, furtos), são irresponsáveis que devem ser enquadrados no art. 26, *caput*, do Código Penal.

São também, civilmente, absolutamente incapazes para gerir seus bens e haveres, ou consentir (art. 3.º, II, do CC), “os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”.

Compreendem os “portadores de alienação mental permanente ou duradoura capaz de determinar alteração grave das faculdades mentais” (R. Limongi França, *Instituições de direito civil*, Saraiva, 1988, p. 55), ou seja, todas as psicoses (esquizofrenia, psicose epiléptica, psicose maniaco-depressiva, psicose puerperal, psicose senil, psicose pós-traumatismo craniano etc.), mais o alcoolismo crônico e a toxicomania severa, e todos aqueles que, por uma parada ou atraso no seu desenvolvimento psíquico, são incapazes de uma apreciação dos fenômenos exteriores e, por conseguinte, de uma violação consciente. Exemplos: idiotas, cretinos, imbecis, débeis mentais quase fronteiriços com a imbecilidade.

Insta diferenciar louco e alienado, expressões que não são sinônimas nem equivalentes.

Alienação é forma de doença mental em que não há desintegração da personalidade que compreende o louco e o delirante. *Alienado* é, então, o extasiado, absorto, enlevado, como que fora de si de modo permanente, *verbi gratia*, “vivendo no mundo da lua”, podendo manifestar loucura e delírio; já o delirante não é *louco*, embora, como este, seja alienado que, mercê a um desvio do raciocínio, exprime distúrbios da consciência e da percepção. *Louco* é alienado mental que sofreu modificação da personalidade e perdeu de um modo absoluto a faculdade de raciocinar, motivada por processo patológico ativo. O idiota, o demente senil “são enfermos de um processo patológico estacionário ou crônico: não são loucos, mas são alienados” (H. Gomes). *Ex positus*, justifica-se a acerba crítica que

fazemos à esquisita e incorreta expressão, do ponto de vista psiquiátrico, que era empregada pelo Código Civil anterior, “loucos de todo o gênero”, querendo significar todos os doentes mentais, loucos e alienados. O correto seria “alienados de qualquer espécie”. Pelo atual Código Civil, a expressão foi abolida, referindo-se, apenas, aos que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiveram o necessário discernimento para a prática desses atos (art. 3.º, II).

Os débeis mentais são capazes de exercer, com limitações próprias, os atos da vida civil. A debilidade mental é um retardamento geral da aprendizagem intelectual não constitutiva de impedimento matrimonial; todavia enseja anulação de matrimônio se o outro cônjuge tomar conhecimento dessa situação *a posteriori*.

Os débeis mentais são rotulados pela legislação penal vigente como semi-imputáveis e enquadrados no parágrafo único do art. 26 do Código Penal, por não serem inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

13.1.9. Exame de sanidade mental

O exame de sanidade mental pode ser ordenado quer durante o inquérito policial, mediante representação de delegado de polícia ao juiz competente (nunca “de ofício” diretamente ao experto), quer durante a ação penal, objetivando esclarecimento pericial sobre a higidez mental do réu, contemporânea à prática delituosa, e a sua completa incapacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

É uma modalidade de exame pericial, contudo, que, dissemos, não pode ser determinada de pronto pelo promotor de justiça, nem pelo delegado de polícia.

A instauração do incidente de insanidade mental somente pode ser ordenada pelo magistrado, conforme estatui o art. 149 do Código de Processo Penal. O juiz o ordenar, de ofício ou a requerimento do acusado, do defensor, do curador, ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, se não verificar que o pedido é meramente protelatório ou tumultuário.

Dessarte, o juiz pode acatar ou não o pedido de instauração de exame de sanidade mental. Em que pese dizer a lei que, em linha de princípio, “toda a prova requerida pelas partes deve ser necessariamente deferida, sob pena de configurar-se violação de direito ensejador de nulidade processual, desde que tempestivamente proposta (oferecimento no momento oportuno), pertinente (relativa ao processo), admissível (possível pelo direito e realidade) e não se referir a fatos que não se provam (intuitivos, resultantes de presunção legal, ínteis ou notórios)” (Camargo Aranha, *Da prova no processo penal*, 1983, p. 28), não se deve crer tenha o *probus iudice* o dever de atender sempre ou em qualquer circunstância ao requerimento das partes. O magistrado somente deferirá o requerimento de instauração de insanidade quando presentes indícios de perturbação ou vislumbrar no indiciado sinais de sofrer das faculdades mentais. O indeferimento motivado, após a instauração da ação, na oportunidade do recebimento da denúncia, não constitui *error in procedendo*, mas simples utilização de faculdade delegada ao juiz que não se contamina de eiva ou abuso, capaz de tumultuar a deambulação regular do feito. No eito de todo o exposto, nada justifica, portanto, a anulação de processo sob alegação de indeferimento do exame médico-psiquiátrico de insanidade mental, por parte de autoridade judicante que fundamentou sua decisão, nem para a conversão do julgamento em diligência objetivando tal finalidade.

Ordenado pelo juiz o exame de sanidade mental, este para ter validade será procedido, obrigatoriamente, por *juspsiquiatra*, nunca por profissionais de medicina especialistas em outras áreas ou por psicólogos.

Sempre é bom frisar que o periciando tem garantia legal de sigilo nas informações prestadas (art. 2.º, parágrafo único, IV, da Lei n. 10.216/2001), não podendo o perito divulgá-las, como não raramente acontece, nem mesmo como referência no corpo do laudo que será lavrado, sob pena de incidir em infração de quebra de sigilo profissional.

13.1.10. Epilepsia

“Epilepsia” é vocábulo grego que significa “surpreender”, naturalmente pelo modo súbito de instalação das crises.

É fortíssima sua sinonímia: *morbus herculeus*, *morbus sacer*, *morbus divinus*, *morbus comitialis*, *morbus lunaticus*, *morbus astralis*, *morbus demoniacus*, *morbus major*, *morbus caducus*, *morbus soticus*, ou, ainda, *mal de Santo Egidio*.

Epilepsia é afecção do sistema nervoso central essencialmente crônica, anunciada por auras sensitivo-sensoriais, motoras ou psíquicas (podem faltar), que são sintomas subjetivos instantâneos, premonitórios, e caracterizada por convulsões tônico-clônicas, perda súbita dos sentidos, completa inconsciência e amnésia, podendo ocorrer sintomas acessórios como o *grito do pavão*, mordida da língua, micção, sialorreia e sono.

A *aura* significa um alerta de acesso iminente, que pode durar desde alguns segundos a minutos antes da convulsão, o que permite ao paciente precaver-se clamando por auxílio, deitando-se, apoiando-se, detendo o carro que dirige etc. É a *aura* um fenômeno de sensação descrito pelos epiléticos como “borboletas na boca do estômago, cabeça pesada, sons ou odores diversos, perturbações visuais, sensação geral de mal-estar, apreensão e ansiedade como se algo errado ou ruim estivesse prestes a acontecer”.

Entre os ataques, se ofendidos ou injuriados, pode ocorrer inaudita violência como forma de reação do epilético às provocações recebidas.

Consoante Legrand Du Saulte, os crimes violentos do epilético caracterizam-se por:

- a) ausência de motivo;
- b) ausência de remorso;
- c) falta de premeditação;
- d) instantaneidade do ato;
- e) ferocidade na execução;
- f) multiplicidade de golpes;
- g) amnésia.

A premeditação, contudo, é possível. Como exemplo, o epilético que se queixou de dor nas panturrilhas para desferir golpe traiçoeiro e mortal nas costas do médico que se inclinara para melhor examiná-lo.

A síndrome epilética pode também manifestar-se por formas diversas, a saber: ataques *subintrantes*, estado de mal epilético, equivalentes comiciais, pequeno mal, epilepsia tipo Bravais-Jacksoniano.

Epilepsia *secundária* é afecção nervosa manifestada clinicamente por crises convulsivas e demais sintomas semelhantes ao do *morbus comitialis* desencadeadas, porém, por traumatismo cranioencefálico, por exemplo, ou doença: lues, intoxicações, infecções graves, tumores cerebrais. Não é transmissível por herança.

Já a epilepsia *essencial*, *idiopática*, *genuína*, *sintomática* ou *criptogenética* é transmissível hereditariamente; surge precoce (amiúde, antes dos 7 anos); é progressiva e de causa desconhecida.

Do ponto de vista civil, distingue-se os epiléticos em *alienados*, que, evidentemente, são incapazes, e *não alienados*, capazes.

A epilepsia, anterior ao casamento e ignorada pelo outro cônjuge, enseja anulação de matrimônio. Trata-se de doença grave, transmissível por herança, capaz de pôr em risco a saúde da prole. É necessário, contudo, que a epilepsia seja *essencial* e não secundária ou sintomática, pois, estas, não sendo transmissíveis por herança, obviamente não justificarão anulação de casamento.

No âmbito criminal, importa saber que, fora das crises e quando não caem em demência, os epiléticos parecem normais. Não obstante, quanto à prova judiciária, conforme lembrado por Lalanne, suas recordações podem ser falseadas por pseudorremiscências que enchem as lacunas amnésicas devidas às crises comiciais; “tomam como realidades os sonhos de que sofrem em seus estados crepusculares e frequentemente creem lembrar-se de uma coisa que se lhes contou como se fosse um fato que tivesse visto”. A amnésia alcança a atividade psíquica recente (amnésia lacunar) ou atinge todo um período da vida do doente.

Há um estado de exceção observado na epilepsia no qual o indivíduo poderá ter uma atuação inconsciente de momentos até muitas horas ou excepcionalmente dias de atividade inócua ou em que ele pratica crimes pavorosos dos quais não guarda lembrança no dia seguinte. Afrânio Peixoto assinala casos em que a consciência parcial do ato persiste seguida de amnésia retardada ou incompleta. Pode também acontecer que a impulsão não seja de todo inconsciente e que os doentes falem conexamente durante o paroxismo criminoso causando ao observador menos atento a impressão de premeditação e perversidade. Por isso é que se obriga ao perito investigar até que grau vão as desordens epiléticas, qual a sua duração, se deixam ou não intervalos lúcidos e, obviamente, se o ato foi praticado sob a influência de algum estado epilético, de vez que a epilepsia não exclui, *per se*, a imputabilidade; urge, então, apurar o grau de deficiência mental do agente e se ficou impossibilitado de compreender a natureza ilícita do ato, ou para proceder de acordo com essa compreensão.

Cabe indagar-se, então, das condições psíquicas do imputado no momento do crime. Dessarte, sofra embora o indivíduo de acessos epiléticos, será considerado *responsável* pelo delito praticado, estando em boas condições mentais. Estando o epilético, quando o crime foi praticado, em um *estado crepuscular*, portanto, com a consciência parcial ou completamente ofuscada, antes, durante ou após o ataque comicial, ou ainda independente do acesso, nesta hipótese ocorrendo somente alterações psíquicas, e enquanto era presa do estado *do sono*, de delírio ansioso etc., será considerado *irresponsável*.

Arrematando, se no momento do crime o epilético está acometido de crise, será absolvido, sem ter seu nome lançado no *rol dos culpados*, por inimputabilidade; se praticar o crime sem estar em *krisis epilepticus*, terá sua pena reduzida nos termos do parágrafo único do art. 26 do Código Penal.

13.1.11. Quesitos para exame de sanidade mental

1.º *Quesito*: Queiram os peritos descrever os antecedentes familiares, pessoais e psicossociais do réu F., e informar o exame somatopsíquico e eletroencefalográfico a que foi submetido.

2.º *Quesito*: O réu F. apresenta transtorno psíquico ou estado de defeitos traumáticos? Queiram especificá-lo(s).

3.º *Quesito*: O periciando F. apresenta enfermidade cerebral orgânica? Queiram especificá-la.

4.º *Quesito*: O periciando F. apresenta:

a) transtorno da personalidade ou distúrbio de consciência?

b) alteração dos instintos e da volição?

Favor indicar as causas de tais transtornos mentais.

5.º *Quesito*: Apresenta reações anormais e vivências externas?

Queiram os peritos descrever as reações vivenciais anormais pelas características clínicas que se fazem sentir externamente, e informar se as reações anormais eclodem na personalidade ou na situação externa.

6.º *Quesito*: Favor descrever o tipo psicopático do periciando F. e indicar o tratamento a lhe ser ministrado.

7.º *Quesito*: Favor informar se há possibilidade de agravamento do estado mental e qual o grau de periculosidade do periciando F.

8.º *Quesito*: O acusado F., ao tempo da ação (ou da omissão), era, por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento? (*Justitia*, 101:209).

9.º *Quesito*: O réu F., ao tempo da ação (ou da omissão), por motivo de saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, estava privado da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento? (*Justitia*, 101:209).

CAPÍTULO 14

Psicologia Forense

Sumário: 14.1. Conceito. 14.2. Limitadores e modificadores da capacidade civil e da responsabilidade penal. 14.2.1. Idade. 14.2.2. Sexo. 14.2.3. Emoção e paixão. 14.2.4. Agonia. 14.2.5. Sono e sonhos. 14.2.6. Sono patológico. 14.2.7. Surdimutismo. 14.2.8. Afasia. 14.2.9. Prodigalidade. 14.2.10. Embriaguez. 14.2.11. Toxicomanias. 14.2.11.1. Morfinomania. 14.2.11.2. Heroïnismo. 14.2.11.3. Cocainomania. 14.2.11.4. Canabismo. 14.2.11.5. Psicotrópicos. 14.2.11.6. Legislação. 14.2.11.7. Perícia toxicológica. 14.2.11.8. Implicações legais. 14.2.12. Personalidades psicopáticas. 14.2.13. Civilização (silvícolas). 14.2.14. Psicologia das multidões delinquentes. 14.2.15. Reincidência penal.

14.1. Conceito

A Psicologia Forense estuda os limites normais, biológicos, mesológicos e legais da capacidade civil e da responsabilidade penal; quando analisa os limites e modificadores anormais das mesmas e as doenças mentais, oligofrenias e as personalidades psicopáticas será Psiquiatria Forense.

O psicopatologista forense pode ser chamado para elucidar desordens mentais relacionadas com a capacidade civil e a responsabilidade penal e esclarecer a respeito a autoridade judiciária, a quem não cabe fazer diagnóstico, nem prognóstico, de ordem médica. Como já foi dito, é essa a única perícia que não pode ser determinada pela autoridade policial; só o órgão jurisdicional é que pode determiná-la, de ofício, ou a requerimento do representante do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, do descendente, irmão ou cônjuge do réu.

14.2. Limitadores e modificadores da capacidade civil e da responsabilidade penal

As legislações civil e penal fixam, de forma expressa ou implícita, respectivamente, os limitadores e os modificadores da capacidade civil e da responsabilidade penal.

A capacidade primeira é, no dizer de Washington de Barros Monteiro, “a aptidão para adquirir direitos e exercer, por si ou por outrem, atos da vida civil”. Não se exclui da definição, portanto, a possível intervenção de representante legal, como nos casos da incapacidade relativa dos maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos, os ébrios habituais, os viciados em tóxicos e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido, além dos excepcionais, sem desenvolvimento mental completo, e os pródigos, que podem exercer certos atos da vida civil mediante tutor ou curador, segundo a espécie. A capacidade dos silvícolas será regulamentada por legislação especial.

Imputabilidade penal é o conjunto de condições pessoais que dão ao agente capacidade para lhe ser juridicamente imputada a prática de fato punível (Aníbal Bruno, *Direito penal*, Rio de Janeiro, Ed. Nacional, 1956, p. 39). É a capacidade para ser culpável.

Imputável é, então, todo indivíduo mentalmente são e desenvolvido, dotado da capacidade de sentir-se responsável pelo ato praticado.

Inimputabilidade é a incapacidade para apreciar o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com essa apreciação (Fernando Diaz Palos, *Teoría general de la imputabilidad*, Barcelona, Bosch, 1965, p. 173-4).

São causas da inimputabilidade a doença mental, o desenvolvimento mental incompleto, o desenvolvimento mental retardado (art. 26 do CP) e a embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior (art. 28, § 1.º, do CP).

Também tutela a inimputabilidade o art. 27 do Código Penal.

Segundo Petrocelli, “capacidade penal é o conjunto das condições exigidas para que um sujeito possa tornar-se titular de direitos ou obrigações no campo de Direito Penal”.

Distingue-se a capacidade penal da imputabilidade penal.

A capacidade penal é fato da competência judicial e se refere a momento anterior ao crime; a imputabilidade é condição de indicação diagnóstica pericial que deve existir no momento da infração. Nelson Hungria considera essa distinção despendida de utilidade. A imputabilidade, contemporânea ao delito, pode não ser sujeito de Direito Penal, por incapacidade surgida durante a fase de relação processual, como na superveniência de doença mental, conforme preceitua o art. 152 do Código de Processo Penal: “Se se verificar que a doença mental sobreveio à infração, o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça.”.

Responsabilidade, no-lo ensina Magalhães Noronha (*Direito penal*, Saraiva, 1980, v. 1, p. 172, n. 100), “é a obrigação que alguém tem de arcar com as consequências jurídicas do crime. Ela depende da imputabilidade do indivíduo, pois não pode sofrer as consequências do fato criminoso (ser responsabilizado) senão o que tem a consciência de sua antijuridicidade e quer executá-lo”.

Eis o quadro sinóptico dos limitadores e modificadores da capacidade civil e da imputabilidade penal, que interessa à Medicina Legal, consoante as legislações civil e penal brasileiras:



14.2.1. Idade

É importante fator de limitação e modificação da responsabilidade penal e da capacidade civil, convindo em sua análise distinguir o aspecto criminal e o aspecto civil.

a) *Aspecto criminal* — A idade é atenuante dos 18 aos 21 anos, nos delitos comuns, por imaturidade psíquica coincidente com a incompleta fixação do esqueleto, e a partir dos 70 anos, por reconhecer a lei dificuldade biológica na classificação dos velhos e entender que a idade avançada provoca nos mesmos, constantemente, alterações fisiológicas da lucidez, atitude, tendências, afetividade e vitalidade, tendendo o criminoso senil a tornar-se menos perigoso.

O art. 27 do Código Penal e o art. 228 da Constituição Federal dispõem que até os 18 anos os menores são penalmente inimputáveis, ficando, porém, sujeitos aos preceitos estabelecidos por legislação especial. Então, embora penalmente inimputáveis dos 14 aos 18 anos, os menores delituosos sofrerão processo especial, após o que o juiz determinará sua internação para orientação educacional, ou, se o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá a autoridade submeter o menor a tratamento ambulatorial por tempo indeterminado, em prazo mínimo de 1 a 3 anos, até que perito médico confirme a cessação da periculosidade. Ao juiz é dado converter o tratamento ambulatorial em internação do agente menor de 18 e maior de 14 anos, em estabelecimento dotado de características hospitalares, se essa providência for necessária, para fins curativos. O internando jamais poderá ultrapassar a idade de 21 anos.

Nenhum menor de 18 anos irá para prisão comum, ficando sempre amparado pelo juízo especial.

O menor de 14 anos ficou excluído do direito repressivo, sendo vedado, portanto, submetê-lo a processo penal de qualquer espécie (art. 110 do Estatuto da Criança e do Adolescente), mas, também, receberá tratamento médico e educacional adequado às suas necessidades, por determinação do juiz de menores. Acertou o legislador pátrio assim agindo, pois o menor delinquent, que deveria ser preocupação maior do Estado e retirado das ruas, é um infeliz que, pela boa orientação e trabalho, pode ser reeducado e tornar-se útil à sociedade. Somos dos que pensam e propugnam que, embora útil a assistência tardia, a profilaxia da delinquência juvenil melhor se faria pela assistência real e precoce do Estado aos menores desvalidos da sorte, enteados da incultura e da miséria, pela sua reeducação e trabalho nas fazendas-escola e nas indústrias-escola e não nas escolas do crime, como, por exemplo, a antiga Febem. Aqui se aplica sabiamente o refrão: antes tarde do que nunca.

Nos dias atuais, de conformidade com a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, o adolescente que comete algum ato infracional (conduta descrita como crime ou contravenção penal) responderá a uma sindicância em forma de verdadeira instrução criminal, com oitiva da vítima, de testemunhas, objetivando a busca do princípio da verdade real do próprio adolescente, e recolhimento das provas necessárias incidentes, aplicando-lhe o Juiz da Infância e da Juventude, ou o Juiz que exerce essa função, na forma da Lei de Organização Judiciária local (art. 146 do Estatuto da Criança e do Adolescente), afinal, uma das medidas socioeducativas previstas no dispositivo 112 do referido *statutum*.

Dando cumprimento ao princípio constitucional do *due process of law*, determina o art. 207 que o adolescente a quem se atribua a prática de ato infracional, ainda que ausente ou foragido, será assistido e defendido por advogado nomeado ou constituído.

O Estatuto da Criança e do Adolescente visa ao bem-estar do *adolescens*, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, e acesso à cultura, à dignidade, ao lazer etc., e não, como se fora Direito Repressivo, puni-lo. Assim é que estão previstas no art. 112 uma série de medidas, como internação em estabelecimento educacional, tratamento individual e especializado em locais apropriados, acompanhamento por assistentes sociais, objetivando a sua reeducação.

Em nenhuma hipótese será aplicada a internação, havendo outra medida adequada (§ 2.º do art. 122).

Não obstante os procedimentos previstos no estatuto, também se aplicam, subsidiariamente, as normas gerais descritas na legislação processual pertinente.

A criança, ou seja, pessoa até 12 anos de idade incompletos, cabe a aplicação das medidas específicas de proteção estatuídas no art. 101, e aos que detêm a guarda da criança e/ou do adolescente, as medidas inopinentes aos pais ou responsável, consoante o art. 129 e seu parágrafo único e o art. 130 do Estatuto ora comentado.

b) *Aspecto civil* — No Código Civil, Parte Geral, art. 3.º, I, os menores de 16 anos são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, sendo-lhes, portanto, interdito testar, testemunhar em testamentos etc. Dos 16 aos 18 anos, são relativamente incapazes a certos atos (art. 171, I), ou à maneira de exercê-los (art. 4.º, I, do CC). O homem e a mulher com 16 anos podem casar, exigindo-se autorização de ambos os pais, ou de seus representantes legais, enquanto não atingida a maioridade civil (art. 1.517 do CC).

A menoridade cessa aos 18 anos completos, idade em que o indivíduo, dotado de personalidade sadia e íntegra, é responsável pelos seus atos e capaz diante da vida civil. Desse modo, a plenitude da capacidade ocorre aos 18 anos, nos termos do art. 5.º do Código Civil. Se o indivíduo nasceu num ano bissexto, a 29 de fevereiro, a maioridade se dará no décimo oitavo ano, a 1.º de março. Se ignorada a data do nascimento, invocar-se-á perícia médico-legal para determinação da idade; persistindo a dúvida, pender-se-á pela capacidade (*in dubio pro capacitate*) de exercício ou de fato, ou seja, a autoridade reconhecerá ao indivíduo aptidão para ser sujeito de direitos e obrigações, e exercer, por si ou por outrem, atos da vida civil.

A incapacidade do menor também cessará pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver 16 anos completos; pelo casamento; pelo exercício de emprego público efetivo; pela colação de grau em curso de ensino superior; pelo estabelecimento civil ou comercial; ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com 16 anos completos tenha economia própria (art. 5.º, parágrafo único, do CC).

Fastidioso que pareça, compensa ressaltar que, embora civilmente emancipado pelo casamento, continua o menor de 18 anos sujeito à jurisdição especial de menores, pois a menoridade criminal nada tem que ver com a emancipação ou maioridade civil resultante da convalidação matrimonial ou de outros fatos.

A capacidade civil pressuposta pela emancipação que ocorre aos 18 anos não deve ser confundida com a idade-limite para alistamento militar, nem com a eleitoral. Para efeito do alistamento militar, cessará a incapacidade do menor na data em que ele completar 17 anos (art. 73 da Lei n. 4.375, de 17-8-1964, e art. 239 do Dec. n. 57.654, de 20-1-1966). De acordo com o art. 14 da Constituição de 1988, são eleitores obrigatoriamente todos os brasileiros maiores de 18 anos, e facultativamente os maiores de 16 e menores de 18 anos.

Por último, o art. 1.641, II, do Código Civil impõe a separação de bens do casamento da pessoa maior de 60 anos.

14.2.2. Sexo

“Tota mulier est in ovaris.”

A lei admite o sexo como limitador e modificador da capacidade civil e não da responsabilidade penal.

No âmbito civil, o homem e a mulher com 16 anos poderá casar mediante autorização de ambos os pais, ou de seus representantes legais, nos termos do art. 1.517 do Código Civil. Já o art. 1.523 desse mesmo diploma prevê causa suspensiva recomendando que não devem casar a viúva, ou a mulher cujo casamento se desfez por ser nulo ou ter sido anulado, até 10 meses depois do começo da viuvez, ou da dissolução da sociedade conjugal, para evitar a chamada “mistura de sangues” (*turbatio sanguinis*), salvo se antes de findo esse prazo sofrer aborto ou der à luz algum filho. No passado, enquanto subsistisse o vínculo conjugal, eram as mulheres consideradas relativamente incapazes pelo nosso diploma legal, porém, atualmente, mercê ao movimento feminista, as restrições civis foram progressivamente deixando de tolhê-las. A Convenção Interamericana de Bogotá, em 1948, da qual o Brasil participou, culminou por excluir-lhes a incapacitação relativa, ampliando os atos que elas podem exercer sem autorização do marido, como objeto de estabelecer uma equiparação relativa dos direitos e dos deveres dos cônjuges, outorgando-lhes os mesmos direitos civis de que goza o homem.

A constituição morfofisiopsíquica da mulher é diferente da do homem. Ademais, todos os períodos críticos da idade feminina (puberdade, gestação, parto, puerpério, lactação, climatério) e anomalias menstruais (amenorreia, dismenorreia, hipomenorreia, hipermenorreia, metrorragia) atuam em graus distintos no psiquismo em algumas mulheres determinando modificações variáveis do humor, da consciência, a emotividade exaltada despersonalizando-as, muita vez.

Essas alterações orgânicas desencadeiam, comprovadamente, perturbações psíquicas e/ou da saúde mental apenas em mulheres predispostas, por sua natureza fisiológica.

Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações não somente na esfera civil, mas, também, no âmbito criminal. Outrossim, não faz o Código Penal vigente nenhuma diferenciação para a *feminae* delituosa, a qual, a modo do criminoso masculino portador de doença mental ou mentalmente perturbado, será considerada pelo probo julgador inimputável ou semi-imputável, nos termos do art. 26 e seu parágrafo, conforme apontar o diagnóstico psiquiátrico–pericial. O que conta, então, é o estado mais grave ou menos grave, e substancial do fluir mental do agente na ocasião em que perpetrar o delito.

Não se admite o sexo, portanto, como modificador da imputabilidade penal. A excepcionalidade apontada no infanticídio não é beneplácito concedido especificamente à condição da mãe criminosa ser mulher, mas, sim, por encontrar-se mentalmente perturbada durante o parto ou logo após. Nesse diapasão, é de se lembrar o art. 134 do Código Penal: “Expôr ou abandonar recém-nascido para ocultar desonra própria”, pois, não é apenas a mãe que concebeu ilicitamente que pode cometer o delito, mas “também o pai incestuoso ou adúltero” (Damásio E. de Jesus, *Direito penal*, 1979, v. 2, p. 166) ou “ainda outros parentes próximos” (Andrés A. Balestra, Abandono e exposição de incapaz, *Enciclopédia Saraiva do Direito*, v. 1, p. 236).

14.2.3. Emoção e paixão

“Não se coloque entre o dragão e sua presa.”

(William Shakespeare, in *Rei Lear*)

A emoção e a paixão particularmente vívidas são geradas pelo *sistema límbico* (*arquipallium*), região cerebral constituída pelo tálamo, hipotálamo, amígdala, hipófise e hipocampo. Com efeito, descargas elétricas no *sistema límbico* às vezes desencadeiam sintomas semelhantes aos das psicoses ou aos produzidos por drogas psicodélicas ou alucinógenas.

A hipófise, verdadeira maestra na regência das funções das demais glândulas endócrinas do organismo, constitui parte íntima da região límbica. O

desequilíbrio de suas funções determina mudanças de humor, indicativas da ligação do sistema límbico com os estados mentais.

A amígdala é uma pequena inclusão no *sistema límbico*, em forma de amêndoa, que está profundamente implicada, tanto na agressividade quanto no medo. A estimulação elétrica da amígdala de animais domésticos tranquilos pode desencadear-lhes estados incríveis de terror ou de agitação frenética. Por outro lado, a extirpação experimental da amígdala do *sistema límbico* torna os animais de natureza feroz, como o linco, o tigre, o leopardo, extremamente dóceis e suscetíveis de se deixarem acariciar, à semelhança de animais domésticos.

Estes, contudo, não são os únicos sistemas envolvidos. Existe, ainda, no hipotálamo o *sistema hipotalâmico ventral*, o qual parece estar associado com formas de comportamento além de luta ou fuga, reações que amiúde só ocorrem em situações de emergência. Este sistema permite ao indivíduo aprender a regular o seu comportamento de modo a evitar a estimulação desagradável do sistema límbico, objetivando evitar conflitos. Acredita-se que o *sistema hipotalâmico ventral* também regula o comportamento submissivo dos indivíduos.

Uma parte pelo menos do papel determinador da emoção e da paixão nos sistemas endócrinos límbicos, como a hipófise, a amígdala, o hipotálamo, é proporcionada através de pequenas proteínas hormonais — das quais a mais conhecida é o ACTH (hormônio adenocorticotrópico) —, que afetam diversas funções mentais, como a retenção visual, a ansiedade e o prazo da atenção. Já foram fotografadas e isoladas, com auxílio do microscópio eletrônico, pequenas proteínas hipotalâmicas no terceiro ventrículo cerebral, que liga o hipotálamo ao tálamo, região também compreendida no *sistema límbico*.

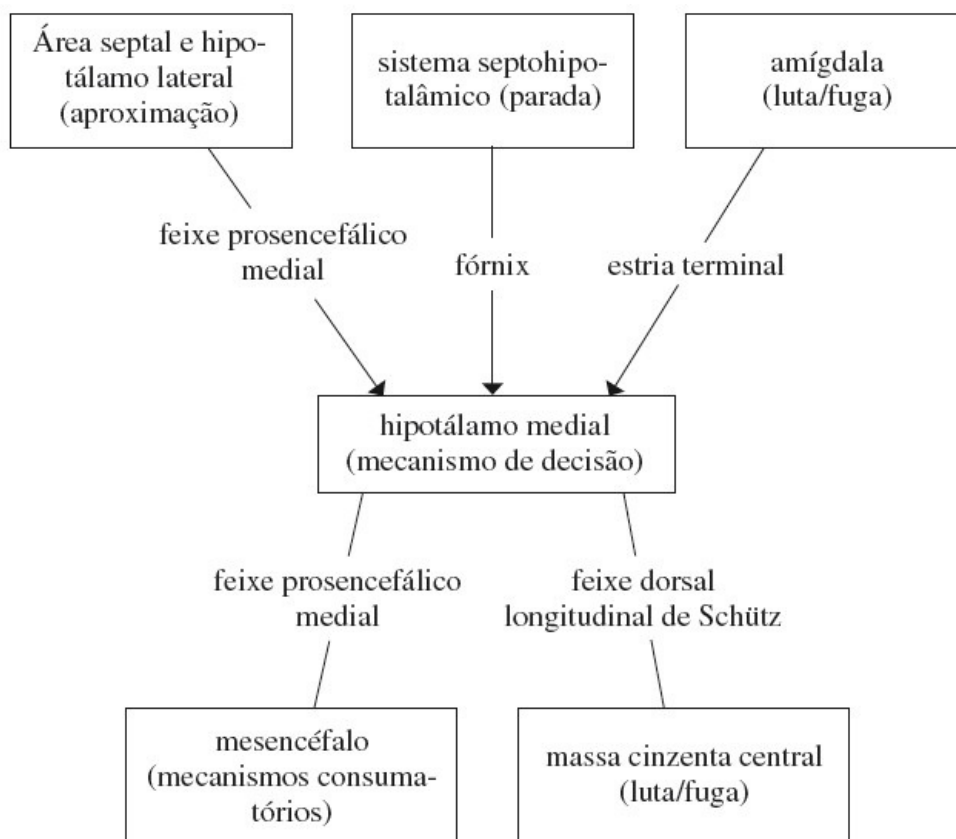
Foi recentemente descoberto que substâncias idênticas ou similares às liberadas nas sinapses do sistema nervoso vegetativo e periférico estão no *cerebrum*. Como exemplos:

- a) a *noradrenalina*, importante transmissor sináptico no cérebro, nas terminações nervosas, parece ser o transmissor do sistema ativador límbico;
- b) a *acetilcolina*, que, além de transmissor sináptico em determinadas áreas do cérebro, atua no sistema hipotalâmico ventral mediano, que, sabe-se hodiernamente, está associado ao “comportamento preventivo de traumatismos”;
- c) a *dopamina*, transmissor sináptico da mímica involuntária de comunicação.

Os aspectos altruísticos, emocionais e religiosos do comportamento são determinados, em grande parte, pelo *sistema límbico*, que, não sendo apanágio da espécie humana, permite o compartilhamento desses sentimentos com nossos antepassados mamíferos primatas e não primatas e, possivelmente, com as aves. Desse modo, o amor parece ser uma invenção dos mamíferos, como bem observou Carl Sagan.

Há exceções, no entanto. Citamos, como exemplo, o crocodilo-fêmea (réptil) do Nilo, que alberga cuidadosamente sua ninhada na boca e a carrega para as águas relativamente mais seguras do rio, enquanto o leão-macho (mamífero) Serengeti, num acesso de ciúme, mata todos os filhotes. De qualquer modo, os mamíferos, em geral, devotam muito mais cuidados com a cria do que os répteis.

É útil saber que o mau funcionamento do *sistema límbico*, tanto por hipo quanto por hiperestimulação natural ou artificial, pode produzir a ira, o medo ou um excesso de sentimentalismo, podendo os indivíduos afetados ser tomados erroneamente por loucos, mas que, também, é neles que se forma a violenta emoção a que se refere a lei.



Três circuitos límbicos relacionados com estados de comportamento emocional (J. A. Gray, *The structure of emotions and limbic system*, 1972).

A emoção e a paixão são estados somatopsíquicos em ato potencial, uníssonos qualitativamente, diferenciados apenas pelo tempo — que é sempre fugaz na emoção e duradouro na paixão —, capazes de, na vigência de terreno mórbido predisponente e sob influência do temperamento, da raça, da idade e do sexo, mediante estímulos internos ou externos, desencadear reações emotivas ou passionais de intensidade variável. E porque “las fronteras de lo psíquico coinciden en absoluto con las de lo vivo” (Max Scheler).

Tanto a emoção como a paixão atuam no organismo alterando a frequência do pulso, o débito e os batimentos cardíacos, os movimentos respiratórios, a sudorese, a diurese (e algumas vezes, mas nem sempre, gerando aumento na glicemia e na acidose sanguínea e, mais frequentemente, dos ácidos graxos livres) e as funções psíquicas, inibindo voluntariamente a inteligência e determinando o automatismo. Porém, só a *emoção patológica* causa a inconsciência completa, com perda da memória nos predispostos. Por isso é que o Código Criminal em vigor, em seu art. 28, I, não considera a emoção ou a paixão excludentes de imputabilidade penal, porém reconhece atenuação da pena ao agente. Também assim dispõe o art. 121, § 1.º, e os arts. 129, § 4.º, e 65, III, c, desde que a ação delituosa resulte da “violenta emoção, logo em seguida à injusta provocação da vítima”.

“Para que ocorra o homicídio privilegiado, a emoção deve ser intensa, o que se infere do comportamento do agente antes, durante ou após a ação. É necessário, também, que a reação se exerça *in continenti* e não *ex intervallo*. Daí dizer o texto legal, *logo em seguida à injusta provocação da vítima*” (RT, 390:102, 420:93, 460:312; RJTJSP, 25:487).

“O pequeno tempo decorrido entre a provocação injusta da vítima e a agressão por parte do réu, despendido por este para se armar e voltar ao local do crime, não afasta a violenta emoção que o dominava. Para a figura prevista no § 1.º do art. 121 do CP não se reclama atualidade, mas uma sequência compatível com o estado emocional” (RT, 394:82).

“A expressão *logo em seguida*, constante do art. 121, § 1.º, do CP, tem que ser entendida, à luz da psicologia moderna, como a emoção que estala em consequência de injusta provocação, logo depois de acontecida a injusta provocação, ou logo depois de renovada a mesma motivação emocional. Assim é que, segundo se sabe, as emoções podem ser revividas, já que a memória não é puramente intelectual, mas também retém a carga emocional. A renovação da mesma emoção pode-se dar simplesmente à vista do ofensor, justificando-se o mesmo estado emocional que ocorrera no primeiro momento, com toda a intensidade, a ponto de autorizar a diminuição da responsabilidade criminal do agente” (JTACrimSP, 4:18).

Observa-se, assim, que a emoção e a paixão não são dirimentes de crimes, porém, embora não excluam a responsabilidade penal, podem, atendidas determinadas circunstâncias, justificar redução da pena.

Para determinar a capacidade de imputação o Código Penal exige:

a) ato injusto e provocação da vítima, desencadeante de violenta emoção capaz de obnubilare os sentidos. Desse modo, existência de emoção por parte do acusado não basta a seu reconhecimento, pois não se pode outorgar privilégios aos irascíveis ou às pessoas que facilmente se deixam dominar pela cólera e praticam por da cá aquela palha atos de violência. Nesse entendimento: *RT, 572:325*;

b) que o agente pratique o ato delituoso logo em seguida à injusta provocação. Não há falar, então, em *homicidium privilegiatum* se a reação não se exerceu *in contumacia* ao ato injusto e provocador da vítima, mas *ex intervallo*, para evitar se crie um escopo sistematicamente favorecedor a criminosos. Nesse sentido: *RT, 390:102, 460:312; RJTJSP, 25:487*.

Desse modo, não age em legítima defesa, e, sim, sob o domínio de emoção decorrente de ato injusto e provocador da vítima, o agente que, depois de ser estapeado por esta, ao invés de reagir prontamente, afasta-se do local para apanhar uma arma qualquer e, em seguida, para o revide. No sentido do texto: *RT, 592:325*.

O art. 26 do Código Penal prescreve inimputabilidade penal se o crime for deflagrado por doente mental ou portador de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, e se o agente for inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ao tempo da ação, demonstrada obrigatoriamente através do exame de sanidade mental realizado consoante a regência dos arts. 149 *usque* 154 do Código de Processo Penal.

Não pode, assim, o exame psiquiátrico ser suprido por outros meios de prova ou pela inspeção pessoal do julgador. Nesse sentido: *RTJ, 63:70*.

14.2.4. Agonia

Interessa à Medicina Legal para informar à Justiça, alicerçada em provas sólidas e inabaláveis, sobre a presunção da capacidade civil dos caquéticos e dos moribundos lúcidos, ou seja, que não estejam em estado de delírio ou de sonolência, permitindo-lhes a lei, nesses casos, testar, casar *in extremis*, doar, testemunhar.

Moribundo é todo indivíduo nas proximidades da morte, nas “vascas da agonia”.

A legislação exige lucidez, isto é, que o indivíduo, para realizar certos atos da vida civil, esteja em seu perfeito juízo e em condições de expressar a sua vontade. Tornar-se-á, portanto, completamente destituído de valor ato de última vontade feito por interdito ou pelos incapazes de testar previstos no art. 1.860 do Código Civil.

Enfermidade grave ou idade avançada não são, por si só, impedimentos da realização desses atos da vida civil, desde que a mente não esteja afetada, nem se haja instalado processo de involução senil. Assim também a proximidade da morte: os atos civis terão validade mesmo se elaborados momentos antes do óbito, desde que o indivíduo, são de espírito, manifeste consciência e discernimento e perfeito juízo.

Como só após a morte do moribundo herdeiros poderão questionar sobre a validade do ato de última vontade, reconhece-se boa praxe, na lavratura de documentos públicos de agonizante lúcido, a presença de médico, se possível especialista, e de testemunhas idôneas (art. 1.864, II, do CC), para ajuizarem, de comum acordo, das plenas faculdades psíquicas, e a atuação voluntária (*voluntatis nostrae*) sem influência estranha, pressuposta no Código.

14.2.5. Sono e sonhos

“Nós, homens, somos muito velhos

Nossos sonhos são lendas

Contados no Éden sombrio.”

(Walter de la Mare, in *All that's past*)

O sono e os sonhos são estados fisiológicos cerebrais peculiares aos seres humanos, a todos os primatas e a quase todos os outros mamíferos e aves, podendo, possivelmente, estender-se até os répteis. São, portanto, muito antigos.

A neurofisiologia descreve três estados mentais principais nos seres humanos: vigília, sono e sonho, comprovados pelo eletroencefalograma, que registra padrões bem distintos das ondas cerebrais durante os mesmos. Classifica eletroencefalograficamente o sono em dois tipos: *sono sem sonhos* (sono de onda lenta) e *sono com sonhos* (sono paradoxal).

No organismo acordado, durante um prolongado espaço de tempo, o sono é desencadeado pela produção de substâncias neuroquímicas, que, atuando no tronco cerebral ou ponte rombencefálica, literalmente forçam-no a dormir. Tem sido demonstrado experimentalmente que os animais privados de sono geram essas moléculas neuropsíquicas no líquido cefalorraquidiano, o qual, injetado em animais perfeitamente despertos, provocam-lhes o sono.

Michel Jouvet, neurologista da Universidade de Lyon, indica o tronco cerebral ou ponte rombencefálica como o centro do sono. Por seu turno, Penfield desencadeou um estado de vigília semelhante ao dos sonhos destituídos de seus aspectos simbólicos e fantasiosos pela estimulação elétrica do lobo temporal, e, abaixo deste, no neocórtex e na amígdala do complexo límbico, nos epiléticos. Inversamente, descargas elétricas sobre a amígdala de indivíduo sadio podem provocar crises epileptiformes. A estimulação elétrica pode, ainda, desencadear grande parte do conteúdo afetivo dos sonhos, inclusive o medo.

William Dement, psiquiatra da Universidade de Stanford, estudando o estado onírico detectado por eletrodos fixados às pálpebras durante o sono, observou que, nos sonhos, ocorrem movimentos oculares rápidos (MOR) e um padrão peculiar de ondas cerebrais no eletroencefalograma. Esse autor descobriu, ainda, observando o MOR e o eletroencefalograma, que todos os indivíduos, mesmo os que não se recordam de ter sonhado, sonham; e, quando despertados no período inicial da manifestação do MOR, admitem, surpresos, que sonharam. Por último, afirma que os homens e os mamíferos sonham frequentes vezes durante o mesmo sono.

Os sonhos parecem representar primariamente uma função evolutiva precoce e fundamental dos mamíferos. Assim é que os sonhos são mais vívidos nos recém-natos, que passam quase o tempo todo sonhando. Nos prematuros o período de sonhos representa mais de 3/4 do tempo total de sono. Há indícios de que o feto, na vida intrauterina, pode passar o tempo todo sonhando.

O sono paradoxal é necessário e de fundamental importância para a saúde e sobrevivência do indivíduo, pois, quando seres humanos ou outros mamíferos são acordados assim que surgem os padrões característicos do MOR e do EEG, a frequência de sonhos se eleva por noite e, persistindo ininterruptamente o período de privação do sono por alguns dias, ocorrem alucinações, quer dizer, sonhos acordados, perturbações mentais e mesmo morte.

O sono normalmente não é modificador da capacidade de imputação. Há casos, no entanto, de indivíduos nervosos e sugestionáveis que, sob influência de sono e sonhos anormais, cometem inconscientemente atos de várias espécies, até mesmo violentos.

O sono anormal poderá ser invocado como atenuante, dirimente ou agravante.

Será atenuante ou dirimente se for possível alegar a favor do agente as circunstâncias previstas no art. 26 e seu parágrafo do Código Penal, e agravante se o fato criminoso (lesão corporal, homicídio, estupro) ocorreu aproveitando-se o agente do sono natural da vítima.

A perícia reveste-se de alguma dificuldade, objetivando constatar se o sono e os sonhos anormais são constantes no agente e/ou em pessoas da mesma família, o tempo de duração e as características do sonho, se terrífico ou não, se o fato ocorreu durante o sono, e a atitude de consciência do indivíduo, acordado, diante do fato, sem esquecer que muitos sonhos são seguidos de amnésia. Apurará, ainda, possível histeria ou epilepsia.

A simulação é possível.

Atente-se para o depoimento de testemunhas tresnoitadas, presas de emoção.

A literatura é pródiga a respeito da chamada “embriaguez do sono”. É esta fase que precede ou subsegue o sono, na qual as percepções do mundo exterior não estão ainda completamente restabelecidas pelo retorno da vigília. Nesse estado de semivigília, ou *dormiveglia* dos autores italianos, o indivíduo vê e entende; porém, os sentidos da visão e da audição, em vez dos objetos reais, apreendem tão só as impressões ilusórias, espectros produzidos pela própria fantasia, podendo o acordado abrupto originar reações confusas que duram desde alguns segundos até poucos minutos, desconhecimento delirante ou ilusório da realidade, angústia afetivo-impulsiva, capazes de levar o sonolento a cometer graves delitos, voltando-se, às vezes, contra os que dele estiverem mais próximos, por os julgar seus inimigos imaginários. Depois ocorre completo restabelecimento da consciência.

A exemplo, o conhecido caso de Bernardo Schidmaidzig que, despertado repentinamente, vislumbra uma figura espectral dirigindo-se em sua direção; aterrizado, como que dotado de u’a mola, levanta-se de inopino e, antes ainda de ter recobrado a claridade da consciência e de orientação, portanto, “embriagado pelo sono”, toma de um machadinho e mata sua mulher, adormecida a seu lado.

E o do soldado, adormecido em estado de alerta, que, ouvindo o toque de clarim anunciando a alvorada, supôs um inesperado ataque do inimigo, sacou sua arma e atingiu os que se achavam em derredor de si.

Descartada a possibilidade de tratar-se de um estado de sono alcoólico, um estado crepuscular epilético ou um estado crepuscular psicógeno, restando demonstrado ter o delito sido cometido estando o agente “embriagado de sono”, será ele considerado como irresponsável, posto que seus atos são “puramente maquinais e não estão dirigidos por uma vontade racional nem pela consciência das próprias operações” (Carrara).

14.2.6. Sono patológico

Sono é um estado fisiológico normal, periódico, caracterizado pela redução da atividade corporal, relaxamento natural dos órgãos dos sentidos e do tônus muscular, postura horizontal e, muita vez, semissentada, e suspensão do estado consciente.

O *sono patológico* compreende o *sonambulismo* e o *hipnotismo*.

a) *Sonambulismo* — Sintoma de perturbação mental, mais comum na infância que na idade adulta, é um sonho que se executa durante o sono.

O sonambulismo é fase inconsciente enquadrada entre o sono natural e o patológico, verdadeiro estado de dissociação mental similar ao transe histérico, com

obnubilação de alguns sentidos, conservando, no entanto, o indivíduo atividade locomotora. Assim é que, embora dormindo, levanta-se do lugar onde repousa, e, com os olhos abertos, guiado pelo sentido da visão, deambula evitando os objetos interpostos em seu caminho.

Importa saber que o sonâmbulo tem o sentido tátil exaltado, vendo, ouvindo e entendendo apenas o que se refere ao sonho (por isso é que, interpelado, não responde), em geral reconhecendo inconsciência na prática dos atos, pois, na manhã seguinte, acordado, não guarda lembrança do ocorrido.

Não se confunde sonambulismo e semissonambulismo.

Semissonambulismo é automatismo do sono no qual o indivíduo adulto, meio desperto, influenciado por rotina bastante complexa, pratica atos simples como abrir janelas e olhar para fora, recordando a *posteriori*, apenas uma parte do episódio.

É muito raro, quase inadmissível, que o noctambulismo se produza como fato isolado e que um indivíduo que nunca o apresentou, quer na sua infância, quer em sua mocidade, se torne sonâmbulo, de um momento para o outro, sem mais aquelas, ou apenas sob a forte impressão fugaz de um *momentum*. Contrariamente, até certo grau merecem crédito os casos em que se aliam as condições de hábito, de idade, de hereditariedade a uma exaltação moral muito viva ou suficientemente intensa para determinar um acesso sonambólico. Foderè (*Traité de médecine legale*, 1813, v. 1, p. 250) aponta o caso de um monge sonâmbulo que, em se inimizando com um seu confrade, armou-se de uma faca e adentrou-lhe o quarto desferindo vários golpes contra o leito, só não se consumando o intento assassino porque seu desafeto lá não se encontrava; após, saiu, fechou a porta e retornou, ainda sonambulando a seu quarto, consoante testemunha ocular.

É bem de ver, então, que em situação de noctambulismo se podem cometer atos delituosos; *in casu*, porque o sonambulismo modifica a capacidade de imputação, os julgadores têm optado pela irresponsabilidade, e pela inexistência de culpabilidade *subsequens*, mesmo que haja ratificação do agente.

O perito não descartará a possibilidade de simulação, atendo-se aos antecedentes do examinando, sua idade, estados mórbidos (neuroses, epilepsias, *disritmia*) e aos informes circunstanciais auxiliares na elucidação da ocorrência.

b) *Hipnotismo* — É um processo para produzir, por sugestão, um estado de transe que submete o hipnotizado, *até certo ponto*, à influência do hipnotizador.

Trata-se, segundo Solovey de Milechnin, de “uma forma de proteção psíquica que ativa, regressivamente, padrões iniciais de comportamento”.

Segundo Schneck, é “um fenômeno regressivo, conduzindo o indivíduo ao mais primitivo nível de funcionamento psicofisiológico”.

Cuida-se de um desdobramento da personalidade obtido sob influência de sugestões verbais, sons monótonos prolongados ritmicamente, compressão de *zonas hísterógenas*, fixação de objeto em movimento pendular, fixação de objeto luminoso (reflexo de Braid), com variados estados de sono.

É o sonambulismo provocado.

Charcot, psiquiatra da Escola de Salpêtrière, na França, admite três estados de hipnose: a letargia, a catalepsia e o sonambulismo. Para nós, *data venia*, essas famosas fases hipnóticas de Charcot não existem ou, então, mesclam-se sem delimitação e foram inventadas por ele, aplicadas aos seus indivíduos histéricos, e aceitas pelos discípulos graças à potente influência sugestiva do Mestre.

Para alguns, a hipnose só é possível nos histéricos e neuróticos, negando ser o hipnotizado autômato nas mãos do hipnotizador. Para outros, a hipnose não é de causa neurótica, mas sim fato fisiológico; é um sono que pode ser provocado em indivíduos sãos. Existe ainda quem pretenda conciliar as divergências. Modernamente, admite-se que o hipnotizado só fará o que for capaz de fazer no estado normal. Nesse sentido, a prática tem demonstrado que o hipnotizado, mentalmente sadio, reage e acorda mediante sugestões e ordens verbais contrárias aos seus princípios éticos e morais. Talqualmente, não foi até os nossos dias registrado, na crônica policial, nenhum crime cometido inofensivamente por sugestão hipnótica.

Dessa forma, não se pode aceitar como atenuante ou dirimente alegação de estado hipnótico ao indigitado autor de crime. Será, no entanto, agravante se a vítima do atentado criminoso se encontrar hipnotizada.

O perito, minucioso e consciente, estará sempre atento para a hipótese de simulação.

14.2.7. *Surdimutismo*

O surdimutismo, como a afasia, resulta de uma parada de desenvolvimento ou de lesão grave de área cerebral, o que confere ao mouro-mudo deficiência mental limitadora e modificadora da capacidade civil e da responsabilidade penal.

O Código Civil, art. 3.º, III, é lapidar a respeito, quando diz serem absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil “os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”, ficando sujeitos à curatela, nos termos do art. 1.767, II. Já o art. 1.772 do mesmo diploma dispõe que: “Pronunciada a interdição das pessoas a que se referem os incisos III e IV do art. 1.767, o juiz assinará, segundo o estado ou o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela, que poderão circunscrever-se às restrições constantes do art. 1.782”. Prescreve, por fim, o art. 1.776 que, havendo meio de recuperar o interdito, o curador promover-lhe-á o tratamento em estabelecimento apropriado.

A surdo-mudez, todavia, só por si não é suficiente para determinar a incapacidade, obrigando-se para tal que não possa o deficiente, por modo algum, manifestar a sua vontade.

O Código de Processo Penal, art. 192, I, II e III, determina o modo empregado em interrogatório do surdo, do mudo e do surdo-mudo, devendo para isso a perícia solicitar a colaboração de intérprete tradutor da linguagem mímica ideogramática desses deficientes. É vedado ao juiz prescindir de intérprete do réu surdo-mudo analfabeto, pois há exigência de que seja dada às respostas mímicas do deficiente, no interrogatório, a necessária publicidade, possibilitando-as torná-las inteligíveis também para o promotor público e para o defensor, nem sempre habilitados a entendê-lo.

Não podem os surdos-mudos ser testemunhas quando a ciência do fato que se quer provar dependa dos sentidos que lhes faltam (art. 228, III, do CC).

É possível a educação do surdo-mudo pela suplência dos sentidos. A exemplo, o tato, pondo o deficiente os dedos nos lábios das pessoas que lhe falam. Outro tipo de educação é obtido pela *leitura labial*, em que o surdo- -mudo aprende a diferenciar e a representar, reproduzindo palavras iguais emitidas por um instrutor, vendo-as através dos movimentos de sua boca. É importantíssima forma de aprender vendo o deficiente outrem falar.

Importa saber que a inferioridade mental do surdo-mudo não é removida pela educação, sendo ele sempre considerado um deficiente mental, estando a espécie subentendida no art. 26 do Código Penal, salvo se restar pericialmente demonstrado que agiu com discernimento. Mas, como indagava José Duarte (*Comentários à Lei das Contravenções Penais*, 1944, p. 257, n. 302), “como apurar o discernimento em quem não fala e não ouve”?

Atente-se, ainda, para a hábil simulação inerente ao surdimutismo, capaz de embaraçar a perícia. Objetivando desmascarar a simulação, hospeda-se o examinando num quarto em observação, sendo-lhe servida comida na hora exata. Porém, certo dia, a hora de uma das refeições será atrasada, fazendo-se, num cômodo contíguo, ruído de pratos e talheres. O simulador, excitado psiquicamente pela fome, ouvindo o rumor, concentrará sua atenção à sala contígua, desmascarando-se.

Outra observação importante: enquanto os surdos-mudos instruídos redigem com exata ortografia, os simuladores cometem erros ortográficos.

14.2.8. *Afasia*

É a impossibilidade de falar.

É a perda total ou completa da fala.

Conforme Dejerine, “o afásico é o indivíduo que, não sendo demente, nem tendo nenhuma alteração do órgão fonador (portanto, nem áfono, nem disártrico), nem cego, nem surdo, é incapaz de exprimir-se por meio de palavras ou da escrita, ou incapaz de compreender a palavra falada ou escrita”.

A *afasia* resulta de parada de desenvolvimento ou de grave lesão congênita ou adquirida, podendo, ainda, ser dependente de patologias nervosas ou mentais.

Raríssimos são os casos nos quais as lesões se situam isoladamente nas áreas corticais às quais se atribuem a localização dos centros dos engramas representativos da memória e dos engramas destinados a reconhecer os sons articulados (*área de Broca*, situada no sopé da circunvolução frontal ascendente), os sons em geral e os sons da linguagem (afasia de compreensão), localizada na *área de Wernicke*, situada na circunvolução temporal superior (*vide n. 14.2.8*).

Para o reconhecimento isolado da existência de afasia “é imprescindível que o examinando esteja consciente e cooperando com o exame, fato este pouco comum nos traumatizados com lesões encefálicas”, como lembra apropriadamente Rolando A. Tenuto (Exame neurológico do recém traumatizado cranioencefálico, in *Clínica cirúrgica*, por Alípio Corrêa Netto, São Paulo, Fundo Editorial-Procienc, v. 1, 1965).

Toda *afasia* pressupõe deficiência mental relativa, de graus variáveis, ou absoluta, que prejudica intelectualmente o afásico e o impede de comunicar-se com o meio, por faltar-lhe a faculdade de linguagem interior (afasia congênita), ou por lesão do centro cerebral da fala, na área 4 de Brodie (traumatismos, acidente vascular encefálico, tumor etc.). É exatamente o contrário do que ocorre na desordem da palavra chamada *disartria*, produzida por alterações dos neurônios motores que regem a motricidade dos músculos da laringe, véu palatino, língua, lábios, em que não se altera a “linguagem interior”, que permanece intata: o indivíduo apenas não consegue pronunciar as palavras, mas, sabe, perfeitamente, o que quer falar, e expressa a sua vontade por outros meios que não seja a fala.

Embora as legislações vigentes não façam referência expressa aos *afásicos*, evidentemente eles são enquadráveis no art. 26, no âmbito criminal, e nos arts. 3.º, II, 228, 1.767, II, 1.772 e 1.776, do Código Civil, sendo a afasia, portanto, estado mórbido modificador da *capacitas civilis* e da *capacitas de imputatio poenalis*. Há, no entanto, casos raros de afásicos, civilmente capazes, que podem exprimir conscientemente a sua vontade.

14.2.9. *Prodigalidade*

De *prodigere*, dissipar, desperdiçar, malbaratar, é a dissipação ou o malbaratamento da fortuna, capaz de comprometer os bens patrimoniais da pessoa, decorrente de doença mental.

Pródigo é o que, sem justificativa, esbanja insensatamente os seus bens e haveres, comprometendo a estabilidade econômica de seu patrimônio ou fortuna.

O Código Civil, art. 4.º, IV, impõe aos *pródigos* incapacidade relativa a certos atos ou à maneira de os exercer. Não lhes cerceia, contudo, a capacidade para exercer atos de mera administração (art. 1.782 do CC), ou de casar e exercitar os demais direitos de esposo e pai, “bem assim os de natureza profissional” (Limongi França).

Quando a prodigalidade for de molde a comprometer os haveres do psicopata, a curatela se impõe como medida acauteladora (art. 1.767, V, do CC). Já o art. 1.782 do Código Civil determina que “A interdição do pródigo só o privará de, sem curador, emprestar, transigir, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado, e praticar, em geral, os atos que não sejam de mera administração”.

14.2.10. Embriaguez

A embriaguez aguda, a embriaguez patológica e o alcoolismo crônico foram por nós estudados em capítulo à parte.

14.2.11. Toxicomanias

A) Definições

Tóxico é “qualquer substância de origem animal, vegetal ou mineral que, introduzida em quantidade suficiente num organismo vivo, produz efeitos maléficos, podendo ocasionar a morte”.

É bem de ver que qualquer droga, ou mesmo um simples medicamento, tomado em dose excessiva, poderá provocar uma intoxicação de efeito letal, a modo da conceituação de *tóxico*. Portanto, *tóxico* é muito mais sinônimo de *veneno* do que de substância que altere a normalidade mental ou psíquica, quando introduzida por uma via de acesso qualquer, no organismo.

Drogas tóxicas “são substâncias químicas naturais ou sintéticas, que têm a faculdade de agir sobre o sistema nervoso central, com tendência ao tropismo pelo cérebro que comanda o corpo, alterando a normalidade mental ou psíquica, desequilibrando a conduta e a personalidade”.

Toxicomania ou toxicofilia designa o hábito ao uso de narcóticos e/ou de psicotrópicos.

Toxicomania, segundo o Comitê dos Peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS), “é um estado de intoxicação crônica ou periódica, prejudicial ao indivíduo e nociva à sociedade, pelo consumo repetido de determinada droga, seja ela natural ou sintética”.

Tem como características:

“a) invencível desejo ou necessidade (obrigação) de continuar a consumir a droga ou de procurá-la por todos os meios;

b) tendência a aumentar a dose;

c) dependência de ordem psíquica (psicológica) e física em face dos efeitos da droga” (Hermes Rodrigues de Alcântara, *Perícia médica judicial*, Ed. Guanabara Dois, 1982, p. 151).

Dependência a uma droga é o condicionamento do indivíduo a ela. Quando o dependente escravizado à droga, por qualquer motivo, sofre supressão da substância tóxica, desencadeia-se nele a *síndrome* ou *reação de abstinência*. Esta, desatada pela supressão brusca da droga tóxica leva o usuário a tomar nova dose, cada vez mais frequentemente e em maior quantidade, instalando a total e irremediável dependência da qual sairá submetendo-se a rigoroso tratamento médico especializado, sem, contudo, propiciar que as consequências orgânicas já estabelecidas regredam.

Dependência psíquica é o estado manifestado por *compulsio psychikos* incontinida de consumir a droga, periódica ou continuamente, para obter prazer ou alívio de desconforto ou evitar um mal-estar.

Dependência física é o estado de adaptação que se manifesta pelo surgimento de intensos transtornos físicos ou síndrome de abstinência quando, seja por qual motivo for, a administração da droga é suspensa.

“De se entender por dependência um estado psíquico ou físico, resultante de interação entre um organismo vivo e uma droga, caracterizado pelo comportamento e outras respostas, que muitas vezes inclui uma compulsão a tomar a droga, contínua ou periodicamente, com o objetivo de experimentar seus efeitos psíquicos e algumas vezes evitar o desconforto de sua ausência. Irrelevante à configuração de dependência a existência ou não de tolerância à substância.

De se considerar viciado o indivíduo que apresenta um padrão de comportamento que requer o uso compulsivo de substância tóxica e caracterizado pela completa dependência, necessidade de assegurar o suprimento e grande tolerância à recidiva, após a supressão. Configura, assim, o vício, o extremo de um comprometimento progressivo devido ao uso da substância mais em relação ao sentido quantitativo do que qualitativo, no grau em que seu uso supre a atividade vital completa do viciado” (*JTACrimSP*, 27:436).

Viciado é o dependente da droga que não a comercia nem a distribui a outros viciados. *Data venia*, devemos dizer, atendo-nos à orientação exarada pela OMS, que o termo *viciado* caiu em desuso, tendo sido substituído pela palavra *dependente*, que melhor se adapta à legislação quando esta se refere “às substâncias entorpecentes, ou que determinem dependência física ou psíquica”.

“Na atual legislação brasileira sobre tóxicos não existe a semidependência” (*JC*, 22:578).

B) Etiologia

A miúdo, as toxicomanias têm início *iatrogênico*, por prescrição médica de medicamentos tranquilizantes e de estupefacientes (ou de anorexígenos) objetivando, respectivamente, efeito tranquilizador ou analgésico, *in casus*, na vigência de neuroses ou de psicopatias, ou de moléstia consuntiva com sintomatologia intensamente dolorosa. Devido a isso é que aos médicos se obriga estarem atentos ao receitar entorpecentes ou psicotrópicos, para alívio de dor ou de tensões emocionais, notadamente aos portadores de personalidade psicopata inferior, só o fazendo em última instância, quando outros medicamentos não preenchem a mesma finalidade, para evitar que seus pacientes se tornem dependentes. Excluem-se, obviamente, desta observação, o emprego continuado de narcóticos para o alívio de dor, aos portadores, como exemplo, de neoplasias malignas, em que o vício torna-se inevitável.

O vício, outrossim, também é frequentemente desencadeado pelo interesse em sentir os prazeres do chamado “paraíso artificial” descrito por Baudelaire, como uma maneira de compensar a insegurança que, amiúde, acomete os indivíduos com labilidade emotiva, volição débil e propensão à ansiedade, ou como mecanismo de fuga de frustrações ou de alguma situação desagradável. Principalmente nestes, a droga como que revigora a personalidade, exaltando-a durante algum tempo, conferindo-lhe ilusoriamente maior valoração. Destarte, o desejo de repetir esta experiência agradável leva o indivíduo com personalidade especialmente predisposta, inclusive como uma forma de fuga ligada à ansiedade e a uma angústia existencial, ao progressivo abuso das drogas, viciando-se.

14.2.11.1. Morfinomania

No Brasil é toxicomania frequente.

Morfinômano é todo aquele que se entrega ao uso habitual e reiterado da morfina.

A morfina é um alcaloide fenantrênico, isolado do ópio (suco resinoso extraído das corolas da flor da papoula — *Papaver somniferum* — amiúde produzidos na China, Irã, Turquia, Grécia e Iugoslávia), em 1805, por Serturmer, na Alemanha, que age, principalmente, sobre o sistema nervoso central, por uma combinação de efeitos depressores e estimulantes, e sobre a musculatura lisa, provocando contração.

Dessa forma, dependendo da dose, exerce a morfina ação narcótica, no homem, manifestada por analgesia, sonolência eufórica, incapacidade de concentração, raciocínio dificultoso, apatia, abulia, diminuição sensível dos movimentos respiratórios por influência direta sobre o centro bulbar, miose bilateral característica e sonhos eróticos, por muitas horas.

À exceção dos vasos sanguíneos, a morfina produz notável contração da musculatura lisa e do *musculus uterinus*, sem, contudo, interferir na dinâmica do parto.

Tanto o vício quanto a tolerância ocorrem, por mecanismo desconhecido, com a morfina, depois de cerca de duas semanas de uso contínuo da mesma dose do alcaloide; desse modo, os efeitos depressores desse narcótico sobre o sistema nervoso central só tornam a manifestar-se se a dose for aumentada. A euforia inicialmente experimentada também cedo desaparece, a menos que a dose seja continuamente elevada.

O morfinômano crônico padece de anorexia, com emagrecimento progressivo, passível de recuperação; há casos, entretanto, que se mostram rebeldes a toda forma de tratamento, em que o morfinômano evolui para uma grave caquexia, amiúde complicada com broncopneumonia ou com outras enfermidades. E de distúrbios vasculares, hiporreflexia, pupilas puntiformes, apatia e, às vezes, amoralidade, impudicícia e ausência de afetividade.

As mulheres morfinômanas perdem todo sentimento de pudor, entregando-se ao convite lascivo do primeiro homem que se lhe depara, objetivando angariar os meios de obter o estupefaciente e satisfazer a viva necessidade que as impele a morfinizar-se.

O morfinismo pode, excepcionalmente, conviver com um aparente bom estado de saúde e comportamento aceito socialmente. Na maioria das vezes, entretanto, trata-se de indivíduos molambentos, jerebas, mal-ajambrados, caborteiros, calaveiras, vis e perigosos que empregam meios astutos e até violência para obter o dinheiro necessário à compra da dose diária da droga, que se torna a meta de sua existência, vendida ilegalmente e, por isso, a custo elevado.

No envenenamento agudo pela morfina, ocorre cianose, verdadeira “fome de ar”, por intensa depressão respiratória, miose bilateral, hipotensão arterial, anormalidade cardiovascular e coma profundo.

Coma é síndrome caracterizada pela perda de consciência, da sensibilidade e da motilidade voluntária, com persistência da função cardiorrespiratória.

Neste estado de coma profundo (*carus* ou coma carótico) o morfinômano permanece insensível às mais variadas excitações, imóvel, completamente inconsciente, com respiração difícil, lenta e estertorosa. A morte sobrevém, nos casos fatais, dentro da primeira hora ou, mais comumente, seis a doze horas após a tomada do tóxico, em qualquer caso, por insuficiência respiratória, tipo Cheyne-Stokes, ou pelo *estado de choque*, ou pneumonia, ou edema agudo dos pulmões.

14.2.11.2. Heroïnismo

A heroína é a *diacetilmorfina*, droga intensamente tóxica derivada sinteticamente da morfina.

A heroína leva o indivíduo ao hábito, ou seja, à sujeição psíquica e emotiva à droga, mais facilmente do que a morfina.

Empregada usualmente por via hipodérmica, produz maior euforia e excitação, com doses menores do que as daquele alcaloide. Demais, embora tenha ação narcótica mais intensa que a da morfina, produz, também, maior excitação do sistema nervoso central.

O heroínômano, em geral, é astuto, vil, cacambeador, amoral e perigoso, pois a degenerescência psíquica e o alto custo do narcótico levam-no a cometer de cambalhada toda sorte de diatribes anti-sociais e até crimes, no afã de obter dinheiro para comprar a dose diária da droga.

14.2.11.3. Cocainomania

A cocaína ou *metil-benzoil-ecgonina* é um poderoso estimulante do sistema nervoso central obtido das folhas da *Erythroxylon coca*.

Seu efeito estimulante sobre a corteza cerebral desencadeia, no homem, ausência de fadiga (tanto que os indígenas peruanos que mascam folhas de coca aguentam longas caminhadas fatigantes carregando fardos excessivamente pesados sem demonstrar cansaço), carecimento de fome, aceleração do pulso, respiração rápida, insônia, aumento da atividade motora, sentimentos físicos e mentais estereotipados, loquacidade, excitação eufórica com conservação da inteligência e da consciência, e, amiúde, alucinações auditivas, visuais e táteis. Há indícios de que a ideação e a atenção aumentam. Numa fase posterior, cessado o efeito, ocorrem tristeza, melancolia, apatia, inapetência, cefaleia, diminuição do interesse pelo trabalho, falta de ambição, negligência na higiene pessoal, distúrbios cardíacos e respiratórios e uma intensa depressão cortical caracterizada por indisposição mental, exaustão física e dificuldade de concentração que pode, em alguns casos, levar ao suicídio, desenvolvendo paulatinamente na mesma ordem em que se instalou a manifestação do estado de exaltação; e, de permeio, comportamento estereotipado, ilusões paranoides, insanidade cocaínica e tendência à violência.

Duas são as vias pelas quais o cocainômano introduz a droga no organismo: hipodérmica subcutânea e aspiração nasal do pó de cocaína chamado “neve”.

A aplicação subcutânea repetida de cocaína produz vasoconstrição da pele, com prejuízo da nutrição dos tecidos, à qual sobreajuntam-se infecções, por falta de assepsia e pelo malfadado hábito que têm os viciados em narcóticos de utilizar, entre si, uma mesma seringa e agulhas mal esterilizadas. Muitos chegam ao absurdo de empregar, sem prévia e rigorosa esterilização, seringas e agulhas hipodérmicas encontradas ao acaso, em latas de lixo. Disto resultam abscessos cujas cicatrizes múltiplas nos sítios de injeção constituem sinais importantes para identificar um viciado em drogas.

A cocaína absorvida sob forma de pó, por inalação, pode perfurar ocasionalmente o septo nasal, consequente à isquemia tissular prolongada.

Distingue-se o cocainismo ocasional do cocainismo crônico.

Destarte, o cocainismo ocasional ou agudo varia em suas manifestações, conforme seja a dose utilizada e a tolerância individual. Modo geral, ocorre um estado de exaltação à medida que debilitam os elementos mais nobres da personalidade, como o sentido ético e a crítica, e passageira euforia erótica que pode transformar-se em um verdadeiro onirismo.

No cocainismo crônico observa-se amnésia, incapacidade de reevocação, ideação afetada, perturbações digestivas, alterações da crase sanguínea e parestesias periféricas dos membros.

Há uma forma superaguda de intoxicação cocaínica que evolui rapidamente para o colapso e morte, determinada pela ação tóxica direta da metilecgonina benzóica sobre a musculatura cardíaca.

“A reação letal ou não letal da cocaína em usuários depende de variados aspectos: a dose pode ser pequena para esse efeito, indo de 20mg, para ser fatal, enquanto a mesma dose letal para 50% da população é estimada em 1.200mg via intravenosa” (S. Cohen).

Insta dizer que o cocainômano é indivíduo sotreta que frequentemente se torna perigoso, por deterioração mental e pela imperiosa necessidade de obter o dinheiro gasto na manutenção de um fornecimento adequado do narcótico.

Outrossim, não é raro o delírio de ciúme, em virtude do qual estes doentes podem chegar a cometer delitos de sangue.

14.2.11.4. Canabismo

Também chamado maconhismo, ou diambismo, é o conjunto de fenômenos patológicos consequentes ao uso abusivo da *Cannabis sativa L* (outrora *Cannabis indica*) ou maconha.

A *Cannabis sativa L* é também chamada haxixe, charas, bhang, aliamba, liamba, marijuana, pacau, americana, bagulho, coisa, dona juanita, erva, fumo de Angola, planta do diabo, namba, ópio-de-pobre, rosa maria, dólar e parango, no jargão dos toxicófilos.

Comercialmente, entre os traficantes, um dólar é igual a um parango; um parango equivale a quatro porções de maconha.

A *Cannabis sativa L*, cujo princípio ativo é o Delta — 9-THC (9-gama-trans-tetrahidrocannabinol), é obtida das inflorescências verde-escuras, de cheiro acre, do cânhamo da Índia.

O consumo é feito em cachimbo especial, chamado *Maricas*, ou em cigarros preparados com a maconha (as “baganas”, os “baseados”, “pacaus” ou “fininhos”), ou por ingestão oral, sendo ainda as folhas mascadas ou chupadas. Os consumidores experimentam visões fantásticas, caleidoscópicas, consoante seu psiquismo, por surgimento na *tela mental* de fantasiosas paisagens irreais e verdadeiras cenas alucinatórias, estado de desorientação, perda de noção de tempo, sonolência, tremor, ataxia e nistagmo. Alguns consumidores relatam sensação de dupla personalidade, vividas independentemente e distintas nas atitudes e definições. Pode intensificar-se a acuidade auditiva. Entre os pusilânimes, a maconha aumenta o terror até as fronteiras do delírio. A tentação ao suicídio “não é de todo infrequente e então o dependente muita vez quer fugir pela morte, de medo de morrer” (Stanislas de Guaita, *O templo de Satã*, II, Editora Três, 1973, p. 31). Ingerindo-se 15 a 20mg de Delta — 9-THC ou fumando-se 5 a 7mg pode ocorrer a diminuição do rendimento *psicomotor* no diambista esporádico, o qual, cessada a embriaguez, retorna ao estado normal. A duração do efeito da *cannabis* no organismo é de cerca de quatro horas, por termo médio. Este é o quadro inerente à intoxicação aguda.

O intoxicado crônico tem fisionomia sorumbática, soturna, estúpida e modo aparvalhado de idiota. É apático, indiferente ao meio e totalmente improdutivo por incapacidade de realizar um trabalho ativo e regular, anemiado, inapetente, amagradado e até *caquético*; debilitado somática e psiquicamente sofre episódios de confusão mental, obnubilação, delírio, hipomnésia, às vezes muito acentuada, estado demencial etc., *verdadeiro arremedo lambuzão de ser humano à margem da sociedade*.

No início, o *marijuanismo* é subjetivamente um bem, pois estabelece momentaneamente no indivíduo o equilíbrio em sua angústia existencial; objetivamente, é um mal, é *doença* que leva, principalmente o adolescente, à introjeção de valores sociais, escolares e morais, já que o uso vicioso da droga — de qualquer droga — é sintoma de distúrbio afetivo desencadeado por angústia existencial, *in exemplis*, o “luto” de uma criatura que ele gostaria que fosse o que não é, o “luto” de um pai perfeito que ele nunca teve etc. É também falta de maturidade emocional aliada a uma autoagressão ou a uma heteroagressão. Ou, ainda, mecanismo de defesa (fuga, negação, repressão) visando-se liberar, tão depressa quanto possível, das reações mais comuns à ansiedade. A ansiedade é uma emoção desagradável, da qual o maconheiro tenta libertar-se o mais rapidamente possível fumando a *cannabis*. Determina, desse modo, para si, uma forma de comportamento que pode resultar em alívio da ansiedade e da angústia existencial refugiando-se na fantasia e nos devaneios temporariamente.

Há, ainda, os portadores de personalidade psicopática ou antissocial que apelam para as drogas objetivando realizar o que sua personalidade não permite.

No adolescente a “planta do diabo” pode desencadear oligozoospermia ou até azoospermia, por impregnação no tecido frouxo dos testículos e, conseqüentemente, infertilidade. E a diminuição da testosterona pode gerar anafrodisia ou *impotentia coeundi*.

A maconha diminui a pressão intraocular; contudo, não serve para tratar o glaucoma.

A *Cannabis sativa L* não causa dependência física; provoca, todavia, dependência psíquica. Por isso, o consumidor, privado por qualquer motivo de seu uso, sente mal-estar comparável à do tabagista inveterado que se abstém, de inopino, de fumar tabaco nicotínico.

Não obstante não ser a *cannabis* entorpecente, no sentido estrito do termo, é a ele equiparada para efeitos penais, por apresentar seu uso dependência psíquica.

Insta afirmar quanto à terapia que resultados mais promissores têm sido obtidos quando o indivíduo é tratado em ambiente familiar, sob orientação do chamado “médico da família”, e em comunidades pequenas e não em hospitais psiquiátricos, ou, à falta, em estabelecimentos congêneres.

14.2.11.5. Psicotrópicos

São substâncias químicas, sintéticas ou naturais, que agem sobre a atividade mental, determinando excitação, depressão ou uma reação no psiquismo.

1 — PSICOLÉPTICOS

- | | | |
|-----------------|---|--|
| Hipnosedativos | { | — Barbitúricos
— Não barbitúricos |
| Neurolépticos | { | — Clorpromazina e outros derivados fenotiazínicos
— Proclorperazina e outros derivados piperazínicos da fenotiazina
— Reserpina
— Butirofenona: Haloperidol
— Tioxanteno: Ro 4-0403 |
| Tranquilizantes | { | — Derivados do difenilmetano: Hidroxizina, Benactiniza, Azacilonol
— Miorrelaxantes com atividade neurosedativa: Meprobamato, Fenaglicodol, Clordiazepóxido etc.
— Miorrelaxantes sem atividade neurosedativa: Mefenezina, Clorzoxazona, Zoxazolamina etc. |

2 — PSICANALÉPTICOS

- | | | |
|--------------|---|--|
| Timolépticos | { | — Derivados da iminodibenzila: Imipramina, 8307 RP Tofranil
— Aril-alquilaminas simpatomiméticas: Anfetamina, Dextro-anfetamina, Fentermina etc.
— Derivados piperidínicos: Pipradrol, Metifenidato, Facetoperano etc.
— Inibidores da monoaminoxidase (MAO): Iproniazida, Nialamida, Fenilisoprobil-hidrazina etc. |
| Psicotônicos | { | — Derivados oxazolidínicos e canfânicos: Fenoxazol, Etilamino-fenil-norcanfano etc.
— Outros compostos: Cafeína, Acetato de desoxicorticosterona (DOCA), Deanol, Centrofenoxina etc. |

3 — PSICODISLÉPTICOS

- | | | |
|--------------|---|--|
| Euforizantes | { | — Álcool
— Ópio hipnoanalgésico
— Cocaína
— Óxido nitroso |
|--------------|---|--|

>

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| Alucinógenos ou despersonalizantes | { | — Mescalina
— Bufotenina
— Adrenolutina
— Psicocibina
— Estramônio
— Maconha (<i>hashish, marihuana</i>)
— Lagê (telepatina ou harmina)
— LSD-25 (dietilamina do ácido lisérgico) |
|------------------------------------|---|--|

- | | | |
|----------------------|---|-----------------------------------|
| 4 — PANPSICOTRÓPICOS | { | — Clorprotixeno
— Trimeprimina |
|----------------------|---|-----------------------------------|

(Apud Protásio de Carvalho, *A didática dos tóxicos*.)

(Apud Protásio de Carvalho, *A didática dos tóxicos*.)

Classificação de Delay e Deniker modificada

I — Psicolépticos: são sedativos psíquicos que inibem a motricidade, a sensibilidade, as emoções e o raciocínio. Compreendem:

A) Hipnóticos, hipnosedativos ou noolépticos: são medicamentos indutores do sono representados pelos hipnóticos barbitúricos e pelos hipnóticos não barbitúricos.

Os hipnóticos barbitúricos podem ter:

a) ação muito rápida, como o tiobarbiturato (1-metilbutiletilisódico), ou Thionembatal, utilizado, amiúde, em anestesia endovenosa;

b) ação rápida, como o etil (1-metilbutil) barbiturato de sódio, ou Nembatal;

c) ação regular, como o amobarbital e o alobarbital;

d) ação lenta e prolongada, como o fenobarbital (Gardenal).

Os hipnóticos não barbitúricos, também chamados “hipnóticos corticais”, são: o cloridrato de prometazina (Fenergan), amiúde empregado em anestesia potencializada, hipnoterapia, alergias, e os benzodiazepínicos (Nitrazepam), e o hidrato de cloral.

B) Neurolépticos ou timolépticos: medicamentos antipsicóticos que criam um estado de indiferença mental, ou seja, inibidor sobre os processos intelectuais e psicomotores. Por isso, são indicados nos estados de agitação e nas psicoses agudas ou crônicas, nos delírios e na confusão mental. Compreendem a clorpromazina, a flufenazina, a reserpina, o haloperidol, o maleato de levomepromazina. Podem provocar hipotensão, bradicardia, sonolência, apatia, hipercinesia do tipo extrapiramidal e galactorreia.

C) Tranquilizantes ou atarácicos: são miorrelaxantes musculares, anticonvulsivantes, hipnógenos e ansiolíticos, como o Lorazepam, o Diazepam, o Meprobamato etc., indicados nos distúrbios psiconeuróticos, inclusive ansiedade e reações depressivas, obsessivo-compulsivas, fóbicas ou mistas.

Podem desenvolver:

- a) hábito e dependência, nos predispostos;
- b) danos fetais, quando administrados às gestantes;
- c) síndrome de abstinência, após a interrupção abrupta da droga;
- d) discrasias sanguíneas e elevação das enzimas hepáticas.

II — Psicanalépticos: são estimulantes do sistema nervoso central:

A) Nooanalépticos, psicotônicos ou psicoestimulantes

O cloridrato de fenfluramina e o cloridrato de anfepramona são indicados como moderadores do apetite e auxiliares no tratamento da obesidade. Outros, como a metanfamina, excitam a atividade intelectual, estimulam a vigília e provocam euforia.

Podem produzir hábito e dependência e, em doses elevadas, estados confusionais, oníricos e depressivos.

B) Timoanalépticos ou antidepressivos

São antipsicóticos que, em pequenas doses, provocam sonolência e, em dose maior, insônia.

Compreendem:

- a) os timolépticos propriamente ditos ou eufímicos (Imipramina, Clorimipramina);
- b) os timoréticos ou inibidores da monoaminoxidase ou IMAC (Tranilcipramina).

III — Psicodislépticos, psicotóxicos, psicodélicos, psicomiméticos, alucinógenos: são drogas que provocam alterações no psiquismo, criando distorções apreciáveis, dissolvendo os limitadores do ego, sem alterar significativamente a consciência.

Delay e Deniker classificam os psicodislépticos em:

a) Alucinógenos: são os que causam alucinações.

Exemplos:

- Psilocibina, extraída do cogumelo *Psilocybe mexicana*;
- Mescalina, extraída da cactácea mexicana Peyotl.

São drogas utilizadas desde os tempos dos astecas como medicamento e em cerimônia ritual, por produzir exaltação espiritual e profunda alteração da consciência.

b) Despersonalizantes: alteram a personalidade, desagregando-a (LSD, ou dietilamida do ácido D-lisérgico).

IV — Panpsicotrópicos: compreendem os anticonvulsivantes hidantoinatos (feniletilmalonilureia, fenitoína, carbamazepina), que podem induzir tolerância e dependência física e psíquica com o uso continuado, e a Sulpirida, indicada na neurose de angústia e reativa, estados depressivos, estados delirantes, alucinatórios, confusionais.

14.2.11.6. Legislação

O assunto em pauta é disciplinado:

a) pela Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas — SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e inserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas pra repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Foi regulamentada pelo Decreto n. 5.912, de 27 de setembro de 2006, *DOU* de 28 de setembro de 2006, com efeitos a partir de 8 de outubro de 2006;

b) pelo Decreto n. 6.117, de 22 de maio de 2007, *DOU* de 23 de maio de 2007, que aprova a Política Nacional sobre o Alcool; dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade;

c) pela Resolução DC/ANVISA n. 15, de 1.º de março de 2007, *DOU* de 2 de março de 2007, que atualiza o Anexo I da Portaria SVS/MS n. 344, de 1988 — Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e outras sob Controle Especial.

14.2.11.7. Perícia toxicológica

Objetiva essencialmente distinguir o dependente do traficante.

Deve ser realizada imediatamente após a prisão em flagrante, mesmo aos domingos e feriados, a qualquer hora do dia ou da noite, para que o laudo toxicológico não seja falseado pela eliminação da droga, que se faz em espaço curto de tempo, e para evitar transformação que impossibilite a sua detecção analítica, o que se dá, invariavelmente, depois de quatro horas da colheita, salvo se a urina, a saliva e o sangue forem guardados sob baixa temperatura por algumas horas.

Não se vexará laudo de constatação da natureza da substância com laudo toxicológico propriamente dito.

O *laudo de constatação* pode ser realizado por um só perito; não é perícia, mas simples informação que antecipa o resultado do laudo definitivo. É, portanto, provisório e não possui eficácia para a comprovação da materialidade do delito, cingindo-se a sua função a dar lastro à lavratura do auto de prisão em flagrante e para o oferecimento da denúncia.

“Inexiste vedação legal aos policiais para que oficiem na realização do *exame de constatação*. Ainda mais quando presuntivamente, à falta de suporte da restrição feita, se cuide de pessoa idônea e de conhecimentos técnicos bastantes. Não há perder de vista, de resto, que esse laudo inicial é dirigido especialmente a possibilitar denúncia, aguardando, assim, o *rótulo de provisório*” (*RJTJRS, 106:26*).

A Lei n. 11.343/2006, no art. 50, § 1.º, admite a realização do exame de dependência ao tóxico por pessoa idônea, na falta do perito oficial, não constituindo o fato nulidade a ser decretada.

Consoante o § 2.º do art. 50 desta Lei, o perito que participou do laudo de constatação não fica impedido de participar da feitura do laudo toxicológico propriamente dito.

O laudo toxicológico propriamente dito, elaborado por perito, é o exame químico que estabelece o diagnóstico da investigação tóxica da substância, prova da materialidade do delito e indispensável ao julgamento, sendo nula a sentença condenatória proferida sem a presença de tal peça nos autos.

“Sendo o exame pericial realizado por amostragem, uma pequena quantidade retirada do material apreendido é o suficiente para a validade do laudo” (*JC, 35:462*).

O procedimento criado pela Lei n. 11.343/2006 determina que será o laudo toxicológico (a modo de todo laudo) encaminhado ao processo até a data da audiência de instrução e julgamento, donde a certeza de que a supradita peça é necessária para o *probus judicare* do réu e dispensável para sua prisão em flagrante, desde que haja elementos outros que demonstrem tratar-se de tóxico a substância encontrada em seu poder.

QUESITOS

Não obstante possam os quesitos ser formulados livremente, sugerimos, a título de ilustração:

- 1.º) O periciando apresenta sintomas e/ou sinais de uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica?
- 2.º) Os sintomas e os sinais já são de dependência física ou psíquica? Qual o grau?
- 3.º) O periciando, no momento do exame, em consequência dos efeitos da droga, é inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?
- 4.º) E no momento da prisão em flagrante, também o era?
- 5.º) O periciando, no momento do exame, em consequência dos efeitos da droga, é relativamente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?
- 6.º) E o era no momento da prisão em flagrante?
- 7.º) O quadro clínico do periciando ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas exigem o tratamento sob regime de internação hospitalar obrigatória?

14.2.11.8. Implicações legais

O grau de dependência às drogas pode ser: leve, moderado e grave.

No grau *leve* o juspsiquiatra deve opinar pela imputabilidade, pois o dependente é inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Na dependência *moderada* o perito deve opinar pela semi-imputabilidade, pois o examinando entende o caráter criminoso do fato, mas não é inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com esse entendimento.

No grau de dependência *grave* ou *severa* cabe, jursiquiaticamente, a imputabilidade posto que, embora entenda o dependente parcialmente o caráter ilícito do fato, é totalmente incapaz de determinar-se de acordo com esse entendimento.

14.2.12. *Personalidades psicopáticas*

Não acordaram os psicólogos, os psicopatologistas e os psiquiatras uma definição definitiva de personalidade normal. Assim é que, para os psicólogos e psicopatologistas, a personalidade humana é uma individualidade psíquica compreendida e limitada por suas características morfológicas e biológicas em contínuo evoluir sobre as bases de fatores hereditários e ambientais.

Consoante Boll e Baud, a personalidade de um indivíduo “é o conjunto de suas atitudes e de seus modos de reagir ao ambiente, distinguível das pulsões biológicas, manifestações das necessidades e das tendências no amplo sentido da palavra, e na organização da conduta que tende a satisfazer estas necessidades”.

Deve-se entender por “tendências e necessidades” o *caráter*, e por *intelecto* o conjunto dos meios de organização do comportamento.

Ribot bosquejou as teorias orgânicas e fisiológicas da personalidade no axioma: “o problema da unidade do eu é, em sua última expressão, um problema biológico”, passando desse modo do dualismo cartesiano ao monismo materialista.

No plano de uma abstração teórica, para nós, *normal* é a personalidade média, verdadeira síntese de elementos e atitudes psíquicas (inteligência, caráter, comportamento), e de estruturas que compreendem o *soma* influenciado por fatores hereditários e mesológicos que, dessarte, funciona harmoniosa e silenciosamente em sociedade.

Insta afirmar que a personalidade humana pode mostrar-se, alguma vez, com uma constituição mental anormal no sentido do modo de ser e de reagir, todavia compreendida nas variantes individuais, nos limites da normalidade, não caracterizando, portanto, verdadeira enfermidade. A síndrome pode permanecer latente e não resultar patológica se não for o indivíduo solicitado por alguma forma de estímulo criador da condição para a reação geradora de elementos obsessivos e dissociativos. Não cumprida esta ressalva, pode a personalidade, em que há desvio de elementos particulares, por exemplo, afetivo- -emotivos, adquirir tal intensidade a ponto de se converter em situação patológica declarada.

Chamamos *personalidades psicopáticas* a certos indivíduos que, sem perturbação da inteligência, inobstante não tenham sofrido sinais de deterioração, nem de degeneração dos elementos integrantes da *psique*, exibem através de sua vida intensos transtornos dos instintos, da afetividade, do temperamento e do caráter, mercê de uma anormalidade mental definitivamente preconstituída, sem, contudo, assumir a forma de verdadeira enfermidade mental. São os oligofrênicos morais de Bleuler, os degenerados de Magnan, os semiloucos de Grasset, a estupidez moral de Baer, a loucura moral (*moral insanity*) dos ingleses, os fronteiros etc., ou seja, todo “aquele que apresenta uma instabilidade mental patológica, sem perda de suas funções intelectuais” (Székely).

Kraepelin classificou as personalidades psicopáticas em: irritáveis, instáveis, instintivas, tocadas, mentirosas e fraudadoras, antissociais, disputadoras.

Kurt Schneider descreveu-os como:

1) *Psicopatas hipertímicos*: indivíduos alegres, loquazes, despreocupados, otimistas, superficiais em seu trabalho e inclinados aos escândalos e às desavenças conjugais. Há os *equilibrados*, mas inquietos, e os *excitados*, nos quais existe um eretismo de hiperexcitabilidade que lhes confere instabilidades psíquicas a ponto de alterarem-se em fúria incontida, desproporcional ao estímulo.

2) *Psicopatas depressivos*: indivíduos tranquilos, melancólicos, permanentemente deprimidos e eternamente descontentes e ressentidos, ligados a uma consideração pessimista da vida, iniciada, às vezes, na juventude. Fatigados crônicos, dominados por sentimentos de inferioridade, refugiados em uma atitude crítica nas relações intercorrentes entre eles e o mundo exterior, dificilmente chegam a vencer na vida. Podem atentar contra si próprios.

3) *Psicopatas anancásticos*: inseguros, com ideação especial dominada por uma ação coativa ou fóbica que, amiúde, surge de improviso por estímulos desencadeantes insignificantes, às vezes acompanhada por manifestações subjetivas de exaltação, produtora de intenso sofrimento ao indivíduo, como, por exemplo, a possibilidade de matar o próprio filho. Alguns são sensitivos ou escrupulosos morais.

4) *Psicopatas fanáticos*: indivíduos dominados pelo elemento expansivo e criativo que, por certos aspectos, se aproximam da personalidade do paranoico. Caracterizam-se pela extrema importância que, às vezes, concedem a uma ideia filosófica, ou religiosa, ou política, ou esportiva, passando a defendê-la com parcialidade, sem nenhum espírito de justiça, vigorosa e até violentamente, até tornarem-se sectários da mesma. São altamente perigosos quando assumem a liderança popular nos períodos de instabilidade político-social.

Ao lado desses tipos combativos e eréticos, há os pacíficos, que se comportam como *sectários extravagantes*, vivendo um mundo irreal de fantasia.

5) *Psicopatas necessitados de valorização*: personalidade em que a ideação se ressentida da exaltação da fantasia que, junto com o relaxamento de crítica, conduz à *pseudologia fantástica*, ou seja, à mentira sem desígnio utilitário imediato, o indivíduo tornando-se gabola e fanfarrão.

6) *Psicopatas lábeis de estado de ânimo*: irritáveis, manifestam episódios chamados *borrascas depressivas*, que surgem e desaparecem inesperadamente.

7) *Psicopatas explosivos*: irritáveis e coléricos, amiúde reagem subitânea e violentamente aos menores estímulos externos, podendo cometer homicídio e lesões corporais. Nesse estado, são acometidos de amnésia lacunar por obnubilação da consciência no momento da contenda.

São chamados *epileptoides* em outras classificações, afirmando Di Tullio tratar-se de formas frustradas, não convulsivas, da epilepsia.

8) *Psicopatas abúlicos*: caracterizam-se pelo enfraquecimento da volição. Destituídos de vontade própria, são facilmente influenciáveis, absorvendo os bons e os maus exemplos de seu meio.

9) *Psicopatas astênicos*: sensitivos, assustadiços, dominados pelo sentimento de incapacidade e de inferioridade que, junto a uma deficiência orgânica subjetiva (fadiga fácil, cefaleia, insônia, distúrbios circulatórios), são acometidos de difuso sentimento de estranheza comparável a alguns estados dissociativos, “e o mundo objetivo e as próprias ações lhe parecem distantes e vagos, irreais ou ilusórios (esboço de despersonalização)” (José Alves Garcia, *Psicopatologia forense*, 3. ed., 1979, p. 246).

Os portadores de personalidade psicopática são enfermos e, quando cometem delitos, devem ser enquadrados no parágrafo único do art. 26 do Código Penal, ou, se o agente necessita de tratamento curativo, ser recolhido em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Isto porque a anomalia consubstanciada em personalidade psicopática não se inclui na categoria das doenças mentais, *lato sensu*, e, sim, numa modalidade de irregularidade psíquica, que se manifestou ao cometer o delito, despida de qualquer formação alucinatória ou delirante, capaz de gestar a psicose ou a neurose que torna o indivíduo inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

No âmbito civil, podem ensejar anulação de casamento, pois, amiúde, esses psicopatas propiciam toda sorte de sevícias e maus-tratos à esposa, não raro sendo dados à prática de *sodomia conjugal* (vide p. 717).

Convém recordar que os psicopatas, os toxicômanos e os dependentes em substâncias capazes de determinar *dependentia physica aut psychikos* também estarão sujeitos à curatela (art. 1.767 do CC).

14.2.13. *Civilização (silvícolas)*

Silvícolas são os habitantes das matas brasileiras, cujo passo de aculturação é ainda incipiente.

O selvagem não é idêntico ao civilizado, sendo, por isso, mais susceptível de inadaptação ao nível cultural da vida civilizada e às normas complexas que a regulam, notadamente se menos desenvolvido socialmente.

O Código Civil, art. 4.º, parágrafo único, prescreve aos silvícolas incapacidade relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer, determinando que a capacidade dos índios será regulada por legislação especial (vide Lei n. 6.001/73, Estatuto do Índio; Decreto n. 5.484, de 27-6-1928; Decreto-Lei n. 736, de 6-4-1936; Decreto n. 10.652, de 16-10-1942; Decreto n. 88.985, de 10-11-1983 etc.).

A propósito, nas eleições de 15 de novembro de 1986, 680 índios da tribo Caiuá, emancipados, votaram pela primeira vez. Não falando, nem entendendo a língua portuguesa, foram cabalados os seus votos, pelos cabos eleitorais, pelo emprego da frase “*Dê-me seu voto*”.

Embora o Código Penal não faça referência expressa aos silvícolas, subentende-se-os enquadráveis no art. 26 e seu parágrafo, pela falta de aquisições éticas e de integração à vida coletiva, pois o critério que o legislador adotou para a fixação da responsabilidade foi o *misto* ou *biopsicológico*.

Com efeito, pode o silvícola gozar da isenção da pena se ficar pericialmente demonstrado que ele, por desenvolvimento mental falho, porta incapacidade psíquica de compreender plenamente o que seja ou não ato ilícito, ou que é inadaptado à vida do meio civilizado. Não basta, contudo, a só condição de silvícola, obrigando-se à perícia médica que comprove o desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

Desta forma, na cláusula de desenvolvimento mental incompleto ou retardado pode enquadrar-se o silvícola inadaptado à vida do ambiente civilizado.

Todavia, se já é aculturado e tem desenvolvimento mental completo e não retardado, que lhe permite compreender a ilicitude de seus atos, será plenamente imputável.

14.2.14. *Psicologia das multidões delinquentes*

“Não se deve despertar os leões; o tigre não é piedoso com seus dentes” (Schiller).

As multidões têm uma psicologia própria, formada sob graus variados de emoções exteriorizadas pelos aplausos, apupos e, muitas vezes, por agressões e por toda uma gama de atos criminosos.

A multidão é terrível, quando carece de temor, dizia, muito à justa, Spinoza.

“Cada qual, tomado à parte, é passavelmente inteligente e razoável; reunidos, não formam já, entre todos, se não um só imbecil” (La Fontaine).

Na multidão as forças psíquicas se exaltam mais ou menos facilmente e prepotentemente exurgindo das profundezas da psique uma disposição instintiva, genérica, para a agressividade, e para a violência que pode, em alguns casos, ser causa de homicídios. Também os poderes lógicos e críticos sofrem um processo de enfraquecimento mais ou menos grave e os processos ideativos são facilmente perturbados em seu conteúdo. Exalta-se a imaginação, acentua-se a sugestibilidade,

exacerba-se a credulidade, estancam-se os freios morais e inibitórios, e todos os atos e ações delituosas se perpetram habitualmente com precipitação e impulsividade (cf. V. Cesar da Silveira, de quem tomamos emprestado essas sutis observações).

A multidão não é de ser seguida, dizia Santo Agostinho.

“Seguite i pochi, e non la volgar gente” (Petrarca).

À lei interessa a análise da psicologia das multidões em tumulto, criminosas.

Vários critérios têm sido propostos no tocante à responsabilidade das multidões delinquentes:

a) A punição deveria atingir a todos, indistintamente, medida essa despida, obviamente, de praticidade quando a multidão delinquente é integrada por um número grande de pessoas.

b) Para cada dez culpados, apenas um sofreria punição. É a chamada *decimação*, passível de injustiçar, às vezes, o menos culpado em termos de menor participação dos atos criminosos.

c) Quanto maior o número de criminosos, tanto menor a punição. É a chamada penalidade restrita.

d) Apenas os promotores da desordem coletiva seriam punidos (processo racional dos romanos) e não toda a multidão sugestionada por ser evidente que “nunquam ad contumaciam pari consensu multitudo prorumpit, sed incitatur a paucis; rectius est more maiorum in auctores criminum vindicare, ut ad omnes metus, ad paucos poena perveniat”.

e) Pena ordinária aos instigadores e punição mitigada aos sugestionados (Direito Canônico).

f) Todos os integrantes da multidão em tumulto seriam responsáveis, atenuadamente (Pugliese Shigelle). Aplica-se aqui o comentário feito em a.

g) O Código Penal (art. 65, III, e) considera circunstância atenuante:

1.º) ter o agente cometido o crime sob a influência de multidão em tumulto;

2.º) o agente não o ter provocado.

Exclui, portanto, atenuação da pena ao provocador.

14.2.15. Reincidência penal

É a prática de novo crime ou de outro crime, ou de um crime e depois uma contravenção (mas não de uma contravenção e, depois, um crime), cometido pelo agente, após condenado definitivamente por crime anterior.

A reincidência penal é grave problema criminal que atesta a insuficiência das medidas penais e repressivas aplicadas pelo Estado para combater a criminalidade. O tratamento legal reservado à reincidência tem sido o de exacerbação da pena, *praxis* que redundou em absoluto fracasso, pois o número de reincidentes aumenta irrefreavelmente cada vez mais.

A Lei n. 6.416/77 aboliu a reincidência específica, já que esta importava uma verdadeira pena tarifária; não eliminou, no entanto, a reincidência genérica, agravante sem *quantum* punitivo preestabelecido.

Dois são os requisitos da reincidência penal:

a) a perpetração de dois crimes pelo mesmo agente;

b) condenação passada em julgado pelo primeiro crime ou pelo crime anterior.

Consoante a nossa legislação em vigor, há reconhecimento da reincidência, seja a condenação pronunciada em Justiça do País, seja em país estrangeiro. Não leva em consideração, no entanto, se foi cumprida ou não a pena infligida.

A condenação anterior, ainda que a simples pena de multa, caracteriza a reincidência e tira o caráter de primariedade do réu.

A reincidência é circunstância agravante (art. 61, I, do CP).

A reincidência penal interessa à Medicina Legal no que concerne à identificação e ao estudo da sanidade física e mental.

CAPÍTULO 15

Psicologia Judiciária

Sumário: 15.1. Classificação das provas de convicção. 15.1.1. Confissão ou prova verbal. 15.1.2. Acareação. 15.1.3. Prova documental ou escrita. 15.1.4. Presunções. 15.1.5. Prova testemunhal. 15.1.6. Índícios. 15.1.7. Depoimento de crianças. 15.1.8. Depoimento de velhos.

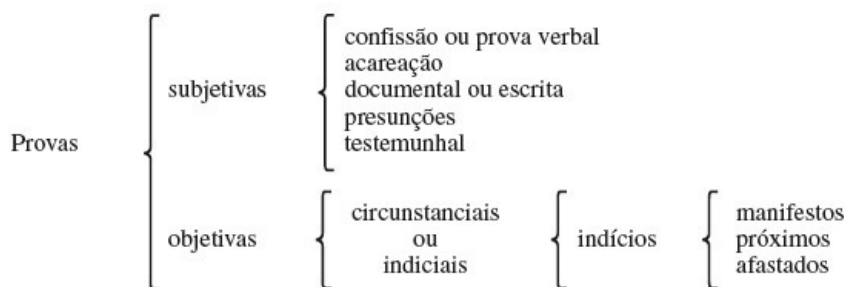
Denomina-se assim a aplicação da psicologia aos processos penal e civil.

À Medicina Legal interessa, neste capítulo, o estudo dos diferentes elementos formadores das chamadas *provas de convicção*, ou seja, dos fatores capazes de produzir a livre convicção de quem tem a missão de julgar e de afiançar a lei, garantia do cidadão.

No processo penal moderno, é dado ao saneador apreciar livremente as provas e julgar segundo a sua livre convicção. Libertou-se o juiz, por essa forma, do obsoleto regime da prova legal ou axiomática, mas não afastou a lei o honrado julgador do dever de decidir segundo os ditames do bom-senso, da lógica e da experiência; não se vexa, portanto, o livre convencimento *logicus* e fundamentado, e o *decisum* por íntima convicção, para que não se incrimine o ato de puro arbítrio.

15.1. Classificação das provas de convicção

Costuma-se dividir essas provas em: subjetivas e objetivas.



15.1.1. Confissão ou prova verbal

A confissão, conforme Pereira de Souza, “é a declaração da verdade do fato, devendo, para julgar-se idônea e valiosa, ser livre e espontânea, coincidente com as circunstâncias e feita em juízo competente”.

É o testemunho do fato por aquele que confessa.

Chamada a “rainha das provas” ou *probatio probatissima*, conserva importância em matéria civil.

A despeito, contudo, consoante a definição citada, de ser a confissão “a declaração da verdade”, já não é sua importância a mesma quanto à legislação processual penal, que não a considera uma prova absoluta, sabido é que, como no-lo ensina Montaigne, as pessoas, em geral, sob influência de vários fatores (remorso, vaidade, religião, preconceito, artifício de defesa, pecúnia, expectativa de atenuante na reprimenda etc.), fazem confissões falsas. As polícias hão, portanto, de acautelar-se quanto à confissão do acusado, muitas vezes feita para acobertar álibi desonroso de pessoa amada, ou por solidariedade familiar, ou por indivíduos mendaciosos ou psicopatas. Exemplo disto é o de indivíduos que, após crime divulgado com sensacionalismo pelos meios de comunicação, se apresentam à autoridade policial confessando a autoria do mesmo.

Há os que chamam a si a responsabilidade do ato, por penúria, objetivando albergue e alimentos na prisão, por conta do Estado.

Desse modo, mais do que nunca há de se guardar prudente reserva, solicitando os mantenedores da lei e da ordem, durante a investigação policial, através de petição ao juiz, o concurso de peritos psiquiatras para elucidação do estado de sanidade somatopsíquica desses indivíduos.

Registre-se, ainda, a confissão dos sevidados.

Daí a razão de ser da afirmação de Locard de que a confissão “é, evidentemente, um grande princípio de prova, mas, para ser convincente, tornam-se indispensáveis outras provas, que não dependam tão só da confissão do acusado”.

Dessarte, a confissão de autoria feita no inquérito policial vale pela força de convencimento nela contida, desde que testemunhada por outros elementos de prova. Exige-se, desse modo, seja a confissão de autoria do crime, espontânea, perante a autoridade policial, fortalecida por outras provas. Contra isso, insurge-se Damásio E. de Jesus (*Código de Processo Penal anotado*, 5. ed., 4. tir., Saraiva, 1987, p. 134): “Na verdade, a confissão policial, por si só, nada significa. Se o juiz, na sentença, leva em conta a confissão extrajudicial porque ‘corroborada por outras provas’, cremos que está considerando ‘as outras provas’, pouco tendo em validade, senão nenhuma, a confissão policial. Esta, obtida sem o contraditório, acreditamos ser um nada em matéria probatória. Quando muito, serve de elemento de convicção do acusador para o início da ação penal”.

Nesse *lamiré*, “mesmo a confissão judicial, para servir de supedâneo à condenação de alguém, necessita ser corroborada por outros elementos de convicção. Não o sendo, não passa de dado isolado e insuficiente” (*JTACrimSP*, 74:406).

O art. 65, III, *d*, do Código Penal considera circunstância atenuante ter o agente confessado espontaneamente, perante a autoridade, a autoria do crime.

“Reduz-se a pena de quem espontaneamente confessa autoria” (*JTACrimSP*, Ap. 379.563, j. 21-5-1985).

Todavia, a simples confissão da prática de um crime não atenua a pena; nesse caso, o julgador analisa não a mera conduta objetiva, mas, sim, o motivo que levou o indivíduo a fazê-la.

Afirmam os historiadores que os chineses, antigamente, para averiguar a culpa ou a inocência de indivíduo a quem se imputava delito, faziam-no mastigar, durante algum tempo, farinha de arroz, que, após cuspidada, se estivesse seca, constituiria indício de culpabilidade, explicada pela inibição do vago ou pneumogástrico e, por conseguinte, da secreção salivar pela ação da emoção sobre o psiquismo.

Modernamente, procura-se obter a confissão por meios: astuciosos, tóxicos, coercitivos e científicos.

a) *Astuciosos* — Consistem na obtenção da verdade, indiretamente, pelo emprego da sagacidade, de ardis, de sutilezas e embustes. O preso indignado que revela a verdade mediante afirmação de autoridade policial ou judiciária, de que o mesmo foi acusado cabalmente pelos cúmplices, ou colocação de policiais fingindo-se criminosos na mesma cela para captarem a confiança e assim obterem a confissão verdadeira do acusado, constituem exemplos de meios astuciosos, que, obviamente, não devem ser estimulados.

b) *Tóxicos* — Consistem na administração de certas substâncias químicas no acusado, como o éter, a morfina, o haxixe ou sua variedade, a *Cannabis sativa L*, o cloral, os barbitúricos, objetivando sondar-lhe os meandros da consciência, suprimindo-lhe a censura e o discernimento.

Internacionalmente conhecido é o famigerado soro da verdade, *the truthserum*, violência química físico-psíquica produzida pela aplicação de um composto de cloridrato de morfina a 2% e de bromidrato de escopolamina, a 1%, 1 a 2ml, conforme a idade e o peso, a cada meia hora, até resultar um estado sonolento de semiconsciência ou de automatismo onírico, de supressão do autogoverno, que leva o paciente a confessar a verdade em aproximadamente 50% dos casos.

Embora haja quem chame de *suaves* esses processos tóxicos, por não atentarem contra a integridade física dos culpados e serem, quase sempre, feitos com o consentimento e cooperação, a lei os proscreve da investigação policial por constituírem verdadeiro desprezo pela pessoa humana (*reus res sacra*) e constrangimento ilegal (art. 146 do CP), pretendendo obrigar o acusado a depor contra si próprio “violando frontalmente uma das garantias mais intangíveis do direito de defesa” como bem afirma mestre Frederico Marques.

c) *Coercitivos* — São os recursos violentos, conhecidos pela expressão *terceiro grau*, empregados pelas polícias, visando à obtenção da confissão da verdade.

Integram esses métodos bárbaros o interrogatório penoso e prolongado, os muros, os pontapés, o cassetete, o “pau-de-arara”, o choque elétrico, a grave ameaça,

a sede e a fome, a “solitária”, enfim, o que de mais cruel e perverso possa a mente humana engendrar!

“A Polícia é instituída para realizar o bem comum, devendo inspirar no homem do povo um sentimento de confiança, não de medo. O emprego do famigerado pau-de-arara, dentre outros instrumentos que infligem sofrimento, é uma forma primitiva e vil de obtenção de confissões de indefesos cidadãos, e de há muito deveria ter sido banido das práticas policiais de uma sociedade que se pretende civilizada” (JTACrimSP, 95:81).

A Constituição e as leis dos povos cultos, respeitando os Direitos Humanos, proscvem, por aviltante, o *terceiro grau* da investigação policial e o condenam. A despeito disso, os meios coercitivos não foram, ainda, de todo banidos, na prática, nem sê-lo-ão enquanto o corpo policial não contar com um maior contingente de homens mais bem preparados, cultural e psicologicamente, para a nobre função de que estão revestidos.

d) *Científicos* — Também chamados de *quarto grau*, consistem no emprego do cardiopneumograma e do *lie detector* ou máquina da verdade.

Completamente inofensiva e utilizada com total conhecimento de sua finalidade e consentimento do acusado, consta de uma braçadeira ou manguito — para a tomada da pressão arterial —, de um tubo de borracha — para a captação dos movimentos respiratórios — e de um dispositivo — intercalado pelo corpo humano — destinado ao desencadeamento do reflexo psicogalvânico.

O revelador de mentiras registra simultânea e graficamente a influência dos estados emocionais, nos que mentem, pelas modificações da pressão arterial, dos movimentos respiratórios e pelo desencadeamento do reflexo pela resistência oferecida pelo corpo do paciente à passagem de uma corrente galvânica pelo circuito. Aos suspeitos formular-se-ão perguntas adrede preparadas, entre as quais se intercalará a inquirição crítica.

Importa saber que nenhuma alteração ocorrerá nos registros gráficos dos inocentes, qualquer que seja a natureza dessas perguntas.

Não obstante, constituem verdadeiro constrangimento ilegal (art. 146 do CP).

15.1.2. *Acareação*

É o interrogatório frente a frente, *vis-à-vis*, entre acusados, entre acusado e testemunha, entre testemunhas, entre acusado ou testemunha e a pessoa ofendida, entre as pessoas ofendidas, sempre que divergirem em suas declarações sobre fatos ou circunstâncias relevantes, visando a desmascarar o simulador ou mentiroso. Não é assim, no entanto, se ausente alguma testemunha, caso em que, se houver conveniência e não importar em demora prejudicial ao processo, a acareação pode proceder-se por expedição, pelo juiz, de carta precatória à autoridade do lugar onde resida a *testimonium* cujas declarações divirjam das de outro depoente.

Altavilla assinala elementos importantes no estudo da acareação: a influência de uma pessoa sobre outra, a timidez, o medo e a eritrofobia.

A acareação — é Porto Carrero quem no-lo afirma — “tem bases psicológicas exatas; infelizmente o seu transunto escrito tem os mesmos defeitos do interrogatório comum”.

Para evitar esses defeitos dever-se-ia, talvez, registrar não apenas as respostas sucessivas dos depoentes confirmando ou negando as declarações anteriormente prestadas, mas, também, o conjunto de reações emotivas (se possível até gravadas em fitas magnéticas) como o pranto, alteamento da voz, gagueira, gestos, agitações. De qualquer modo, o valor da acareação é muito pequeno, uma vez que, amiúde, os acareados confirmam o que disseram.

15.1.3. *Prova documental ou escrita*

Há uma verdadeira policromia de definições de documentos.

Leo Rosenberg entende por documento “toda corporalização de um pensamento”; Carnelutti, “como qualquer coisa que represente um fato”, e Fenech, “como o material em que se insere uma expressão de conteúdo intelectual por meio de um escrito ou de quaisquer outros sinais, imagens ou sons”.

Observa-se, assim, que quaisquer escritos, instrumentos ou papéis, públicos ou particulares, ou sua fotografia devidamente autenticada, constituem documentos e têm validade legal. Esses documentos podem ser requisitados pelo saneador e, exceção feita aos casos expressos em lei, apresentados pelas partes em qualquer fase do processo.

Os documentos públicos valem por si mesmos; os particulares — ensina Espínola Filho — precisam ser autenticados, “quer pela expressa declaração do seu ou de seus autores, quer pelo reconhecimento da letra e firma, feito pelo escrivão”.

A prova documental ou escrita pode excepcionalmente ensejar a convocação de peritos, inclusive ao tribunal do júri, para, através da análise da grafia, “o mais fino e flexível dos gestos”, afirmar ou negar autenticação à assinatura ou documentos apresentados, com o esclarecimento, no segundo caso, do responsável pela falsificação ou contrafação.

Não se vislumbre contumélia no comentário: em que pese a *perícia grafotécnica* evoluir a passos dobrados, a sua segurança, todavia, não é absoluta. Por exemplo: o laudo grafotécnico atestando idoneidade às celeberrimas cartas atribuídas falsamente a Arthur Bernardes; a perícia caligráfica levada a efeito por Alphonse Bertillon, no caso Dreyffus.

15.1.4. *Presunções*

Dividem-se em: legais e comuns ou *hominis*. As presunções legais subdividem-se em absolutas (*praesumptiones iuris et de iuri*), relativas (*praesumptiones iuris tantum*) e mistas.

As presunções absolutas não se destinam a formar a convicção do julgador. Não constituem meio de prova: atuam *ope legis*, não restando ao aplicador da lei senão admitir, inafastavelmente, a conclusão ou dedução ilada pelo legislador. Então, não admitem prova em contrário. É o caso de inimputabilidade do menor de 18 anos (art. 27 do CP) ou de embriaguez voluntária ou culposa, completa ou incompleta, não acidental (art. 28 do CP).

As presunções legais relativas são aceitas pelo julgador como a verdade de um fato até prova em contrário, admitindo a lei sejam as mesmas elididas pelo especial mecanismo de inversão do *onus probandi*. Exemplo de meridiana clareza é a presunção de vulnerabilidade em crimes contra os costumes (art. 217-A do CP).

As presunções comuns ou *hominis* não são previstas pela lei; decorrem do *id quod plerumque accidit*, não cabendo ao juiz deduzir, a partir do fato conhecido, a existência do fato probando, desconhecido.

15.1.5. *Prova testemunhal*

É a declaração, positiva ou negativa, da verdade prestada ante o julgador, por uma terceira pessoa desinteressada sobre suas percepções sensoriais extraprocessuais, a respeito de um fato passado ou sobre determinado ato do inquérito ou do feito, a que esteve presente, objetivando a comprovação da verdade.

Hélio Gomes, apoiado em Quintiliano Saldanha, assevera: “Uma conclusão absolutamente segura se impõe: a prova testemunhal é muito falível”. E o faz com muita propriedade, pois é sabido que no processo constitutivo do testemunho influenciam vários fatores, deformando-o, como a emoção, a idade, o sexo, a fadiga, as perturbações mentais, a psicologia coletiva, a deficiência de memorização, a sugestibilidade, o grau de cultura, a nacionalidade, as imperfeições técnicas na colheita das declarações testemunhais.

Psicólogos de nomeada têm realizado inúmeras experiências, valendo-se de variadas técnicas, visando a demonstrar — e todos alcançaram o objetivo proposto — a falibilidade da prova testemunhal, em diferentes gradações, conforme os pesquisadores. Assim é que Claparède afirma não ter constatado um único depoimento inteiramente de acordo com a realidade, a despeito da honestidade e da sinceridade das pessoas pesquisadas. Maria Borst assinala 10% de incorreções nos depoimentos e Stern assevera ser excepcional a exatidão das recordações.

O nosso Fernando da Costa Tourinho Filho testou a falibilidade do testemunho, em 1973, durante aula: “e sem que os alunos soubessem o que pretendíamos fazer, distribuímos papel, como se fôssemos fazer uma prova. Em seguida, fixamos em oito minutos o tempo para que eles desenhassem a bandeira brasileira; apenas quatro, num grupo de 79, conseguiram fazê-lo, com detalhes” (*Processo penal*, 9. ed., Saraiva, 1986, v. 3, p. 264).

A deformação do testemunho é explicada pela psicologia experimental pela influência das sensações, das percepções, da fixação resultante da memorização, da imaginação, da associação de ideias e do juízo, da exteriorização, graças à qual uma expressão oral ou escrita é transferida subjetivamente do campo da consciência da testemunha para o de outra testemunha ou do investigador, cada uma dessas fases sendo passível de falsear involuntariamente a imagem a ser transmitida.

O conhecimento se faz, no homem, pelos órgãos dos sentidos, que lhe facultam a percepção do mundo exterior e da inteligência, determinadora do saber intelectual, cujas formas correspondentes são as ideias, os juízos e o raciocínio. Para que se produzam as sensações é necessário que o estímulo tenha um mínimo de intensidade para atingir os sentidos. Assim, pode ocorrer deformação inconsciente do testemunho devido ao fato de a intensidade do estímulo não alcançar o limiar de sensibilidade satisfatoriamente, ou porque os órgãos dos sentidos não estão bem e não o receberam convenientemente.

A sensação como ato de conhecer é uma intuição (“*Anschauung*” de Kant), é uma qualidade apreendida, imediata e diretamente, e exatamente como se apresenta, não podendo ser considerada, *a priori*, verdadeira ou falsa. É simplesmente um fato natural! Na consciência a impressão produzida é sempre vaga e imprecisa.

A sensação reconhecida através de um discernimento como sinal de uma realidade passa a ser percepção. A percepção é o ato psíquico pelo qual, de qualquer maneira, reconhecemos um objeto que nos produziu sensações.

A atenção confere vivacidade à percepção, favorecendo a compreensão e interpretação do que se tem em vista. Assim, o indivíduo absorto em seu trabalho como que se esquece de um ferimento sofrido, teoricamente, produtor de sensação dolorosa, constituindo o que apraz-nos chamar *coarctação da consciência*. Nesse estado mental, o indivíduo não sente dor, não por causa dos mecanismos modificadores de passagem dos estímulos no nível espinal ou de alterações bioquímicas neurotransmissoras no mesencéfalo, mas com toda probabilidade no nível cortical ou corticotalâmico, devido à influência do sistema de ativação reticular ascendente estimulado pelo estado de intensa atenção focada sobre um ponto particular, *in casu*, o trabalho.

A lembrança na consciência da sensação e da percepção constitui a imagem. Esta é, então, a representação individualizada de um objeto na mente. Resulta do

conhecimento de algum objeto determinado, individual, ou, então, na ausência deste, de alguma coisa já conhecida e pela associação de ideias (conhecimento intelectual). O conhecimento intelectual prescinde individualmente de coisa, mas conhece particularidades inerentes a um determinado objeto.

O conhecimento sensível é particular, individual. O conhecimento intelectual é universal e abstrato, e por isso pode ser aplicado, sem distinção, a todos os indivíduos da mesma espécie.

A ideia é também universal. Assim, a ideia “catedral” se aplica a qualquer tipo de catedral, enquanto a imagem da catedral se aplica só a uma determinada catedral conhecida. A ideia é o abstrato do individual. Ela é obtida pela abstração, que consiste em se retirar de alguma coisa particular suas qualificações, seus atributos, suas características individualizantes.

As abstrações admitem três graus: física, matemática e filosófica.

a) *abstração física* — analisa o corpo em sua totalidade, ou seja, a sua extensão, cor, formato, tamanho, matéria que o compõe;

b) *abstração matemática* — analisa apenas o atributo *quantum*, o número;

c) *abstração filosófica* — abstrai as qualificações e os atributos do objeto situando-o apenas no campo das ideias.

Compreende-se, pois, como a mais honesta e sincera testemunha, imbuída das melhores intenções quanto ao esclarecimento da lei, involuntariamente falseia e deforma o testemunho.

Admite-se como alterações involuntárias, passíveis de ocorrerem no testemunho, as imprecisões, as exagerações, as deformações verbais e a “redução a termo”.

Ora, se na consciência a impressão produzida é sempre vaga e imprecisa, as imprecisões em relação ao objeto ou ao fato ocorrem porque a testemunha, por mais que se esforce, não consegue, impedida por um mecanismo intelectual natural, guardar todos os detalhes na memória e, por conseguinte, não traduz com fidelidade a sua recordação.

As exagerações consistem na amplificação, ou seja, na tendência de certas testemunhas a inconscientemente atribuir às coisas e aos fatos proporções maiores do que têm na realidade. Recorde-se, a propósito, que a testemunha tende a exagerar os números, o tempo, a velocidade, descrevendo o que viu superlativamente.

A “redução a termo”, mesmo que seja *ipsis verbis*, pela entonação da voz do depoente, pelo subjetivismo de quem colhe as declarações e pela natural tendência de uniformização na linguagem forense do que diz a testemunha, de tal forma modifica o essencial da narração que, “ao fim de penoso trabalho, o depoimento escrito é como um cadáver mumificado” (Hélio Gomes).

Seja como for, têm validade as testemunhas coerentes e judiciosas, pois, nos dias presentes, os juízes pesam depoimentos, não os contam. Destarte, o Direito Repressivo, ao adotar em matéria de prova o princípio do livre convencimento do julgador, derogou o brocardo *testis unus testis nullus*, emprestou valor probante a um único testemunho, se harmônico com as declarações hauridas na fase extraprocessual, havendo convergência entre os relatos.

A autoridade pode, em casos especiais, autorizar o uso da estenotipia (Lei estadual n. 3.947/83, art. 12) para o registro de testemunhos. E de conformidade com a nova redação dada pela Lei n. 8.952, de 13-12-1994, ao art. 170 do CPC, além da estenotipia, também “é lícito o uso da taquígrafia, da estenotipia, ou de outro meio idôneo, em qualquer juízo ou tribunal”, para rápida documentação dos atos praticados em audiência, sendo feita, *a posteriori*, a transcrição em termo próprio, se for o caso, o qual “será assinado pelo juiz, pelo depoente e pelos procuradores, facultando-se às partes a sua gravação” (art. 417 do CPC). Entretanto, o emperramento burocrático e a deficiência cultural do funcionalismo e do aparelhamento judiciário impedem, na prática cotidiana, a sua generalização.

Ainda quanto à crítica do testemunho, Claparède e Dupre reconhecem qualidades subjetivas e objetivas ao depoimento. São qualidades subjetivas:

a) a extensão, dada pela soma dos dados positivos, exatos ou não;

b) a fidelidade, que é a relação dos dados exatos com os dados positivos;

c) a certeza, que é a relação dos dados positivos com os dados certificados;

d) a originalidade, que é a contribuição das qualidades inerentes à testemunha.

As qualidades objetivas são:

a) a testabilidade, dada pela aptidão da coisa de gerar um depoimento;

b) a memorabilidade, que é a aptidão da coisa para gerar um depoimento justo.

15.1.6. Indícios

Denomina-se indício (de *indicare*, indicar, apontar com o dedo) a circunstância conhecida e provada, que, guardando relação com o fato, autoriza, por indução, concluir-se pela existência de outra ou outras circunstâncias.

São manifestos os indícios patentes, como no flagrante de adultério confirmado pelo encontro dos agentes *solus cum sola, nudus cum nuda, in edem lecto*.

Exemplo típico de indício próximo é o encontro de objetos roubados no domicílio do suspeito. Ou o caso de um caixa de banco, que desaparece do emprego, e, contemporaneamente, se descobre um desfalque.

Indício afastado é o que pressupõe uma relação contingente com o delito investigado. Trata-se, como ilustração, de criminoso habitual cujo *modus operandi* é específico ou da mesma natureza.

15.1.7. Depoimento de crianças

“Quem nos poderá descrever uma criança, tal qual é?” (Rilke, *Os elogios de Duino*).

O Código de Processo Penal, baseado na premissa de que “toda pessoa poderá ser testemunha”, admite o depoimento de menores; não lhes defere, no entanto, compromisso legal.

O Código de Processo Civil, por seu art. 405, § 1.º, III, proscree o depoimento dos menores de 16 anos.

A validade ou não do testemunho infantil comporta três orientações:

1.ª) a idade das testemunhas, por si só, não constitui elemento para diminuir-lhes a validade; desse modo, todos os depoimentos podem ter valor equivalente, independentemente da idade das testemunhas (RT, 161:53, 170:91, 262:630, 392:315, 396:102, 420:89);

2.ª) sendo as crianças facilmente influenciáveis e portadoras de fértil imaginação, não deve o julgador ter em conta o depoimento infantil (RT, 430:344 e 579:351; JTACrimSP, Ed. Lex, 68:356 e 78:420);

3.ª) “o depoimento de crianças deve ser levado em conta com reservas, e só aceito como expressão da verdade quando seus relatos guardam coerência de depoimento e linguagem, são harmônicos com o restante da prova e encontram apoio em depoimentos de testemunhas adultas” (JTACrimSP, Ed. Lex, 65:27, 70:411, 85:477 e 92:368; RT, 388:110, 390:103, 407:110, 415:87, 417:95, 420:89, 426:348, 436:329, 431:379, 446:379, 451:365, 496:269, 497:20, 514:343, 470:335, 604:333 e 604:425).

Em sua *Psicologia judiciária*, p. 133/III, escreve Enrico Altavilla: “... o comportamento da criança pode facilmente induzir em erro; a criança mente, com frequência, de má-fé, mas não é raro acontecer deixar-se suggestionar e acreditar também em tudo aquilo que afirma”.

Não é outra a opinião de Eduardo Espínola Filho (*Código de Processo Penal anotado*, 3. ed., Rio de Janeiro, Borsoi, v. 3, p. 84): “... O que se não pode negar, por irrecusável, é que o testemunho, qualquer que seja a idade, é sempre falho para nele assentar a verdade. Não padece dúvida de que o depoimento da criança, pela falta de experiência, fraqueza de sentidos e alta sugestibilidade, aparece, não raro, eivado de contraverdades”.

Um menor de 18 anos tem capacidade para ser testemunha e não tem para ser imputado (*vide* Estatuto da Criança e do Adolescente).

Dispõe o legislador, no art. 202 do Código de Processo Penal, que toda pessoa poderá ser testemunha. Esse, pois, o princípio geral sobre a capacidade para tanto.

“Assim, nada impede que uma criança de oito anos compareça em juízo para depor sobre fatos a que, porventura, tenha assistido. Cumprirá ao julgador, nessa hipótese, tomar as necessárias precauções, atribuindo a tal depoimento o valor que merecer ante os demais elementos de convicção”, conforme o magistério de Fernando da Costa Tourinho Filho (*Processo penal*, 1986, v. 3, p. 270).

Tanzi, in *Psichiatria forense*, opina que “... Constantemente os depoimentos infantis apresentam lacunas, erros e incertezas, que os tornam perigosíssimos, sobretudo quando haja em meio o elemento da sugestão. Na infância, a atenção é menos enérgica e a fantasia mais livre, não recebendo o freio da crítica, que só se organiza com a sistematização da experiência”. E conclui que a fácil sugestibilidade na criança é “de modo a conduzir a depoimentos totalmente falsos”.

Com efeito, a criança, por desenvolvimento incompleto do neocórtex, *substractum* orgânico das funções psíquicas, tem comportamento diverso do adulto, pois só com a natural evolução etária e as constantes experiências que o meio ambiente lhe impõe é que desenvolve a censura à mentira e à fabulação, em gradações variáveis da consciência, e os sentimentos da responsabilidade e da moralidade. Então, tem a criança uma vida psíquica própria nada assemelhada com a vida psíquica do adulto. Admite existência real tão somente para aquilo que lhe interessa; assim, apenas o que é sentido pela criança é verdadeiramente aceito e integrado na personalidade. Além disso, tem a criança capacidade de fundir a realidade com a fantasia, animando o inanimado, que adquire vida e passa a integrar a *sua* verdade. Para conhecer melhor o mundo em que vive e a si própria — o que ocorre segundo formas e configurações que se multiplicam e se substituem até o infinito —, a criança imita os adultos e se identifica com eles. Desse modo, aprendem a mendácia com os *adultus*, pois estes mentem para a criança cotidianamente. E desde então entregam-se com frequência à mentira, apenas por mentir, ou por solidariedade, vaidade, vingança etc.

Gerardo Vasconcelos (*Lições de medicina legal*, 2. ed., Forense, 1975) afirma que “é de tal ordem a tendência da criança à mentira que alguns psicólogos fazem dela traço característico da psicologia infantil”.

Não se esqueça, ainda, da extrema sugestibilidade da criança, já aludida.

Diante de tudo, não merece crédito, de plano, o testemunho infantil. Contudo, após perícia psicológica para averiguação de credibilidade, por especialista afeito aos intrincados meandros da mente infantil, não se há de recusar sistematicamente os testemunhos das crianças, mas, sim, cautelosamente acolher o que for útil, preciso, incontestável, coerente e, portanto, não conflitante com outras provas judiciais.

Assim têm entendido os julgadores em inúmeros acórdãos do Tribunal de Alçada Criminal, por sentirem, íntima e convictamente, atender essa orientação a seu

bom-senso e encontrar respaldo na doutrina e maioria na jurisprudência.

A criança pode ser testemunha (RT, 496:269 e 497:320). Seu depoimento, entretanto, deve ser examinado em face do conjunto probatório (TJSP, RT, 470:335).

15.1.8. Depoimento de velhos

“Sénex, bis puér.”

O homem tem a idade de suas artérias! Este antigo aforismo não mais traduz uma realidade, pois, está hoje sobejamente demonstrado que, com o passar dos anos, a vascularização cerebral não é sensivelmente dificultada; os órgãos, os sistemas do organismo, certo grupo de neurônios e as *sinapses* é que são, no conjunto, afetados, diminuindo progressivamente a sua eficiência. Com efeito, o leito vascular pode crescer e adaptar-se às necessidades circulatórias ainda nos velhos sadios. Somente quando a luz arterial está seriamente diminuída por ateromas é que o fluxo vascular é deficiente, decrescendo a nutrição cerebral e a oxigenação dos neurônios, havendo manifestações de perecimento, notadamente, nas funções mentais.

No indivíduo hígido, tal não é possível. É por isso que, *data venia*, ousamos dissentir do axioma de Cazalis, de que o “homem é tão velho como suas artérias”. Em verdade, o homem é tão velho como sua pele, seu couro cabeludo, seu esqueleto, seus órgãos e sistemas etc. E o envelhecimento é processo que se manifesta inexoravelmente ainda que se tenha uma vascularização excelente em todos os tecidos do organismo. Isto porque o envelhecimento inclui todas as trocas adquiridas ao longo da vida (acúmulo de gorduras, de colesterol nas artérias, *stress*, trauma, infecções, dieta inadequada, exposição ao tempo inclemente, excesso de trabalho etc.) e as influências abiotróficas e involutivas.

A distinção entre *abiotrofia* e *involução* é arbitrária.

Abiotrofia é “a perda excepcional e progressiva, anatômica e funcional, que pode ocorrer em qualquer idade durante o desenvolvimento ou senectude”.

Involução significa “as trocas usuais e esperadas que ocorrem com a idade”.

Reconhece-se uma *involução fisiológica*, como a da córnea e do conduto uveal, que causa *presbiopia* por trocas histológicas mínimas, e uma *involução anatômica*, como a da atrofia cortical frontoparietal, muita vez, notável macroscopicamente, sem manifestar perda funcional. Na *involução funcional* os sistemas químicos envelhecem e desgastam, enquanto a estrutura celular pouco se altera; na *involução anatômica*, desaparecem células com mínimo efeito porque os tecidos incólumes dão adequada continuidade à atividade vital.

É a perda de neurônios do sistema nervoso central, e *sinapses* onde atuam a acetilcolina, e não a redução da vascularização cerebral, a *involução* mais importante para explicar a diminuição gradativa do poder de concentração, da exatidão de observação, interesse, lógica e outras funções de importância vital ao ajuizamento psicossocial, e a irritabilidade, a impassividade, a verborreia do idoso.

A memória sofre gradativo enfraquecimento. Segundo a *lei de Ribot*, a velhice conserva vívida a lembrança do passado, perdendo, geralmente, a dos fatos recentes.

No ancião, a vida afetiva dissolve-se ou decai; as funções mentais experimentam enfraquecimento contínuo e tudo o que é novo desperta a desconfiança e o pessimismo. Apagam-se as emoções ego-altruísticas, que deixam lugar a acentuação dos sentimentos egoístas, sobressaindo o egocentrismo, a ambição e a avareza.

Cuidamos da velhice de natureza mórbida. Mesmo assim, resguardadas as devidas cautelas, após cuidadoso exame somatopsíquico, não se justifica a recusa total do testemunho dos idosos, pois, como bem lembra mestre Hélio Gomes, “muita verdade pode-se esconder na trama confusa das ideias delusórias ou no labirinto dos delírios”.

Sumário: 16.1. Psicosexualidade. 16.2. Psicosexualidade anômala. 16.2.1. Desvios sexuais. 16.2.1.1. Anafrodisia. 16.2.1.2. Frigidez. 16.2.1.3. Erotismo. 16.2.1.4. Autoerotismo. 16.2.1.5. Erotomania. 16.2.1.6. Exibicionismo. 16.2.1.7. Narcisismo. 16.2.1.8. Mixoscopia. 16.2.1.9. Fetichismo. 16.2.1.10. Lubricidade senil. 16.2.1.11. Gerontofilia. 16.2.1.12. Cromoinversão. 16.2.1.13. Etnoinversão. 16.2.1.14. Topoinversão. 16.2.1.15. Urolagnia. 16.2.1.16. Coprolalia. 16.2.1.17. Coprofilia. 16.2.1.18. Pigmalionismo. 16.2.1.19. Pedofilia. 16.2.1.20. Edipismo. 16.2.1.21. Masturbação. 16.2.2. Aberrações ou perversões sexuais. 16.2.2.1. Riparofilia. 16.2.2.2. Triolismo. 16.2.2.3. Vampirismo. 16.2.2.4. Bestialismo. 16.2.2.5. Necrofilia. 16.2.2.6. Sadismo. 16.2.2.7. Masoquismo. 16.2.2.8. Sadomasoquismo. 16.2.2.9. Homossexualismo.

“Quae fuerant vitia, mores sunt” (Sêneca).

16.1. Psicosexualidade

O instinto sexual, força dominante na natureza humana, é expressão designativa da ação orgânica reflexa neuropsíquica, desencadeada por automatismos profundos filogenéticos, objetivando, primordialmente, a perpetuação da espécie e, secundariamente, nos seres mais evoluídos da escala zoológica, a satisfação da posse carnal. Ademais, para um ainda pequeno grupo da espécie humana, a conjunção carnal não se limita apenas a descarregar a tensão física e emocional provocada pelo acúmulo de sêmen nas vesículas seminais ou a uma infinita seriação dos seres vivos, mas, fundamentalmente, à significação da reintegração transcendental ao Princípio Divino, pelo amor, retornando, num átimo, e não permanentemente, à unicidade pristina. Conforme Rhada Krishnan (*Filosofia hindu*, v. 1), “podemos adquirir um estado incomparavelmente maior que a satisfação do desejo”.

Libido é a manifestação mental do instinto sexual.

É forma de energia psíquica especialmente associada à volição sexual.

Essa modalidade de energia psíquica associada ao instinto sexual não está atrelada exclusivamente aos órgãos genitais, posto que pode orientar-se para objeto, pessoas ou certas regiões anatômicas (*libido objetal, feiticista*), para o próprio corpo (*libido narcisista*), ou, ainda, para nutrir as atividades intelectuais (*libido sublimada*).

O sexo já não é mais assunto delicado e embaraçoso, considerado inocente ou nocivo. É apenas, quando bem orientado, a expressão carnal de mais uma função fisiológica do organismo. O que ocorre, amiúde, é a nefasta influência de uma obsessão pública pelo assunto, incrementada por uma verdadeira enxurrada de informações deseducativas pelos meios de comunicação — revistas, literatura erótica, jornais, filmes cinematográficos e fitas de videocassete —, como a grande maravilha da época, alcançando um número considerável de pessoas que vivem habitualmente frustradas ou com sua sexualidade, a rigor, desmotivada ou reprimida, ameaçando lançar, especialmente a juventude, para os infectos pântanos da imoralidade. Vale destacar, ademais, a infeliz hipocrisia que permeia a sociedade em que vivemos quando o assunto é sexo ou sexualidade, bem como o falso moralismo e as fanáticas orientações religiosas, que culminam com a infelicidade da pessoa.

Os médicos, psiquiatras, psicólogos, criminalistas, assistentes sociais e todos que trabalham nas casas de custódia e tratamento psiquiátrico não ignoram toda a gama de infelicidades provocadas pelo sexo mal orientado, como os desajustes, repressões, modificações qualitativas, por degeneração psíquica, em personalidades psicopáticas ou por ação de fatores orgânicos e hormonais, levando os pacientes a terríveis frustrações e até ao crime.

Os desvios da atividade sexual de um indivíduo, quando não são expressões de outras enfermidades mentais, são fundamentados no transtorno do instinto e na definição inata do sentimento ético. Os transtornos da vida sexual são, inclusive no homem normal, frequentes anomalias da sexualidade em estado latente. O aparecimento dos desvios sexuais pode ser determinado por situações ambientais como formas de reação, e, também, por circunstâncias tóxicas (alcoolismo, entorpecentes), fisiológicas (puberdade e menopausa), ou patológicas (demência senil, paralisia geral progressiva, arteriosclerose generalizada).

À Medicina Legal importa, por sua nocividade, o estudo da sexualidade anômala, ou seja, das perversões e das aberrações sexuais, caracterizadas pelas modificações qualitativa e quantitativa do instinto sexual, quer no que concerne ao objeto, quer no que se refere à finalidade do ato, determinadas por degeneração psíquica ou por fatores orgânicos glandulares, não se esquecendo, todavia, que em várias psicoses aparecem sintomas de perturbações da atividade genésica, com o aspecto de mero epifenômeno.

Para uma melhor compreensão da gênese dos desvios e das perversões ou aberrações do instinto sexual — tendência ou predisposição inata cujo objeto é o coito, e que difere de indivíduo para indivíduo —, convém tecer algumas considerações sobre o desenvolvimento da psicosexualidade no ser humano. Este desenvolvimento da psicosexualidade procede-se paulatinamente através de fases que não guardam um limite nítido de separação, antes interpenetram--se, mesclam-se entre si. Dessa forma, a divisão em fases etárias objetiva tão somente exposição didática.

No início da vida extrauterina, a criança, qualquer que seja o sexo, é regida pelo chamado “princípio do prazer”, que a impulsiona, constantemente, a realizar tudo que lhe possa causar satisfação, ao mesmo tempo em que a afasta do que lhe causa aborrecimento, frustração ou infelicidade. Na segunda fase do período pré-genital, esse “princípio do prazer” é substituído pelo “princípio da realidade”, o qual leva a criança a adiar a realização de suas satisfações momentâneas visando a gerar a estima e a aceitação na comunidade.

O desenvolvimento psicosexual do ser humano ocorre, didaticamente, em três grandes períodos:

- 1) período pré-genital, que compreende os seis primeiros anos de vida extrauterina;
- 2) período de latência, que se estende dos 7 aos 12 anos;
- 3) período genital, também chamado puberdade ou adolescência, que abrange a fase etária dos 11 ou 12 anos até a idade adulta.

O período pré-genital compreende três fases: oral, anal ou anal sádica e fálica.

Na fase oral, compreendida desde o nascimento até os 18 meses de vida extrauterina, a criança obtém satisfação, representada pelo prazer em mamar ou em ser alimentada, ou chupando os dedos etc., pelo emprego dos lábios, da boca, língua, palato e gengivas, que funcionam, dessa forma, como uma primeira zona erógena.

Entre os primeiros 12 e 36 meses de vida extrauterina, desenvolve-se a fase anal ou anal sádica, em que a criança tem despertada a sua área de interesse basicamente para o ânus e circunjacências, que funcionam como a segunda zona erógena. Assim, a criança sente nessa fase prazer nas funções eliminatórias-intestinal e vesical, e em brincar com ou cheirar as excretas.

A partir de um ano de idade, ou mais, ela passa a exercer um certo controle sobre os esfíncteres, trocando o “princípio do prazer” pelo “princípio da realidade”, iniciando-se numa adaptação socialmente aceita e familiarmente adequada, visando a ganhar a estima da comunidade.

Na fase fálica, que se estende dos três aos seis anos, a área de interesse da criança situa-se nos genitais. A manipulação das zonas erógenas, concomitantemente ao prazer desencadeado por posterior masturbação, gera a chamada “ansiedade de castração”, de modo diferente conforme seja o sexo da criança. Destarte, o menino sente inclinação afetiva para a mãe, rivalizando e hostilizando o pai, a quem passa a temer, admirando-lhe, entretanto, a figura masculina. O menino, cujas zonas erógenas agora concentram-se nos órgãos genitais, a par da satisfação que sente em manipulá-los, teme a punição do pai, ou dos adultos, pela mutilação dos mesmos, o que gera o “complexo de castração” ou “ansiedade de castração”. Para aliviá-la, reprime a hostilidade contra o progenitor, procurando identificar-se com o mesmo e assumir sua função masculina no grupo social.

A menina, quando nota a diferença de seus órgãos genitais relativamente aos do menino, sente-se prejudicada ou castrada. Responsabiliza a mãe pela castração e volta-se para o pai, que lhe inspira inveja por possuir falo, que ela não tem. É o chamado “protesto viril” de Adler, em que se cria a situação de “romance familiar” ou “situação edípiana”, em que a menina ama e admira o pai, tomando-o como padrão masculino ou rejeitando-o como esse modelo na adolescência.

Nessa trilha de entendimento, a criança, seja o sexo que for, educada em atmosfera hostil e sem amor, dissimula muitos de seus desejos, aspirações e opiniões, por temor a desaprovação dos próprios pais e, para ser mantida em bom conceito, aprende a levar a vida artificial, desagradável, até mesmo neurótica, gerando conflito psíquico, a princípio inconsciente, mas, depois, corporifica e se manifesta por depressão, sintomas físicos, distúrbios da psicosexualidade etc.

É na fase pré-genital que se desenvolve toda atividade sexual da criança pelo estímulo desencadeado por sensações de prazer relacionadas com a boca, na fase oral, o ânus, na fase anal ou anal sádica, e com os órgãos genitais, na fase fálica, originando a libido. Se a libido, manifestação mental do instinto sexual, por interferência de barreiras psicológicas no processo normal de maturação psicosexual, fixar-se numa destas fases, ou se o indivíduo a uma delas retorna na idade adulta, diz-se ter ocorrido, do ponto de vista psicanalítico, uma fixação da libido em tal ou qual fase. Como reforço, a maioria dos desvios sexuais tem origem em processos de regressão ou de fixação a níveis infantis de sexualidade.

No período da latência inicia-se a solução do “romance familiar” ou “Complexo de Édipo” ao mesmo tempo em que, nessa fase, surgem outras manifestações da atividade sexual, controladas pelo recalque e pela educação familiar e social. Neste período ocorrem manifestações mixoscópicas, e de exibicionismo, que não devem ser confundidas com os desvios sexuais, homônimos dos adultos; surge, também, um fenômeno transitório de “pseudohomossexualismo”, tornado patente pelo antagonismo dos sexos, e que não se vexará com o uranismo e a pederastia masculina ou com o lesbianismo e o tribadismo. E se desenvolvem concepções do ego como o pudor, a aversão, a moralidade, objetivando suportar, mais tarde, a tempestade e a tensão da puberdade e a dirigir as tendências sexuais novamente despertadas, como salienta Freud.

No período genital, puberdade ou adolescência, os fenômenos psicobiológicos ligados à maturação das gônadas se completam, com surgimento dos caracteres sexuais secundários, poluição noturna, no sexo masculino, e menstruação, nas meninas, interesse pelo sexo oposto, decisão da carreira profissional etc.

Nesta fase do desenvolvimento, a psique dos jovens, e especialmente da menina, sofre inusitadas alterações, importando a transição da infância para a idade adulta em profundas adaptações internas às tensões instintivas e emocionais, assim como na necessidade de dirigir e dominar os problemas advindos dos intensos conflitos da puberdade em face do ambiente social. Vai-se desenvolvendo, ao mesmo tempo, nos jovens, o sentimento de amor próprio e independência que os fazem abandonar paulatinamente quase todas as atitudes infantis, objetivando obter a aprovação dos pais ou de quem as vezes lhes faz. Por seu turno, existe, já, em seus espíritos, verdadeiro masoquismo psíquico ou gozo inconsciente pela própria dor que persiste veladamente como um fator inerente à feminilidade, desde a puberdade até a reprodução. O suportar consiste, pois, atitude tão característica da passividade feminina, como o atuar no homem. Esses dois fatores — amor próprio e prazer inconsciente pela dor — deverão contrabalançar-se e equilibrar-se, mutuamente, de modo que nenhum deles predomine sobre o outro, nem iniba, permanentemente, o impulso sexual, gerando masoquismo.

Os desvios do sexo compreendem a anafrodisia, a frigidez, o erotismo, o autoerotismo, a erotomania, o exibicionismo, a escopofilia ou mixoscopia, o narcisismo, o fetichismo, a lubricidade senil, a gerontofilia, a cromoinversão, a etnoinversão, as topoinversões, a urolagnia, a coprolalia, a coprofilia, o pigmalionismo, a pedofilia, o edipismo, a masturbação, com reservas.

Constituem aberrações ou perversões sexuais: a riparofilia, o triolismo, o vampirismo, o bestialismo, a necrofilia, o sadismo, o masoquismo, o sadomasoquismo, o homossexualismo.

16.2. Psicosexualidade anômala

16.2.1. Desvios sexuais

16.2.1.1. Anafrodisia

É a ausência ou perda do desejo sexual do homem, em geral jovem e aparentemente sadio, determinada por certas doenças psíquicas, glandulares (diabetes), nervosas (*tabes dorsalis*), ou congênitas (malformações dos órgãos gerativos), ou vício (maconha).

Com o evoluir do tempo, é normal e fisiológica a ocorrência de diminuição do apetite venéreo, no ser humano hígido. O que não se admite é a inexistência do desejo sexual em pessoas mentalmente normais, como se depreende da observação de que a ausência dos órgãos genitais — como nos castrados que não conseguem realizar a conjunção carnal, porém conservam o impulso genésico, por ser o mesmo mais função do cérebro do que das gônadas — em nada altera o instinto sexual. O que se aceita é a existência de homens com a sexualidade diminuída.

A anafrodisia interessa ao Direito nos casos de anulação do casamento por defeito físico irremediável, desconhecido pelo cônjuge e anterior à celebração, ou de provável impossibilidade de realização de conjunção carnal, para negar autoria de coito criminoso.

16.2.1.2. Frigidez

Insta dizer que a frigidez ocorre em cerca de 40% das mulheres, o mais das vezes sem repercussões; é possível, entretanto, ser responsável por sintomas neuróticos naquelas que, tendo experimentado a gratificação sexual, depois tornam-se insatisfeitas, ou nas sugestionadas. Pois há de ter-se em conta a necessária gratificação sexual como alívio da ansiedade.

Sabemos de inúmeras mulheres frígidas com determinado parceiro que, posteriormente, experimentaram orgasmo e obtiveram gratificação sexual completa com o homem que amavam.

A frigidez é o mais frequente dos desvios sexuais. Mesmo entre as mulheres de vida airada, o instinto sexual não é, geralmente, de nenhum modo elevado, antes, ao contrário, na maioria delas há frigidez para os atos sexuais.

Há uma forma de frigidez temporária, que não interessa ao Direito, que se manifesta sobretudo nas mulheres que convolam núpcias depois dos 35, 40 anos.

A frigidez irremediável é de cunho sempre patológico. É a que interessa ao Direito, para os casos de anulação do casamento, quando anterior à convalidação das núpcias e ignorada pelo cônjuge, e de adultério, pois, ao contrário do que pensam muitos leigos inclusive cultos, são as portadoras dessa modalidade de desvio sexual quem, amiúde, mais quebram o juramento de fidelidade conjugal.

16.2.1.3. Erotismo

Anomalia que caracteriza o exagero do apetite venéreo, a *glutoneria sexual*, a impulsão obsessiva aos atos sexuais.

No homem denomina-se *satiríase* e, na mulher, *ninfomania*.

Areteu da Capadócia (a.C. 120-180), médico grego que habitava em Roma, redigiu vívida descrição dessa anomalia sexual: “Os sátiros, sacerdotes de Baco, eram representados em desenhos e escultura com o falo ereto, um símbolo de potência divina. Satiríase é o nome de uma doença na qual o paciente tem uma ereção permanente e um desejo insaciável de coúbio. Mas o ato sexual não proporciona nenhum alívio. O paciente fica com espasmo nos nervos, os tendões tensos, as partes genitais inflamadas e dolorosas. Em geral permanece quieto, em extremo sofrimento; mas, se o impulso supera seu senso de vergonha, ele perderá o pudor e realizará o ato em público”.

A satiríase (de Satyros) é um estado de ereção peniana quase permanente, com excessivo ardor genésico e insatisfação sexual, mesmo tendo o homem atingido o orgasmo várias vezes, em coitos repetidos, acompanhada ou não de delírios e alucinações.

É atitude sexual masculina caracterizada por um insaciável impulso de hiperexcitabilidade heterossexual, no qual o sátiro não consegue a gratificação, nem o alívio da tensão e seus efeitos colaterais à ejaculação, o que faz com que ele se torne cada vez menos exigente e discriminador na busca frenética de novos objetos venéreos.

Do mesmo modo, é comum o paciente desenvolver intenso narcisismo, que o despe de qualquer consideração para com a mulher e o leva a procurar provar-se apenas a si próprio.

Afirmam os historiadores que Júlio César possuía exagerado instinto sexual; cercado por uma prodigiosa quantidade de concubinas, pretendia promulgar uma lei segundo a qual todas as mulheres de Roma deviam ser impunemente postas à sua disposição. Mais tarde, sentindo declinar sua potência sexual, tornou-se pederasta passivo, o que fez Cúrio Senior apotegmar: “omnium virarum mulierem et omnium mulierum virum”.

A satiríase é de origem sempre patológica.

Não há de ser confundida com o priapismo, nem com a erotomania.

O priapismo (de *priapo*, falo) é um estado patológico caracterizado pela ereção anormal e permanente do pênis, extremamente dolorosa e, de ordinário, sem desejo sexual e, portanto, sem ejaculação, provocada por infiltração sanguínea patológica dos corpos cavernosos ou trombose das veias do plexo espermático ou por estímulos contínuos dos centros de ereção ao nível da 2.ª vértebra lombar, por doenças assestadas na medula (hematomielia, *tabes dorsalis*, mielite, meningomielite, tétano, hidrofobia), leucemia, epilepsia, esquizofrenia, cânfora, cantaridina, haxixe, yohimbina.

A erotomania será estudada no n. 16.2.1.5.

A ninfomania (do grego *Nymphe*, recém-casada + mania, loucura), também chamada estromania, uteromania, histeromania, furor uterino, é a tendência insaciável da mulher para os apetites venéreos, sem que a mesma consiga, a despeito das numerosíssimas conjunções carnis, gratificar a sua sexualidade.

Nesta forma de desvio sexual ocorre uma tendência acentuada da mulher em procurar manter relações sexuais com qualquer homem, o que se explica, em psicanálise, por uma excessiva identificação com o pai, que a leva a tomar a parte ativa nas atividades venéreas numa manifestação de desejos incestuosos inconscientes.

Serve, para exemplo, Messalina, que, sob o nome de Lyciscaea — descreve Juvenal, sát. VI, vs. 125-130 —, toda nua, deitada sobre o dorso, abandona—se lascivamente, sem medida, a todas as investidas lúbricas. O desejo lhe faz ainda sentir seus agulhões ao retirar-se ela, mais fatigada, mas não satisfeita (*et lassata viris, nondum satiata, recessit*).

Kraft-Ebing refere ser a ninfomania desvio sexual mais comum nas histéricas, cujos impulsos venéreos estão, quase sempre, patologicamente exagerados, de modo contínuo ou intermitente.

Tenha-se bem entendido que não é necessária a ninfomania para que se desenvolvam incontáveis desejos sexuais nas mulheres privadas da razão. E que algumas mulheres, até então de procedimento irreprochável, são atormentadas no climatério, por crises erotômanas, acabando por praticar adultério ou por se transformar em barregãs de muitos leitos.

A ninfomania pode ser aguda, forma de repercussões gravíssimas, passível de levar a mulher à loucura e à morte, e crônica, menos perigosa, que se manifesta por intensa exaltação da psicosexualidade.

O erotismo interessa ao Direito porque os portadores, insatisfeitos com a prática exagerada da heterossexualidade, abusam, também, da masturbação e das aberrações sexuais de todo gênero, gerando crime, estupro, escândalo, adultério e prostituição.

Os acometidos de exacerbação do apetite sexual amiúde têm a completa consciência do seu ato e de sua natureza criminosa. Todavia, a psique, agitada persistentemente pelos torvelinhos vorazes das paixões eróticas, acarretando uma momentânea diminuição da resistência moral, até a sua completa perda, supressão da consciência e cumprida perturbação mental, os faz sucumbir, vertiginosa e irresistivelmente, no crime, como o calhou que rola, desde um lugar declive, abatendo obstáculos como o seu próprio peso, ao se lhe anteporem em seu percurso. Nestes casos, demonstrado previamente que o erotismo seja emanção de uma específica perturbação mórbida, deve concluir-se pela irresponsabilidade, de vez que o fato se põe em contraste com a personalidade psíquica.

O erotismo é mais comum ao sexo masculino.

16.2.1.4. *Autoerotismo*

Desvio que representa a gratificação sexual sem parceiro, pelo desencadeamento da ereção peniana e do orgasmo independentemente de estimulação das zonas erógenas, do aparelho genital ou mesmo da presença de alguém.

Costuma manifestar-se nos predispostos, pela contemplação lasciva de pinturas, esculturas, danças eróticas e fotografias pornográficas, ou na presença da pessoa desejada. Há casos em que a simples evocação basta; por isso é chamado *coito psíquico de Hammond*, ou, também, *psicologia*, estado mental caracterizado pela sensação de prazer sexual ao imaginar ou pensar em atos venéreos.

16.2.1.5. *Erotomania*

Trata-se de mania amorosa; é o delírio pelo amor sensual.

Modalidade de erotismo intensamente mórbida, é a hipérbole do amor platônico, na qual o degenerado, amiúde casto e virgem, é obsedado por uma paixão avassaladora absolutamente despida de qualquer desejo sexual, que rege todas as suas ações.

Ball a caracteriza por dois elementos: o amor etéreo, diáfano, ideal, puríssimo e a adoração pelo amante das perfeições espirituais da mulher.

Com efeito, muitas vezes basta uma visão passageira, um aceno, um trejeito, para que o erotômano, esquecido de si mesmo, seja perseguido por uma ideia fixa de um amor incontrolável.

Os erotômanos são tímidos, ingênuos, discretos, alheios a outros interesses, podendo, conformisticamente, sem uma queixa, chegar até o suicídio, ou importunos e insolentes, passíveis de atentar inopinadamente contra a pessoa amada. Para exemplificar a segunda hipótese, em 1957, um arquiteto, preso de intensa paixão platônica, matou a amada, que não o conhecia, na porta principal da igreja da Consolação, em São Paulo, que ali, momentos antes, convolara núpcias.

16.2.1.6. *Exibicionismo*

Compreende desvio sexual caracterizado pela atitude impulsiva e incoercível de exhibir os órgãos genitais a outros (amiúde, mulheres e crianças), sem convite para a cópula, como meio de obter excitação e gratificação sexuais.

É psicose de regressão ou de fixação a níveis infantis da sexualidade envolvendo tendência narcisista e sedução, bem como a necessidade de segurança contra a ansiedade de castração.

Geralmente, na sua forma lúcida, trata-se de portadores de graus variáveis de arteriosclerose cerebral, ou de certos tipos de psicopatias, ou de pessoas tímidas, amiúde do sexo masculino, que se postam sempre nos mesmos lugares e às mesmas horas, aguardando a passagem de pessoas para expor, impulsivamente, o falo flácido, sem qualquer outra manobra lúbrica. O exibicionista tenta obter, dessa maneira, alívio de sua ansiedade de castração ou dúvida sobre a própria masculinidade.

O exibicionista, convém insistir, é indivíduo cujas barreiras psicológicas interferiram em seu processo normal de maturação psicosssexual com ocorrência de regressão à fase precedente do desenvolvimento ou fixação a uma dessas fases. Assim é que o padrão de comportamento do exibicionista é complexo e envolve tendências narcisistas e de sedução, bem como a segurança contra a ansiedade de castração mencionada, preocupação normal da criança.

Para a psiquiatria, em geral trata-se de uma obsessão impulsiva periódica a que estão sujeitos certos indivíduos, sem relação com o fortuito exibicionismo dos oligofrênicos e dos débeis mentais.

Laségue, que deu nome a essa psicopatia, a caracteriza pelos seguintes elementos essenciais: exibição do falo, amiúde flácido, à distância, sem outra manobra lúbrica e sem tentativa de atos libidinosos ou de conjunção carnal. A simples exposição da genitália não faz o pervertido chegar ao orgasmo. Pode haver casos, nos tímidos e canhestros, em que o exibicionista obtém gratificação sexual por masturbação.

Regra geral, a mulher como que tem uma necessidade psicológica discreta de se exhibir nos generosos decotes, minissaias, calças *jeans* justas o bastante para marcar na região glútea as calcinhas, como meio de chamar a atenção e prazer, sem que tal conduta deva ser levada em conta de desvio sexual. Trata-se então, se assim podemos chamar, de *pseudoexibicionismo*. Nela, o *exibicionismo verdadeiro* e próprio é raríssimo e em poucos casos que ocorrem é efeito de um estado ninfomaniaco.

Interessa ao Direito como uma forma de ultraje público ao pudor.

O tratamento do exibicionismo é psicanalítico.

16.2.1.7. *Narcisismo*

É o desvio sexual consistente na admiração do próprio corpo ou no culto exagerado de alguns ou de todos os elementos da personalidade, com indiferença para o sexo oposto.

É amar a si mesmo!

O nome deriva de Narcisus, personagem mitológico que se apaixonou por si próprio, ao ver num lago refletida a sua imagem.

Até a puberdade, o narcisismo é base de confiança em si mesmo, e representa uma fase normal do desenvolvimento psicosssexual em que o indivíduo experimenta um sentimento erótico pelo próprio corpo e personalidade, isto é, tem a libido dirigida para o ego.

Patologicamente, tem conotação de regressão a tal fase ou de permanência nela.

Outro lado negativo é a participação narcisista no amor aos filhos por parte dos pais que neles projetam seus desejos e aspirações não realizadas e que, frustrados, são levados a uma atitude rejeitadora contra os filhos que se recusam a concretizar-lhes os sonhos.

Nas mulheres é o narcisismo constante e normal, desde que não lhes condicione aversão ao coito. No homem, passada a fase do período genital, é sempre patológico, podendo o culto pelo próprio corpo ou pela sua personalidade levá-lo ao autoerotismo, com manifesta diminuição da heterossexualidade.

“Shakespeare, o precursor da psicanálise, foi narcisista como Leonardo da Vinci” (H. Salvador, *Freud*, 1941, p. 65-6).

Tem pequena importância médico-legal.

16.2.1.8. *Mixoscopia*

Também chamada observacionismo, inspeccionismo, escopofilia, é desvio sexual caracterizado pelo prazer erótico despertado pela atitude de observar, espiar pessoas se despindo, ou nuas, ou praticando atos libidinosos, ou mantendo relações sexuais.

Significa o regresso à curiosidade e ao comportamento de exploração do menor.

Manifesta-se por uma forma sexualizada de curiosidade, nos que procuram surpreender as atitudes sexuais dos outros por faltar-lhes a coragem de assumi-las eles mesmos, por medo inconsciente da castração.

Alves Garcia e O. Galloti chamam a essa perversão tealagnia — volúpia de ver, étimo grego “mais apropriado da natureza e do fim do ato”. Os franceses a chamam *voyeurismo*, e *voyeurs* ou *voyeuses* aos que se comprazem na contemplação do coito vaginal e das intimidades sexuais.

Para Kraft-Ebing, os escopofilistas têm a gratificação erótica apenas pela visão da *intromissio penis in vaginam* ou de atos libidinosos de terceiros, com total abstenção de qualquer atividade sexual. Outros admitem a prática da masturbação.

Habitualmente, os participantes não têm conhecimento de que estão sendo observados. Há casos, entretanto, de maridos que buscam o prazer sexual assistindo aos atos venéreos das próprias esposas com amantes por eles contratados.

Nas grandes capitais existem casas de espetáculos eróticos nas quais os casais copulam diante de um público francamente escopofilista.

Em Bauru, cidade do interior do Estado de São Paulo, houve, há alguns anos, um radialista apelidado “buraqueiro” pelo hábito que tinha de observar, sem ser visto, pelas janelas ou por buracos nas paredes, por ele adrede preparados, moças despindo-se e casais exercendo atos sexuais.

A escopofilia interessa ao Direito nos possíveis casos de falsa alegação de exibicionismo.

16.2.1.9. *Fetichismo*

Também chamado feiticismo (de feitiço ou fetiche), é desvio sexual no qual a gratificação venérea se realiza à vista, ao toque ou à simples evocação de objetos ou partes do corpo que não os genitais de pessoa de outro sexo.

O fetichismo é a exaltação, em uma cálida atmosfera sexual, de uma parte do corpo feminino ou de uma indumentária íntima da mulher. Pode, então, ser estimulado por partes do corpo que não a genitália, ou por peças do vestuário ou inclusive por algumas emanções de pessoa do sexo oposto.

José de Alencar, autor que em importância e influência ocupa posição singularíssima na literatura brasileira, retrata com grande fidelidade, no romance *A pata da gazela*, o amor fetichista do personagem Horácio de Almeida por uma mulher desconhecida, desencadeado por uma botina encontrada casualmente na calçada: “o que amo nela é o pé; este pé silfo, este pé anjo, que me fascina, que me arrebatava, que me enlouquece!”.

“Vitor Hugo é pelas pernas; Machado de Assis, pelos braços; Belot, pela boca” (Afrânio Peixoto).

Defeitos físicos também podem tornar-se fetiches. Descartes, iniciado sexualmente por uma rapariga estrábica, sempre teve decidida inclinação pelas mulheres zorrolhas. Viveiros de Castro registra o caso relatado por Lydstone de um indivíduo que teve as primeiras relações sexuais com uma mulher amputada de uma coxa e que, mais tarde, separado dela, “procurou ativamente e incessantemente uma outra mulher que fosse também amputada da coxa”.

O fetichismo é desvio do sexo essencialmente masculino, aberração da alma consagrada ao culto da matéria, e se manifesta nos portadores de culpa em que uma severa ansiedade de castração afasta-os do objeto sexual desejado, tornado irreconhecível, ou de incapacidade sexual, ou, ainda, nos saturados heterossexualmente, o

fetichismo funcionando como necessário estímulo para provocar-lhes a ereção. A gratificação sexual só é possível pela evocação ou presença do fetiche, estimulador de um reflexo condicionado resultante, amiúde, do modo pelo qual foi o indivíduo iniciado. Assim é que a masturbação ou o coito vaginal somente ocorrem, por exemplo, com a mulher calçando meias pretas, à maneira do sucedido na iniciação do degenerado. Pode, ainda, o feticheista obter o prazer sexual mais intenso no momento em que se apodera do fetiche (roubando, tirando, comprando etc.).

O fetiche pode ser também simbolicamente considerado como um pênis conferido à mulher e com o qual o indivíduo tenta controlar a sua ansiedade de castração.

Existe um grau aceitável de fetichismo, quando singelo, puro, cândido, sem malícia, como o do moço que guarda sonhadamente uma mecha de cabelos recendendo o perfume da pessoa amada. O desvio sexual se manifesta no momento em que o fetiche inflama a paixão com veemência extrema e passa a constituir elemento indispensável da gratificação venérea, ou no momento em que o amor de um pormenor qualquer se torna preponderante a ponto de apagar todos os demais.

16.2.1.10. *Lubricidade senil*

Trata-se de manifestação sexual exagerada nos velhos, amiúde, mas não necessariamente, impotentes, de cunho sempre patológico, sugestiva de demência senil ou paralisia geral progressiva, consistente em toques lúbricos nos órgãos genitais, especialmente de criança, e na prática de obscenidades em logradouros públicos.

Trata-se, em geral, de velhos de vida pregressa sadia, proba, que, vitimados por esse desvio da sexualidade, perdem todo o senso de decoro, ensejando a prática de atos libidinosos.

Afirmam que Tibério, homem licencioso, cuja vida se acaba na demência senil, além de sádico, padecia desse desvio sexual, pois, no banho, fazia com que crianças, a quem chamava “meus peixinhos”, lhe afagassem a genitália.

16.2.1.11. *Gerontofilia*

“Porém o amor pintam-no cego e por isso os amantes não veem as deliciosas loucuras a que se arrojam” (Shakespeare, *Mercador de Veneza*, ato II, cena VI).

Também chamada cronoinversão, representa desvio da sexualidade caracterizado pela inclinação romântica e, por vezes, sexual, ou pelo amor obsessivo de pessoas relativamente jovens por outras de excessiva idade.

É a mocidade amando a velhice.

Nesta modalidade de desvio da sexualidade o indivíduo demonstra atração sexual por parceiros bem mais velhos que ele, o que pode ser considerado uma projeção de desejos incestuosos latentes.

Há muitos homens idosos que sentem atração sexual pelas mulheres mais jovens. O armador grego Aristóteles Onassis casou-se com Jacqueline Kennedy, mulher muitos anos mais moça que ele. Pablo Casals, aos 80 anos, desposou uma de suas alunas, de 20 anos de idade. Charles Chaplin convolveu núpcias com a jovem atriz Oona O’Neil quando já estava muito além do vigor da juventude e com ela teve vários filhos.

Não se confunde gerontofilia com o comportamento de mulheres que, durante sua infância, estiveram apegadas à mãe, intensamente sobrestimuladas pelo pai, e que, não desejando perder sua posição de “meninas mimadas”, consciente ou inconscientemente, casam com homens muito mais velhos objetivando continuar vivendo, em sua fantasia, como “filhas” de seus maridos; nem com as mulheres que, frustradas pela mãe, se identificam com os pais e convolvam núpcias com homens mais jovens que elas, a quem tratam desveladamente como a um filho.

16.2.1.12. *Cromoinversão*

Trata-se de atração sexual de pessoa por outras de cor diferente.

Exemplifica a espécie a preferência que têm os alemães, os franceses e os de raça nórdica pelas mulatas.

Não tendo caráter obsessivo, não deverá a cromoinversão constituir desvio da sexualidade.

16.2.1.13. *Etnoinversão*

É a propensão erótica para pessoas de raças diferentes da do indivíduo.

Além de passar despercebida na sociedade, como infrequente distúrbio sexual, é praticamente despida de interesse médico-legal.

16.2.1.14. *Topoinversão*

Representa modalidade de desvio sexual caracterizada pela prática de atos eróticos em outras regiões do corpo (coito anal, mamas, coxas, axilas) que não os genitais.

Existem duas formas de topoinversões que os sexólogos, modernamente, excluíram do capítulo dos desvios sexuais, admitindo-as como meio de erotização dos parceiros durante o prelúdio amoroso que antecede a cópula: a felação e a cunilíngua.

Felação (*fellatio*) é a sucção do pênis, em geral por mulher, e entre homossexuais e pedófilos; cunilíngua (*cunilingus*) é a aplicação da boca e da língua aos órgãos genitais externos femininos — vulva, vagina e, especialmente, clitóris —, seguida de sucção e lambedura por homem ou por mulher homossexual. Com efeito, é a cunilíngua prática frequente homossexual.

O relatório Kinsey, de 1953, sobre a sexualidade masculina informa que 59% dos entrevistados eram dados à prática dessa espécie de relação orogenital. Esse percentual, sem dúvida, desde então, aumentou, posto que houve significativas alterações desse e de outros hábitos venéreos, graças ao desenvolvimento de novas atitudes e explicações sobre comportamento sexual, permitindo expressão e participação sexuais ditas “completas” pelos casais.

Essas duas modalidades de topoinversões são modernamente consideradas uma particularidade e não um desvio da sexualidade, e explicadas pela psicanálise como resultantes da fixação oral da libido.

Melhor chamá-las *atividade sexual oral* ou *orogenital* e não topoinversões, em que a obtenção da gratificação venérea se dá através do contato da boca com os órgãos genitais, agrupando atos e manobras relacionadas com o falo (felação), com a vagina (cunilíngua), e com o ânus (anilingus), e considerá-las parte das ações corporais que constituem o jogo amoroso preliminar da cópula (*praeludia coiti* ou *foreplay sexual*), podendo ser, em outros indivíduos, a satisfação em si.

16.2.1.15. *Urolagnia*

Consiste no desejo sexual despertado ao ver urina, ou alguém urinar, ou ouvir o ruído provocado pela emissão do jato urinário.

A associação de ideias sexuais com água, incluindo urina e micção, é chamada *ondinismo*. Steckel descreve uma variação desta modalidade de perversão sexual, consistente em *urinam feminae deletae in os proprium immitere*.

16.2.1.16. *Coprolalia*

Propomos chamar *escatologia* a essa forma de linguagem que emprega expressões obscenas.

A coprolalia pode significar uma fixação na agressividade oral ou preocupação com a fase do desenvolvimento psicosexual humano. No adolescente representa uma necessidade de afirmação, exprimindo, simbolicamente, a recusa em submeter-se aos padrões educativos do ambiente familiar e comunitário.

Constitui desvio da sexualidade quando a gratificação erótica só ocorre com o indivíduo proferindo ou ouvindo palavras obscenas, antes ou durante o ato venéreo.

A coprolalia é comum nos débeis mentais, no curso de explosões temperamentais, casos de excitação psicótica, encefalopatias, disritmias etc.

16.2.1.17. *Coprofilia*

Representa o hábito de manipular ou brincar com as fezes, observado na criança em plena fase de desenvolvimento psicosexual pré-genital, porém logo reprimido pelas imposições educativas do ambiente familiar.

Constitui desvio sexual mórbido quando o degenerado sente prazer sexual no ato da defecação ou ao contato com as fezes, próprias ou de outrem.

Em Bauru, interior do Estado de São Paulo, houve uma mulher que declarou espontaneamente chegar ao orgasmo durante a defecação.

16.2.1.18. *Pigmalionismo*

Pigmalião, escultor cipriota, apaixonou-se perdidamente e casou com Galatéia, estátua que esculpira e a quem Afrodite, atendendo às suas súplicas, dera vida.

O pigmalionismo seria, então, em tese, o amor do artista por uma obra sua. Para a psicanálise, o significado real desse desvio da sexualidade é o amor exagerado e anormal pelas estátuas. Para alguns sexólogos, o pigmalionismo seria uma forma raríssima de necrofilia.

É também chamado estatufilia, iconolagnia e iconomania, e se manifesta mais comumente nas mulheres.

Os portadores dessa inversão costumam frequentar jardins ertos ou museus de obras de arte para satisfazer sua libido sobre estátuas, masturbando-se, deixando sobre elas os vestígios de seu ultraje. Ou praticam arremedo de coito com bonecas infláveis.

Em 1877, um jardineiro francês foi surpreendido quando tentava copular com uma reprodução da Vênus de Milo, por quem se apaixonara, exposta num parque.

Clísofo escondeu-se no templo de Samos com o fito de possuir uma estátua para a qual verteu seus amores, e, obstado em seu intento pela frieza do mármore, serviu-se de uma porção de carne crua colocada na região genital da estátua, chegando à ejaculação.

Interessa ao Direito nos casos de ultraje público ao pudor.

16.2.1.19. Pedofilia

Trata-se de desvio sexual caracterizado pela atração por crianças ou adolescentes sexualmente imaturos, com os quais os portadores dão vazão ao erotismo pela prática de obscenidades ou de atos libidinosos.

O pedófilo identifica-se com seu pequeno companheiro e faz à criança o que ele próprio gostaria de experimentar, e muitas vezes é incapaz de assumir uma relação heterossexual normal. Significa, portanto, o regresso do indivíduo adulto à curiosidade sexual e ao comportamento de exploração da criança.

Uma intensa ansiedade de castração, promotora de incapacidade de assumir relação heterossexual normal, afasta o pedófilo do parceiro sexual adulto. A proposta habitual do degenerado à criança ou ao adolescente imaturo é a masturbação mútua, o ofensor identificando-se com uma criança.

Freud afirma ser a pedofilia a “perversão dos fracos e impotentes”, com muita propriedade, pois as ações por eles praticadas são de caráter masturbatório e exibicionista, com tendências narcisistas.

A pedofilia admite as formas:

- a) homossexuais, quando envolvem crianças do mesmo sexo;
- b) heterossexuais, quando se enredam com crianças de sexo oposto ao do pedófilo.

O homossexual verdadeiro raramente pratica a pedofilia; ela ocorre mais entre bissexuais adultos.

A prática sexual por homens e menores com faixa etária entre 10 e 16 anos recebe o nome de *hebefilia*. Os hebefêlicos são indivíduos com características de violadores, com distúrbios de juízo, amiúde incluídos nos padrões psiquiátricos “esquizo-adaptativos”.

Como os pedófilos, podem os hebefêlicos ser:

- a) homossexuais, quando ofendem menores do próprio sexo;
- b) heterossexuais, quando ofendem menores do sexo oposto.

O tratamento dessas duas modalidades de desvio sexual é psicanalítico ou psicoterápico com orientação analítica.

16.2.1.20. Edipismo

O termo é originado de Édipo, “o de pés inchados”, que, após matar o pai, casou com Jocasta, sua mãe, sem sequer suspeitar do seu parentesco, e com ela teve quatro filhos.

O edipismo é a tendência ao incesto, que ocorre nas personalidades psicopáticas amorais. Busca, por esse meio, o degenerado a satisfação de desejos incestuosos, uma vez que a *situação edipiana* não sofreu resolução.

Para a Psicanálise, o incesto ou sua tendência podem ser considerados uma atitude regressiva que significa grave lesão no desenvolvimento do ego individual.

Byron talvez sirva para exemplo: “Sua timidez e o sentimento de desamparo fizeram-no procurar consolo em casos amorosos, mas como inconscientemente procurava antes uma mãe que uma amante, todas o decepcionaram, exceto Augusta” (apud Bertrand Russell, *Obras filosóficas*, Companhia Distribuidora de Livros, p. 305).

16.2.1.21. Masturbação

É a estimulação digital, manual ou instrumental, consciente ou inconsciente, voluntária ou não, por si ou por outrem de qualquer sexo, dos órgãos genitais e/ou das zonas erógenas, não sendo necessária a ocorrência de orgasmo, objetivando o prazer sexual.

Não deve ser confundida com o onanismo, nem ser chamada coito solitário de Onan, aquele que, obedecendo aos costumes hebraicos, mantinha, a contragosto, conjunção carnal com Tamar, viúva de seu irmão, e, para não lhe dar descendência, praticava o *coitus interruptus*.

O próprio indivíduo pode masturbar-se (automasturbação), ou ser por outro masturbado (heteromasturbação), num ou noutro sexo.

Mercê à eiva moral, à deseducação sexual e ao falso puritanismo recendendo a enxofre, criaram-se, no elastério do tempo, falsos tabus e conceitos errôneos (“uma gota de sêmen é igual a uma gota de sangue”) sobre a vertente, que urge sejam desmistificados.

Muitos animais evoluídos da escala zoológica se masturbam. Na puberdade, é comum e, quando não, até necessária, porque permite ao adolescente explorar suas aptidões sexuais recém-descobertas. Na idade adulta pode ter conotação patológica desde que praticada obsessivamente pelos que têm facilidade em desempenhar uma vida heterossexual normal. A heteromasturbação será considerada normal quando praticada esporadicamente com parceira como meio de erotização pré-coito ou como particularidade sexual. Diga-se o mesmo quanto à masturbação praticada de vez em quando pelos tímidos e canhestros ante as mulheres, ou prisioneiros em penitenciárias desprovidas de “motéis carcerários”, desde que não condicione aversão ao coito.

Mesmo nas crianças, a masturbação esporádica é normal e inofensiva ao desenvolvimento físico, psicológico ou mental; não acarreta fadiga ou emagrecimento e não interfere na formação da personalidade infantil.

É importante evitar ameaças de mutilação, ralhos, sermões, castigos físicos e ressentimentos, altamente negativos, com a criança, por esse motivo, posto ser esse nefasto procedimento gerador de traumatismo psicosssexual, do qual provirá o medo e a ansiedade.

A masturbação não deve ser comparada, em termos fisiopsicológicos, com a conjunção carnal, pois os orgasmos, embora provoquem graus variáveis de satisfação sexual, são apenas semelhantes, não idênticos.

Por último, a masturbação será antinatural quando persistir como única forma de gratificação sexual ou ocasionar, nos predispostos, sentimentos de culpa ou inferioridade e sintomas neuróticos, ou, ainda, quando praticada obsessivamente pelos débeis mentais, imbecis e certos esquizofrênicos.

16.2.2. Aberrações ou perversões sexuais

16.2.2.1. Riparofilia

Consiste na forte atração erótica por pessoas sujas, desasseadas, com a obtenção de gratificação sexual apenas no que é sórdido, caçurrento, embostelado, imundo, e causa aos normais repugnância e nojo.

Guarda sempre relação patológica.

É conhecida a preferência do período menstrual, por parte de alguns riparófilos, para a prática do ajuntamento carnal, e para a cunilíngua, que é, neste caso, uma forma larvada de vampirismo.

Júlio de Matos (*Elementos de psiquiatria*, Porto, 1911) registra o caso médico-legal de um colega, homem novo, que, desprezando a esposa, mulher muito formosa, foi encontrado a violar uma velha aldeã, cardíaca, edematosa, absolutamente repugnante (“ributtante sotto ogni riguardo”), que morreu no dia imediato, vítima do terror e da violência.

A aversão às pessoas desasseadas e à imundícia é chamada *hafefobia*; *automisofobia* é o pavor patológico da própria impureza física.

16.2.2.2. Triolismo

É a prática sexual por três pessoas, duas mulheres e um homem, ou dois homens e uma mulher. Na França é chamada *ménage à trois*; no Brasil, é denominada, popularmente, “suruba”.

Quando o número de participantes excede de três pessoas, tal prática deve ser chamada pluralismo.

O pluralismo comporta:

- a) o amor coletivo ou *swinging*, verdadeiras orgias sexuais com promiscuidade, libações alcoólicas, drogas;
- b) a troca conjugal ou *swapping*, prática sexual com comportamento próprio em que os casais buscam fugir à monotonia conjugal.

Neste congresso, os participantes praticam desde a conjunção carnal até toda gama de perversões, o triolismo e o pluralismo traduzindo depravação moral e da psicosssexualidade.

Nesta perversão sexual estão associadas a escopofilia, o homossexualismo e o masoquismo.

16.2.2.3. Vampirismo

O nome dessa aberração sexual deriva de uma antiga crença popular despida de autoridade científica, que levou muitos — como sói acontecer frequentemente aos ignorantes — ao fanatismo ou à superstição de que as almas “dos que são enterrados vivos acham-se então sobre a terra ainda presas ao corpo adormecido por uma cadeia invisível; se são almas ávidas e criminosas, elas podem aspirar a quintessência do sangue das pessoas adormecidas de sono natural, e transmitir esta seiva a seu corpo enterrado para conservá-lo por mais tempo, na esperança vaga que ele será enfim restituído à vida” (Eliphaz Levi, *História da magia*, p. 374).

Ou de que a alma, em verdadeiro vampirismo anímico, “mesmo depois da morte física, permanece ligada ao corpo por estranha ternura e uma afinidade tanto maior quanto mais bruscamente essa essência houver sido separada de seu envoltório; vemos almas em grande número, voltar, desorientadas, em redor de seus

restos terrestres. Ainda mais, vemo-las procurar com diligência os despojos de cadáveres estranhos, e acima de tudo, o sangue fresco derramado cujo vapor parece restituir-lhes, por alguns instantes, certas faculdades da vida” (Cruz-credo! o espanto é nosso) (Porfírio, *Des sacrifices*, cap. II sobre o verdadeiro culto).

Hodiernamente, *vampirismo* é a aberração venérea na qual a gratificação erótica é alcançada com o degenerado sugando obsessivamente o sangue de seu parceiro sexual.

Não se confunde vampirismo com necrofilia (violação do cadáver para fins de conjunção carnal), nem com necrossadismo (mutilação do cadáver, objetivando a excitação ou gratificação sexual).

Uma forma larvada de vampirismo é a *cunnilingus in ore vulvae* praticada durante o período menstrual (vide “Riparofilia”).

Alguns portadores dessa aberração sexual chegam ao homicídio do objeto sexual desejado.

A *Folha de S. Paulo*, 25 fev. 1992, publicou reportagem na p. 5 do 3.º caderno, sobre Marcelo Costa de Andrade, cognominado pela imprensa “Vampiro do Rio”, que confessou ter assassinado 14 garotos, após o que chupava-lhes o sangue, enquanto fazia sexo com os seus cadáveres.

16.2.2.4. Bestialismo

Esta aberração da sexualidade consiste na prática de atos libidinosos (*zoofilia*) ou na relação sexual (*zoerastia*) com animais.

Pode assumir o aspecto *escopofílico* ou *mixoscopista*, quando a excitação sexual é desencadeada pela observação das atividades sexuais dos animais; será uma forma *fetichista*, quando determinadas partes de um animal, como o pelo, a exemplo, adquirem especial gratificação sexual.

Há uma forma *sádica* de *zoerastia* na qual o perverso sacrifica, no orgasmo, o animal (*zoossadismo*). Vem a pelo a afirmação de Mantegazza de que os chineses se servem sexualmente de certos animais, que decapitam no momento da ejaculação, para aumentar-lhes a sensualidade, com as convulsões do animal exangue.

Existem homens portadores dessa modalidade de morbidade orgânica originária de uma verdadeira doença mental que, insensíveis ao amor normal, impotentes com as mulheres, buscam obter gratificação erótica com lhamas, mulas, jumentas, gazelas domesticadas, cadelas, cabras, ovelhas, patos, marrecos, gansos etc. Outros são indivíduos portadores de personalidade psicopática com grande isolamento social. Há também os que se dedicam a trabalhos rurais e praticam esporadicamente atos sexuais, nos quais não se inclui coito anal, com animais, por terem o impulso venéreo obstado de normal satisfação por falta de mulher. E mulheres perversas que adestram animais machos para a felação ou a cunilíngua (zoofilia).

A bestialidade tem sido expressamente punida desde a antiguidade. Em Levítico, Capítulo XX, versículos 15 e 16, “aquele que tiver cópula com jumenta, ou outro animal, morra de morte; também matareis o animal. A mulher que se juntar com qualquer bruto será morta juntamente com ele”. O Código Filipino, Livro V, Título III, § 3.º, era de extremo rigor quanto à luxúria com animais, dispondo: “Outrossi qualquer homem ou mulher que carnalmente tiver ajuntamento com alimária, seja queimado e feito em pó. Porém por tal condena não ficarão seus filhos, nem descendentes neste caso inhabilis, nem infames, nem lhes dará prejuízo algum acerca da sucessão e outros”.

A Constituição Criminal de Maria Tereza (1769) cominava a pena capital ao homem e ao animal de que se serviu.

Na França, no reinado de Luís XIV, foi o bestialismo processado e punido.

A nossa legislação penal não cuida especificamente desta forma de *sodomia*; todavia, será o agente punido quando a aberração da psicosexualidade for coligada a martírios praticados contra animais (*zoossadismo*).

A prova pericial estriba na presença de *sperma viri* na vagina e/ou no *reto* do animal passivo, na existência de pelos ou excrementos dos animais na genitália externa do indivíduo, e/ou circunvizinhanças, saliva, lesões etc.

Pode constituir ultraje público ao pudor.

16.2.2.5. Necrofilia

É a impulsão macabra e obsessiva de copular ou de praticar atos libidinosos com cadáveres.

Para Freud, “a necrofilia tem os seus germes inconscientes, na experiência infantil; é o temor aos cadáveres, símbolo da morte. E o amor ao ato sexual, símbolo da vida. A morte e o coito são, respectivamente, as experiências mais dolorosas e agradáveis ao homem. O necrófilo, patologicamente, guiado por suas experiências inconscientes, trata de sintetizar, em um único ato, as duas experiências supremas da espécie: o amor e a morte” (H. Salvador, *Freud*, p. 97).

Vitor Hugo, no romance *Notre Dame de Paris*, conta que o corcunda Quasímodo penetrou sorrateiramente no túmulo de sua amada Esmeralda, violando-a e ali permanecendo até a morte.

Exemplo típico de necrófilo foi o sargento Bertrand, que, conforme Legrand Du Saulte, exumava e mutilava cadáveres, sobretudo de mulheres, com os quais praticava toda sorte de atos libidinosos e copulava, após o que procedia de forma irrepreensível, social e militarmente. O relato não deve causar surpresa, pois esses perversos procuram transmitir uma imagem de cidadão exemplar e um comportamento social, moral, profissional e familiar aparentemente irrepreensível, ocasionando incredulidade entre os parentes e amigos quando diagnosticados. São também hábeis dissimuladores de sua aberração sexual, procurando ocultá-la, buscando criar condições favoráveis para a gratificação de seus instintos, obtendo, por exemplo, empregos em necrotérios e agências funerárias. Por isso, raramente soem ser descobertos em sua doentia atuação. Nesse sentido: *JTACrimSP*, 85:293.

Existem necrófilos que praticam atos venéreos com mulheres que simulam a morte ou, então, que se encontram adormecidas. Em verdade, trata-se de sadistas que são necrófilos, por medo de se tornarem assassinos. Leo Taxil aponta um prelado que, em Paris, em um prostíbulo, copulava com meretrizes vestidas de branco, em leito preparado funerariamente, como se fossem cadáveres.

Há caso de necrófilo que, levado por seu instinto sexual anômalo, mata a vítima, dando vazão em seguida a sua libido, incidindo no crime de homicídio e no previsto no art. 212 do Código Penal, que tutela o sentimento e o respeito devidos aos mortos.

Contudo, “os necrófilos mantêm preservada a capacidade de entendimento do caráter criminoso de seu ato. Porém, devido à sua aberração sexual, sentem uma compulsão para a satisfação de seus instintos desviados, não conseguindo, via de regra, determinar-se de acordo com esse entendimento. Em consequência desta diminuição de autodeterminação e concomitante preservação da capacidade de entendimento, são considerados isentos de pena, mas sujeitos ao cumprimento de medida de segurança” (*RT*, 594:347), nos termos do art. 386, parágrafo único, III, do Código de Processo Penal e 96, I, do Código Penal.

Há quem entenda ser o pigmalionismo uma forma larvada raríssima de necrofilia. E que a escolha de um parceiro sexual enfermo, ou de pauperado, ou fisicamente deformado, poderia ser uma forma modificada de necrofilia.

16.2.2.6. Sadismo

Chamada por Schorenk-Notzing algolagnia ativa (*algos*, dor; *lagnea*, devassidão), designa a lubricidade perversa e cruel em que a gratificação sexual só se realiza pelo sofrimento físico ou moral imposto pelo depravado a outrem. É a obtenção de excitação e gratificação erótica causando dor ao objeto sexual.

Causar dor, sem qualquer objetivo utilitário, como eliminar um inimigo ou um obstáculo, torna-se o *objectum* em si mesmo, e é a fonte da gratificação sexual no sadismo.

O nome originou-se de Sade (Donatien Alphonse François), marquês de França que fazia a apologia dessa aberração e a praticava em seu mais alto grau, como se depreende da leitura de suas obras licenciosas, modernamente por alguns consideradas precursoras da literatura psicológica e analista, *Justine* ou *As desventuras da virtude* e *Juliette* ou *As propriedades do vício*.

Afirmam os historiadores que Messalina, Catarina de Médicis, Popéa e a princesa KKy foram sádicas monstrosas. Dessa forma, essa aberração sexual, embora mais comum ao sexo masculino, também se manifesta nas mulheres, *in casu*, tendo sido chamada por Kraft-Ebing, *Manlichkeit viraginität* (masculinismo).

Sádico monstroso foi Gilles de Laval, marechal de Bretanha, Senhor de Raiz e dos castelos de Macheocoul e de Champocé, a quem os contos ogre e de Coqueitainne memorizaram sob o pseudônimo de *Barba Azul*. “Era um dos mais valentes capitães de Carlos VII, e os serviços por ele prestados ao Estado não puderam saldar o número e a enormidade de seus crimes. Julgado a princípio como herético, feiticeiro e sodomita, confessou ao bispo de Saint-Brieux o degolamento diário de meninos em Macheocoul, que mandava tomar, sob engodo, de pais pobres, tendo por motivo uma volúpia execrável que ele procurava durante a agonia destes pobres entezinhos” (Eliphaz Levi, *História da magia*, São Paulo, Ed. Pensamento, p. 223).

Foi queimado vivo no Prado da Magdeleine, perto de Nantes, em 25 de outubro de 1440.

Júlio Ribeiro, em seu romance romântico e realista *A carne*, prenhe de desvios e de perversões sexuais, descreve a personagem Lenita, que “sentia uma curiosidade mordente de ver a aplicação do bacalhau, de conhecer de vista esse suplício legendário, aviltante, atrozmente ridículo. Folgava imenso com a ocasião talvez única que se lhe apresentava, comprazia-se com volúpia estranha, mórbida na ideia das contrações de dor, dos gritos lastimados do negro misérrimo que não havia muito lhe despertara a compaixão”.

“E tremia, agitada por estranha sensação, por dolorosa volúpia. Tinha na boca um saibo de sangue.”

Olavo Bilac, poeta parnasiano, com maestria métrica cinzelada de suma elegância e sonoridade, alia um ardente sadismo a certo grau de sadismo compósito num *Beijo eterno*:

“Diz a tua boca — ‘Vem!’

‘Inda mais!’ diz a minha a soluçar. Exclama

Todo o meu corpo que o teu corpo chama:

Ai! Morde! Que doce é a dor

Que me entra nas carnes e as tortura!

Beija mais! Morde mais! Que eu morra de ventura,
Morto por teu amor! ...”.

Essa aberrância da sexualidade admite quatro gradações: o simbólico, o pequeno, o médio e o grande sadismo.

Sadismo simbólico é aquele em que a maldade ou a crueldade não resulta de uma ofensa física, mas de um insulto; o *pequeno sadismo* consiste em beliscões, mordeduras, chupões, impetuosidade na conjunção carnal; o *médio sadismo* manifesta-se por agressões corporais: flagelações, cigarros acesos, picadas, incisões, murros e bofetadas, pontapés. O *grande sadismo*, mais do que a dor, como que procura a morte: mutilações das mamas e dos genitais, esgorjamento, estrangulamento pelo gozo erótico desencadeado por sua prática.

Pertence ao sadismo a antropofagia: Tirsch, de Praga, após manter o coito com uma velha, matou-a, arrancou-lhe os seios e órgãos genitais, cozinhou-os e comeu-os com nhoque no dia seguinte (Maschka, *Prager Viertel Jahrschrift*, 1866, v. 1, p. 79).

Há perversos que só se gratificam sexualmente torturando ou matando animais (zoossadismo). Lombroso registra em seu livro *L'uomo delinquente studiato in rapporto all'antropologia, alla medicina legale e alla disciplina carceraria* um literato que só obtinha gratificação sexual assistindo à morte e ao esquartejamento de bois.

Compreende-se, assim, que o instinto sexual do sádico não se contenta apenas com a cópula; nessa aberração, a psicosssexualidade e a crueldade estão associadas.

16.2.2.7. Masoquismo

É a algolagnia passiva, ou seja, aberração sexual na qual a excitação e a gratificação erótica é despertada por sofrimento moral ou dores padecidas no próprio corpo.

Caracteriza-se pela obtenção de excitação e gratificação erótica suportando dor física ou moral causada por outrem ou por si próprio, na categoria de objeto sexual. É somente quando esses sofrimentos físicos ou morais tornam-se um objeto de gratificação sexual em si que se trata de masoquismo, pois há casos em que o indivíduo sexualmente sadio se sacrifica ao sofrimento e se deixa até imolar visando a conseguir uma meta desejada.

Essa aberração da sexualidade é modernamente considerada mecanismo de defesa em que os sentimentos de culpa tornam-se inconscientes através da provocação de sofrimento e dor em si mesmo, em autopunição, ou por outrem.

Os masoquistas procuram a dor, que se torna o próprio alvo sexualmente gratificante, e não a morte; por isso não são levados ao crime. Com efeito, nesses anormais, a excitação sexual é desencadeada pelos golpes dados ao corpo (flagelações, pancadas etc.), ou por humilhações. Assim é que eles percebem indescritível volúpia sentindo-se abjetos e humilhados aos pés da amada. Ademais, aos masoquistas em geral repugna a conjunção carnal.

O masoquismo, caracterizado pelo emprego de violência corpórea, tem maior incidência no sexo feminino. Isto porque a “relação da mulher, a respeito de seus genitais, a cicatriz do trauma genital, os componentes emocionais do complexo de castração feminino (relações emotivas coligadas ao genital), assim como a menstruação, contribuem naturalmente para o caráter masoquista de suas funções sexuais” (Helen Deutsch, *La psicología de la mujer*, p. 256).

Pode ser despertado na infância, como ocorreu com o escritor Jean-Jacques Rousseau, que, submetido à correção corporal por uma professora, associava os golpes de vara e da palmatória à gratificação sexual.

16.2.2.8. Sadomasoquismo

É a associação do sadismo ao masoquismo.

Trata-se de anomalia sexual na qual o ponto fundamental para a gratificação sexual é a dor.

O sádico é quem inflige a dor ao objeto sexual; o masoquista aceita-a passivamente, sem que ambas as perversões guardem um limite nítido de separação, nem determinação de sexo: tanto o homem como a mulher podem ser sádicos ou masoquistas.

Ambas as perversões, sadismo e masoquismo, são explicadas psicanaliticamente como uma defesa contra a ansiedade de castração. No sádico ocorre uma castração simbólica do executor, sendo ele o castrador e a vítima o castrado; no masoquista a defesa contra o complexo de castração é dada pelo sentimento de dor, o que compensa o preço do orgasmo genital e atenua o sentimento de culpa derivado da situação edípica.

Neste tipo de perversão sexual ambos os degenerados atuam ao mesmo tempo: como agente ativo (o sádico), e sujeito passivo (o masoquista).

16.2.2.9. Homossexualismo

Configura a atração erótica por indivíduos do mesmo sexo.

É perversão sexual que atinge os dois sexos; pode ser, portanto, masculino — quando praticado por homens entre si — e feminino — quando por mulher com mulher.

Homossexual é o que pratica atos libidinosos com indivíduos do mesmo sexo ou então apenas exhibe fantasias eróticas a respeito, e, do ponto de vista legal, o que perpetrar um ato homossexual devidamente confirmado.

a) Homossexualismo masculino

Esta aberração sexual é também chamada uranismo, pederastia e sodomia.

Será uranismo quando o pendor sexual se manifesta no homem por indivíduos do seu sexo, que não meninos púberes, com repugnância relativamente acentuada pelo sexo oposto, e sem anomalias dos órgãos genitais.

Para Ulrichs, uranista é o indivíduo do sexo masculino que se relaciona com homem por falta de mulher.

Pederastia etimologicamente significa o homossexualismo exteriorizado pela relação ano-sexual ou prática erótica com criança ou menino. Hodiernamente, o étimo designa a prática sexual de homem com homem, não sendo obrigatório o coito anal. Com efeito, muitos pederastas se contentam com a masturbação recíproca ou não, e com afagos mútuos. Outros praticam o *coitus per anum et os e/ou o coitus ab ore*.

Costuma-se dividir os pederastas em ativos e passivos: pederasta ativo é o homem que faz o papel de macho e pederasta passivo o que, representando a mulher, satisfaz a psicosssexualidade do outro pederasta e de si próprio, nesse depravado relacionamento sexual.

Sodomia é termo genérico que designa coito anal de homem com homem, ambos adultos (*sodomia razione sexus*), de homem com mulher (*sodomia contra ordenen naturae*) ou luxúria com animais, bestialidade (*sodomia razione generis*).

O coito anal esporádico com mulher pode ser apenas uma forma secundária de relacionamento; os que o praticam casualmente revelam a existência de interesse pela região anal, infantilmente erotizada, ou seja, à vertente, o ato libidinoso deve ser encarado como a persistência, no adulto, de sensação erótica infantil. Todavia, sendo praticado com certa frequência e/ou preferentemente somente ainda com mulher, é o coito anal indício de homossexualismo latente masculino.

Nesta aberração da psicosssexualidade não há um biótipo típico que a defina; os anormais apresentam gradações no aspecto físico que vão desde a completa efeminação, traduzida por gestos e maneirismos, até a aparência viril.

Freud confere ao homossexualismo masculino cinco gradações:

- 1) homossexualismo verdadeiro ou total: a fixação da libido é exclusiva ao próprio sexo (4%);
- 2) homossexualismo pseudo-heterossexual: o indivíduo, embora tenha preferência pelo próprio sexo, tem certo pendor pelo sexo oposto;
- 3) homossexualismo pseudo-homossexual: são homens que preferem manter relacionamento sexual com mulheres e que só esporadicamente sentem atração por pessoas do próprio sexo;
- 4) bissexualismo: deve-se emprestar ao termo a designação do indivíduo que demonstra pendor sexual por ambos os sexos. Trata-se de homossexuais capazes de uma vida heterossexual, podendo casar, ter filhos e comportar-se adequadamente num mundo heterossexual conforme os padrões sociais vigentes. Sua homossexualidade é realizada com toda cautela e é, amiúde, ignorada pelos mais íntimos. A esses perversos apelidou o povo “gilete, porque cortam dos dois lados”;
- 5) homossexualidade adquirida: por diminuição da libido, exaltação da lubricidade, saturação das relações heterossexuais, por involução cerebral, ou iatrogênica, conseqüente a plásticas cirúrgicas transexuais, seguidas de administração de hormônios femininos.

Diferem entre si o homossexualismo, o intersexualismo, o transexualismo e o travestimento, convindo ser essas nomenclaturas bem definidas para evitar confusões, especialmente entre os leigos. Ocorre o intersexualismo sempre que houver discordância ou conflito de um ou mais dos caracteres orgânicos mas não psíquicos do sexo (sexo genético, fenotípico, gonadal, hormonal, cromatínico etc.).

Integram o intersexualismo as síndromes adrenogenitais, de Turner, de Klinefelter, do testículo feminizante, bem como o pseudo-hermafroditismo verdadeiro, registrando a literatura médico-legal inúmeros casamentos de pessoas portadoras dessas anomalias congênitas; é defeito físico que interessa ao Direito, por ser anulável o matrimônio em que uma das partes é, por exemplo, hermafrodita, seja androide ou ginandroide, desvinculado do prazo prescricional verificado em todas as outras modalidades.

Os intersexuais não são necessariamente homossexuais. Alguns são homossexuais latentes. Os intersexuais que portam homossexualismo latente, influenciados psíquica e emocionalmente por pulsões instintivas bissexuais, manifestam ademanos tipicamente femininos e “elegem uma atividade em que se aliam o diletantismo e o tom ostentoso de vida, o gozo das exterioridades, já por si feminoides — bailarinos, costureiros e diplomatas de carreira” (Gregório Maraño). São capazes de relações heterossexuais, se bem que, como informa o Prof. José Alves Garcia (*Psicopatologia forense*, 3. ed., 1979, p. 379), “susceptíveis de flutuações”.

Outros são bissexuais, ora ativos, ora passivos.

Há os que são homossexuais assumidos, com perturbações emocionais e perturbações do caráter, configurando *psicopatia*.

Há casos de intersexualismo em que a anomalia sexual anatômica pode ser corrigida por cirurgia plástica reparadora.

No transexualismo não ocorre nenhuma alteração anatômica ou hormonal; a genitália externa e os testículos ou os ovários mostram desenvolvimento normal. Aqui sucede discordância ou conflito entre os caracteres orgânicos e psíquicos do sexo (sexo psicológico). A *cromatina* de Barr, colhida por esfregaço bucal, não proporciona resultados conflitantes para a determinação da identidade sexual.

Afirma Harry Benjamin, médico psiquiatra que consagrou o termo transexualismo e o difundiu através dos seus trabalhos, existem indivíduos mentalmente normais desejosos de mudar de sexo.

Chamado *hermafroditismo psíquico*, é o transexualismo uma falsa síndrome psiquiátrica, na qual não se vislumbra um quadro neurótico ou psicótico característico, situada na “cadeia contínua” ou sequência da intersexualidade como uma das formas de transição entre o hermafroditismo masculino e o homossexualismo masculino, nos casos de transexualismo masculino ou entre o hermafroditismo feminino e o homossexualismo feminino, nas ocorrências de transexualismo feminino, na qual o invertido psicosssexual se identifica com o sexo oposto, negando assumir a identidade do seu verdadeiro sexo anatômico, exigindo, com insistente determinação compulsiva, a cirurgia plástica, a operação de reajustamento sexual a fim de poder assumir a identidade de seu verdadeiro gênero. Dessarte, é nossa opinião concorde com Harry Benjamin: os transexuais não são doentes, mas são normais sob todos os aspectos, além do que a sua identidade de gênero é bem definida e normal.

Trata-se, amiúde, de reação psicopatológica sexual grave exteriorizada pelo sentimento ou desejo obsessivo de pertencer ao sexo oposto.

Pode acarretar uma conduta homossexual reprimida, com a adoção de comportamento social característico do sexo oposto, bem como o irrefreável desejo de uma alteração cirúrgica para completar os impulsos sentidos. Efetivamente, procura o transexual por todos os meios submeter-se à cirurgia mutiladora, pelo horror ao falo e para talvez obter gratificação erótica numa relação sexual heteróloga. Ledo engano, pois no transexualismo masculino há inversão psicológica, e não anatômica, do sexo. Do ponto de vista psicológico, o transexual masculino é verdadeiramente “um homem com cérebro de mulher”. Desse modo, não há de ser sempre a cirurgia mutiladora, desnecessária e fixadora irreversivelmente da doença mental do transexual, a forma ideal de tratamento e cura da ansiedade de castração delirante, gerada de enorme inferioridade sexual de um homossexualismo coibido e cujo sentimento de culpa é punido pela angústia.

Na atualidade, a cirurgia, além de mutilante e irreversível, não transforma mulher em homem, nem homem em mulher; apenas satisfaz a anomalia psíquica do transexual.

Quando, todavia, o cirurgião a comete sem dolo, não infringe a legislação vigente, nem o Código de Ética Médica, sendo a sua responsabilidade a mesma referente a qualquer outra atuação cirúrgica. Isto porque a intenção do médico não é causar dano, mas curar ou minimizar o sofrimento físico ou mental do transexual. Nem seria de cogitar eventual crime culposos, se não caracterizada qualquer de suas modalidades, quais sejam negligência, imprudência ou imperícia.

Como reforço de argumento, a realização de cirurgia plástica reparadora de genitália deformada e indefinida (disforia de gênero ou transexualismo), cuja exigência é demonstrada por diagnóstico, a nosso juízo não depende de autorização judicial, sendo de absoluta competência da Medicina e resolvendo-se dentro dos princípios de ética, da necessidade da conveniência para o paciente, segundo o prudente arbítrio do cirurgião que intenta, com sua conduta intervencionista, tão só propiciar ao transexual uma vida num estágio superior de felicidade, escopo da Justiça e do Direito. Ademais, como foi dito, a lesão corporal insinuada de forma reiterada nas publicações do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina, *data venia*, não se identifica na tipicidade criminosa definida na lei, dada as faltas de dolo específico e a plena justificativa de sua realização como meio indispensável ao resultado benéfico. Nem incumbe a esses órgãos normatizadores do procedimento médico fixar a competência do Poder Judiciário para autorizar a realização da cirurgia, devendo, pois, restringir-se ao código de ética de seus profissionais.

A reforma penal de 1984 passou a disciplinar a excludente de antijuridicidade em questão no art. 23, III, 2.^a parte, por força da Lei n. 7.209.

Nosso ordenamento jurídico não regula nem veda especificamente a intervenção reparadora de transexualismo, desde que esgotadas as demais vias terapêuticas objetivando adequação ao sexo psicológico, e previamente advertido o paciente de suas consequências (a funcionalidade e sensibilidade nem sempre serão perfeitas, como se houvesse nascido com o sexo que gostaria de ter) para que não se arrependa depois, uma vez que será impossível a reversão. A operação será realizada com o seu consentimento expresso e por escrito ou de seu representante legal, caso menor, e após constatação incontroversa, através de exames laboratoriais e *psicotestes*, da sua necessidade.

Nesse compasso, presente o consentimento do transexual, não há que se importunar o cirurgião, considerando-se lícita a intervenção por inexistir dolo.

Válida, portanto, a cirurgia e totalmente concordante com o clássico conceito da OMS de que a saúde só pode ser entendida como uma interação entre o biológico, o psicológico e o social que relegou às calendas gregas o antigo sentido de saúde centrado somente no bem-estar físico.

Lastreando o pensamento, confira-se o art. 51 do Código de Ética Médica de 1965 (revogado): “São lícitas as intervenções cirúrgicas com finalidade estética, desde que necessárias ou quando o defeito a ser removido ou atenuado *seja fator de desajustamento psíquico*” (grifamos). Ora, o transexual que solicita mudança de sexo o faz acometido de incontrolável ansio por total reversão sexual, objetivando identificar-se de forma definitiva, anatômica e psicologicamente, com o *sexus oppositus*, e, assim, integrar-se ao meio psicossocial, liberto do homossexualismo que o coíbia e de críticas, pressões, incompreensões, limitações, em razão da falta de aceitação da sociedade. Já o art. 21 do Código de Ética Médica em vigor, sob o capítulo “Direitos do Médico”, garante ao médico o direito de “Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”.

A evidência há casos em que a cirurgia não se justifica.

Ouçamos, na oportunidade, ao festejado mestre Washington de Barros Monteiro: “Sem hesitação respondo do ponto de vista legal como moral, não encontro óbices à intervenção projetada, conferindo-se assim ao seu apresentado o sexo que naturalmente lhe cabe” (*JTACrimSP*, 61:263).

“Não age dolosamente o médico que, através de cirurgia, faz a ablação de órgãos genitais externos de transexual, procurando curá-lo ou reduzir seu sofrimento físico ou mental. Semelhante cirurgia não é vedada pela lei, nem mesmo pelo Código de Ética Médica” (*RT*, 545:355).

Evidentemente, por se tratar de cirurgia transmutativa, a acarretar mudança de sexo, não poderá a Justiça ficar, num tempo futuro, à margem do fato no que pertine à retificação do nome de nascimento gravado no registro civil, pois “Maria”, após operada, não poderá, evidentemente, continuar sendo chamada “João” ou entendida como “João”, ou vice-versa.

O travestismo ou *eonismo* é perversão sexual na qual o indivíduo obtém gratificação erótica vestindo indumentária do sexo oposto, a que se empenha pertencer, e pelo contato genital com a mesma roupa.

O travestismo foi considerado uma forma de homossexualismo profundamente exibicionista. Hodiernamente, acredita-se tratar-se de uma forma de perversão sexual totalmente diferente, pois os travestis parecem sentir-se atraídos pelo sexo oposto e não pelo mesmo, sem excluir, evidentemente, os casos de homossexualismo que apresentem o problema do travestismo. Assim, são, em sua maioria, heterossexuais cuja gratificação lasciva exterioriza-se pelo uso de vestes e pelos ademanos e atitudes inerentes ao sexo oposto.

Do ponto de vista psicanalítico, o travestismo se origina nas fases pré- edípiana e edípiana do desenvolvimento psicosssexual e representa, basicamente, uma tentativa de reafirmação contra a ansiedade, negando a castração. No homem travesti a indumentária feminina e a presença de sensações por ela desencadeadas no pênis o identifica, inconscientemente, com o progenitor perdido ou com uma mulher provida de falo (mulher fálica), e que, portanto, não sofreu castração. Por isso, não é, necessariamente, homossexual nem feiticista, pois, apesar de usar roupas de mulher ostensivamente, ou por baixo dos trajes masculinos, ele não está dominado de paixão por elas.

Há uma modalidade altamente aviltante de perversão sexual: é o homossexualismo comercial, exercido pelos prostitutos.

b) *Homossexualismo feminino*

Também chamado safismo, lesbismo ou lesbianismo e tribadismo, designa a preferência das mulheres para as de seu sexo, com certa indiferença ou repugnância pelo sexo masculino.

Safismo deriva etimologicamente de Safo, poetisa homossexual, casada e com filhos, que habitava a ilha de Lesbos, que originou o outro nome da perversão — lesbianismo. Caracteriza essa perversão sexual a sucção, recíproca ou não, do clitóris e/ou a masturbação.

O safismo ou lesbianismo, como no homossexualismo masculino, admite uma forma ativa e outra passiva.

Tribadismo designa a prática sexual pela atribuição recíproca dos órgãos genitais, clitóris com clitóris. Por isso são ativas e passivas concomitantemente.

Intromissio kleitoris in vaginae é uma lenda.

Existem mulheres casadas e até com filhos, lésbicas ou tribades, com dupla personalidade.

Virago é a mulher que tem estatura, ombros largos, bacia estreita, músculos desenvolvidos, voz com tonalidade grave, pilificação masculina, hipertrofia clitoriana, maneiras de homem, espírito autoritário e que se impõe como tal sobre a parceira, viril, ciumenta, escandaleira, que se suicida e mata por ciúme ou por amor.

No interior do Estado de São Paulo, há anos, uma virago apelidada “Baiana” matou a tiros o marido de uma mulher com quem mantinha intimidades sexuais. Cumpriu pena e, anos após, transformou-se em árdego cabo eleitoral de si própria.

c) *Causas do homossexualismo*

O homossexualismo, masculino e feminino, aumenta exageradamente em todo o mundo, afetando, a partir da adolescência, a todas as idades. A despeito, ainda não se encontrou explicação satisfatória para a sua etiologia.

Há uma filosofia espiritualista que o explica dizendo que o masculino terreno tem correspondência feminina no que chamam corpo astral. Para os adeptos dessa corrente filosófica (Sociedade Teosófica, fundada em Nova Iorque, em 1885, por Helena Blavastki e Coronel Olcott), o homossexualismo masculino, por exemplo, é devido à influência feminina do corpo astral ou corpo dos desejos como uma vaga lembrança no íntimo de alguns indivíduos, pois o corpo astral, explicam, nem sempre é do mesmo sexo que o corpo terrestre, parecendo, dessa forma, contradizer a organização visível, produzindo os erros aparentes das paixões humanas, o que pode até certo ponto elucidar, “sem as justificar de modo algum diante da moral, as singularidades amorosas de Anacreonte ou Safo” (Elíphas Levi, *Dogma e ritual da alta magia*, p. 131).

Ou será, como aventa Axel Munthe (*O livro de San Michele*), que “sejamos espectadores inconscientes de uma nova fase de evolução, de um amálgama gradual dos dois instintos animais, num animal novo, desconhecido até agora, último sobrevivente de uma raça condenada num planeta que está no ocaso, último elo que falta entre o *Homo sapiens* de hoje e o misterioso Super-Homem de amanhã?”

O homossexualismo pode ser adquirido ou iatrogênico (cirurgias transexuais, ministração hormonal).

Freud afirma que todo indivíduo, homem ou mulher, tem uma tendência ponderável, íntima e oculta, à homossexualidade. Talqualmente, opina Abrachamsen (*Delito y psique*, p. 181 *usque* 183): “Não existe, provavelmente, nenhuma pessoa normal que não possua algumas inclinações homossexuais inconscientes”.

Cientificamente várias hipóteses buscam a elucidação de tão grave problema: a psicogênica (fixação da libido, de Freud); a endocrinológica (intersexualidade, de Marañon); a intelectual ou educacional, de Kraft-Ebing; a genética; a constitucionalista.

Antanho, o homossexualismo seria devido a um distúrbio do desenvolvimento localizado numa sensibilidade constitucional exagerada nas zonas erógenas e fases oral e anal do período pré-genital, e na situação de “romance familiar” ou edipiana.

Hodiernamente, antepõe-se a essa concepção psicanalítica a explicação de ser essa perversão sexual uma condição patológica (a despeito da maior parte dos homossexuais convictos ou assumidos considerarem-se normais, mentalmente são, semelhantes aos heterossexuais, constituindo um 3.º sexo), resultante de uma competição familiar com o pai, rival e hostil, “homossexualizante”, que procura anular os atributos masculinos do menino, castrando-o simbolicamente, através de crítica constante, perfeccionismo, rejeição e controle excessivo, e dando preferência ostensiva às meninas.

O mesmo sucede com a menina em relação à mãe. Destarte, é a atuação da mãe manifestamente anti-heterossexual, hostil e dominadora (ao lado de um pai débil, distante e indiferente), que desencoraja os contatos afetivos com o progenitor e com namorados, criticando ou recusando os namoros da filha, minimizando os seus atributos de mulher, inibindo ou impedindo-lhe desempenhar ativamente o papel social feminino que leva a menina à inversão da personalidade, como defesa contra o complexo edipiano, fazendo-a adotar atitudes contra o antagonismo e prepotência materna; depois vem o eclodir da perversão, facilitada pela promiscuidade em colégios, conventos, decepção amorosa com o sexo masculino, hábitos, folclore, tradições e normas próprias a cada núcleo social, fixação paterna da libido etc.

Ao contrário das ninfômanas, a fixação paterna, nas lésbicas e tribades, não inclui o desejo incestuoso latente.

Importa saber que os pais e mães homossexualizantes têm, amiúde, eles mesmos, problemas homossexuais latentes (receio de tornar-se homossexuais, impulso secreto de praticar atos homossexuais, sonhos de conteúdo homossexual, ansiedade e tensão na presença de homossexuais, episódios homossexuais na infância e adolescência etc.), e estabelecem uma relação homossexual inconsciente com os filhos, que podem tornar-se pervertidos masculinos ou femininos.

CAPÍTULO 17

Exclusão da Paternidade

Sumário: 17.1. Provas médico-legais genéticas, mendelianas ou científicas não sanguíneas. 17.1.1. Exame do pavilhão auricular. 17.1.2. Cor dos olhos. 17.1.3. Cor da pele. 17.1.4. Cabelos. 17.1.5. Anomalia dos dedos. 17.1.6. Hemofilia. 17.1.7. Daltonismo. 17.2. Provas médico-legais genéticas, mendelianas ou científicas sanguíneas. 17.2.1. Hereditariedade e grupos sanguíneos. 17.2.1.1. Sistema O, A, B, AB. 17.2.1.2. Sistema M e N. 17.2.1.3. Fatores Rh e rh. 17.2.1.4. Fator Hr. 17.2.1.5. Causas de erro na determinação dos grupos sanguíneos. 17.2.1.6. Haptoglobinas. 17.2.1.7. Sistema HLA. 17.2.1.8. O DNA como marcador genético. 17.2.1.9. Modelo de laudo pericial em ação de investigação de paternidade. 17.2.1.10. Esterilidade masculina. 17.2.1.11. Indicações legais e valor das provas genéticas de exclusão médico-legal da paternidade. 17.2.1.12. Quesitos destinados à investigação de paternidade.

A determinação da paternidade, em todos os tempos, mereceu dos médicos e juristas acurada atenção sem, contudo, a despeito dos conhecimentos das leis da hereditariedade, terem alcançado tal desiderato, prevalecendo, ainda nos nossos dias, o ceticismo dos romanos — *pater semper incertus*. Efetivamente, os médicos e juristas asseveraram que mesmo a ciência da hereditariedade, chamada Genética por Bateson, e cujas bases foram lançadas pelo abade Mendel, entre 1857 e 1864, na Morávia, com experiência sobre a reprodução das ervilhas amarelas e verdes lisas e rugosas, e do mosquitinho da banana, *Drosophila melanogaster*, assim como as denominadas provas empíricas ou pré-mendelianas (semelhança fisionômica, retrato falado, caracteres adquiridos, impressões maternas, estudo das impressões digitais, exames craniométrico, cranioscópico, odontométrico, odontoscópico, prosoposcópico, telegonia ou “barriga suja”), quase nada oferecem de valor prático para afirmar a paternidade. Inversamente, as duas leis de Mendel acerca da transmissão hereditária dos caracteres dos ascendentes aos descendentes têm absoluta validade para a exclusão de uma paternidade em litígio.

As provas médico-legais genéticas mendelianas ou científicas são divididas em não sanguíneas e sanguíneas.

17.1. Provas médico-legais genéticas, mendelianas ou científicas não sanguíneas

17.1.1. Exame do pavilhão auricular

O lóbulo da concha auditiva tem caráter indiscutivelmente hereditário, apresentando-se livre ou preso nos diferentes indivíduos. O lóbulo livre tem o caráter dominante e o lóbulo preso, recessivo. Deflui disto que genitores de lóbulo livre têm a maioria dos filhos com a extremidade inferior da orelha livre, podendo, eventualmente, um ou outro, tê-la presa. Se o genitor tem o lóbulo livre e a genetriz o tem preso, podem ocorrer duas eventualidades: primeira, às vezes todos os filhos têm o lóbulo livre; segunda, 50% têm lóbulo livre e 50% o têm preso. Finalmente, se ambos os genitores os têm colados, todos os filhos nascerão iguais aos pais, ou seja, com os lóbulos presos. Nesta situação será adúlterino o filho nascido com o lóbulo livre.

Chamemos LL ao par de genes responsável pelo caráter dominante do lóbulo livre, e ao par recessivo, determinante do lóbulo preso, ll. Chamemos, ainda, homozigotos aos indivíduos que têm idêntica constituição cromossômica e heterozigotos aos que possuem um ou mais pares de genes com caracteres diferentes. Sendo desiguais os dois membros de um ou mais pares de genes, um heterozigoto não procria de acordo com o tipo, chamando-se *híbrido* em relação ao caráter ou caracteres específicos. Como na fusão dos gametas masculino e feminino cada um transmite apenas um dos dois genes ou fatores, resultará que se os pais têm lóbulos livres e são portadores do par LL ou um é LL e o outro Ll, todos os filhos nascerão com lóbulo livre; quando os dois genitores portam o par Ll a maioria dos filhos terá lóbulos livres, podendo, no entanto, esporadicamente nascer algum de lóbulo preso.

Quando um dos genitores tem lóbulo livre e é portador do par Ll, e o outro, lóbulo preso e par ll, 50% dos filhos terão lóbulo livre e 50% lóbulo preso.

Quando os pais têm lóbulo preso, por serem ambos portadores do par ll, todos os filhos nascerão iguais aos genitores.

O quadro abaixo indica o exposto:

Genitora A	x	Genitor B	Filhos
L. livre LL	x	L. livre LL	— todos terão lóbulos livres
L. livre LL	x	L. livre LL ou Ll	— todos nascerão com lóbulos livres
L. livre Ll	x	L. livre Ll	— a maioria terá lóbulos livres, podendo um ou outro tê-los presos
L. livre Ll	x	L. preso ll	— 50% terão lóbulos livres e 50% lóbulos presos
L. preso ll	x	L. preso ll	— todos terão lóbulos presos

17.1.2. Cor dos olhos

Pelo raciocínio antes exposto, sendo a cor castanha dominante e a azul recessiva, compreende-se que genitores de olhos castanhos podem gerar filhos de olhos castanhos ou azuis. Um casal de olhos azuis não poderá ter filhos de olhos castanhos; gerará sempre filhos de olhos azuis.

17.1.3. Cor da pele

A pigmentação da pele é, também, hipoteticamente explicada pela associação de um número indeterminado de fatores por ação cumulativa.

Supondo que existam cinco pares de fatores para o preto puro (AABBCCDDEE), e aabbccdde para o branco puro, pelo corolário anteriormente exposto teremos como resultado do cruzamento entre si filhos híbridos AaBbCcDdEe, ou seja, mulatos. Da procriação entre mulatos portadores da constituição genética AaBbCcDdEe nascerão descendentes de pele mais escura, mais clara ou idêntica à dos pais.

Embora infrequente, pois na poli-hibridação em que participam cinco pares de fatores a possibilidade homozigótica de cada gene é de 1:1.024, é possível que um dos filhos desse casal de mulatos seja um branco puro com fórmula genética aabbccdde ou preto puro AABBCCDDEE.

Ainda, segundo a teoria da associação dos genes cumulativos, no cruzamento de mulato com branco puro, os descendentes não podem ser mais escuros que o genitor mulato, e sim iguais a ele ou mais claros. Dessa forma, se uma mulata acusar um branco puro de ser pai de filho mais escuro do que ela, o mendelismo autoriza ao imputado negar a paternidade, ainda que ao tempo da fecundação tenha ele coabitado com a mesma.

Da procriação de mulato com preto puro nascerão filhos iguais ou mais escuros e nunca de pigmentação mais clara que a do genitor mulato.

17.1.4. Cabelos

Os cabelos na região occipital correspondente à corinha remoinham mais frequentemente no sentido dextrógiro e, o que é mais raro, levógiro.

A distribuição dextrógiro, da esquerda para a direita, tem caráter dominante (D), e a levógiro, no sentido anti-horário, recessivo (d). Genitores de corinha dextrógiro podem ter filhos dextrógiros ou levógiros; quando os pais são levógiros todos os filhos serão levógiros. Evidentemente, se na prole de genitores levógiros acontecer filho dextrógiro, será adúlterino.

17.1.5. Anomalia dos dedos

A sindactília, a braquidactília, a polidactília, a ectodactília, a megalodactília são deformidades dos dedos consequentes ao caráter dominante (A) de um par de genes unido ao recessivo (a). Assim,

$$AA \times aa = Aa$$

ou

$$Aa \times aa = Aa \text{ ou } aa$$

o que significa que um filho de mãe normal portador de, como exemplo, sindactília somente pode ter pai sindáctilo. Entretanto, nenhum filho nascerá com qualquer dessas anomalias se ambos os genitores não as possuem.

Em 1920, na Noruega, uma mulher de dedos normais acusou um indivíduo braquidáctilo de ser o pai de sua filha, também portadora desse defeito. Auscultados os peritos, o tribunal condenou o réu.

17.1.6. Hemofilia

É estado mórbido determinado pelo caráter recessivo ligado ao cromossomo X.

A hemofilia é síndrome hemorrágica hereditária ligada ao sexo. É transmitida pelo cromossomo X, sempre pela mulher, e se manifesta no homem, determinando deficiência do *fator VIII*, cuja propriedade coagulante reside numa molécula que integra um complexo glicoproteico macromolecular. Essa síndrome hemorrágica ocorre por deficiência desse fator, que é o responsável pelo sistema intrínseco da geração da tromboplastina.

Um gene presente no cromossomo X é quem exerce ação reguladora na atividade do *fator VIII*. O indivíduo do sexo masculino possui 22 pares de cromossomos XX e um par XY, e a mulher, 23 pares XX, em suas células somáticas. Assim, basta a incompetência de um único cromossomo X na transmissão mendeliana para ocorrer, no homem, deficiência da atividade coagulante do *fator VIII* e manifestar-se a hemofilia tipo A ou clássica (existe uma forma mais rara, a hemofilia B, também ligada ao caráter recessivo ligado ao cromossomo X, por deficiência do *fator IX*).

A hemofilia, embora raríssima, é possível entre as mulheres. A mulher, para ter hemofilia, terá de ser filha de pai hemofílico e de mãe portadora de cromossomo X anômalo, o que vale dizer, se herdar dois genes incompetentes para estimular atividade tromboplástica do *fator VIII*.

O filho de genitor hemofílico será sempre normal, quando herdar apenas o cromossomo Y paterno; será, no entanto, hemofílico se herdar o cromossomo X anômalo materno; a filha não será hemofílica, porém será transmissora da doença aos seus descendentes masculinos por ser portadora do estigma através do cromossomo X paterno, que herdou.

A hemofilia é doença de transmissão comprovadamente hereditária. Há hemofílicos, no entanto, sem história familiar da doença, o que pressupõe que a alteração cromossômica pode ser determinada por mutações recentes.

Nenhum filho de casal sadio nascerá hemofílico, sob pena de ser adúlterino.

17.1.7. Daltonismo

O daltonismo é a incapacidade de distinguir cores; é a falta de percepção particularmente do vermelho e do verde. Não implica diminuição da acuidade visual, pois o daltônico enxerga os detalhes e as minúcias das imagens.

Cromatodisopsia é modalidade de daltonismo pouco acentuado em que só ocorre dificuldade em distinguir pequenas diferenças de cores.

Cromatopseudopsia é daltonismo em que ocorre confusão para perceber as cores simples como o castanho, o verde ou o vermelho escuros, que se distinguem como gradações da mesma cor.

São também estados mórbidos determinados pelo padrão de herança recessivo ligado ao cromossomo X.

17.2. Provas médico-legais genéticas, mendelianas ou científicas sanguíneas

O sangue humano posto em contato com certos plasmas pode não alterar as disposições das hemácias, ou, então, pode aglutiná-las em aglomerações mais ou menos compactas. Chama-se *isoaglutinação* à propriedade imanente ao plasma humano de aglomerar as hemácias, glóbulos vermelhos ou eritrócitos de outros indivíduos; evidentemente, essa reação não ocorre espontaneamente com o sangue da mesma pessoa, ou seja, a autoaglutinação não é possível porque, senão, ele coagularia no interior dos vasos.

A aglutinação dos eritrócitos é explicada pela existência de uma substância — a *aglutinógeno* — nos eritrócitos humanos e de um outro elemento no soro sanguíneo — as *aglutininas*. Os aglutinógenos são anotados com as letras maiúsculas A e B e as aglutininas com as mesmas letras minúsculas a e b ou alfa e beta. Os eritrócitos humanos têm dois *aglutinógenos* — A e B —, e o plasma, duas *aglutininas* — a e b, ou alfa e beta. Há indivíduos cujo sangue não possui nenhuma espécie de aglutinina. Exemplificando:

Grupo O — não tem aglutinógeno; tem aglutininas a e b.

Grupo A — tem aglutinógeno A e aglutinina b.

Grupo B — tem aglutinógeno B e aglutinina a.

Grupo AB — tem aglutinógeno A e B e não possui aglutininas.

Há quem admita a existência de um aglutinógeno O, o qual, na prática, tem pequena importância, não obstante sua capacidade de atuar como antígeno.

A aglutinação ocorre toda vez que a aglutinina é posta em contato com o aglutinógeno correspondente, isto é, a aglutinina a com o aglutinógeno A e a aglutinina b com o aglutinógeno B. Logo, os glóbulos vermelhos humanos do grupo O, por não terem aglutinógeno, não aglutinam na presença de nenhum plasma, qualquer que seja a sua aglutinina. Os portadores desse grupo de sangue são chamados *doadores universais*, pois a transfusão de sangue tipo O é perfeitamente tolerada pelos indivíduos dos demais grupos. Em contraposição, como o tipo O tem as aglutininas a e b, as pessoas pertencentes a esse tipo não podem receber sangue de nenhum outro grupo. Os do grupo A podem ser transfundidos unicamente para os tipos A e AB; os do grupo B servem apenas para B e AB; finalmente, os do grupo AB podem ser utilizados para AB; em compensação, podem ser transfundidos com qualquer dos demais tipos de sangue: são os *receptores universais*.

Os conceitos “doadores universais” e “receptores universais”, havidos até não muito tempo em hematologia, são ainda hoje expostos em livros de Medicina Legal. Segundo eles, respectivamente, as aglutininas existentes no plasma do doador seriam inócuas para os antígenos do receptor, uma vez que ficariam grandemente diluídas na corrente circulatória do paciente e, por isso, impossibilitadas de agredir os eritrócitos do receptor. Desse modo, falava-se que o sangue do doador universal poderia ser transfundido para qualquer tipo de receptor e que os receptores universais poderiam receber qualquer tipo de sangue, conceitos esses responsáveis por muitos acidentes transfusionais, alguns deles mortais, o que levou, em boa hora, a hematologia a substituí-los pelos chamados “doador perigoso” e “receptor perigoso”. Exemplificando: segundo Crosby e Akeroyd, os doadores do grupo O com títulos de aglutininas acima de 1:256 devem ser considerados “perigosos” numa transfusão heterogrupo A ou B, ficando este sangue reservado unicamente às transfusões em pacientes O. Aproximadamente, 23% dos doadores universais devem ser considerados perigosos, do ponto de vista hematológico, pois a sua titulação de imuneaglutininas — que não sofrem neutralização pelas substâncias grupo-específicas de Wibebsky — pode ser muito superior à das aglutininas naturais, atingindo até cifras de 1:100.000.

“Receptores perigosos” são os que, como na anemia hemolítica adquirida, possuem no plasma aglutininas anômalas capazes de agredir suas próprias hemácias, aglutinando-as pelo autoanticorpo, e que, por isso, necessitam que suas transfusões não sejam feitas com sangue isogrupo.

Laboratorialmente, pesquisa-se a reação de compatibilidade colocando-se sobre uma lâmina de vidro, separadamente, à esquerda, uma gota do soro do grupo anti-A que contém aglutinina b, e, à direita, soro do grupo B que contém aglutinina a, misturando-se a eles uma gota de sangue colhido por picada da polpa digital do do lóbulos da orelha do examinando. A leitura do resultado será feita após três a cinco minutos, com a seguinte interpretação: se houver isoaglutinação das hemácias na presença da aglutinina a ou alfa, a pessoa examinada pertence ao grupo B; se ocorrer diante da aglutinina b ou beta, o indivíduo pertence ao grupo A; se a reação se manifestar concomitantemente com as aglutininas a e b, o sangue examinado é do tipo O. Por derradeiro, se não houver precipitação dos glóbulos vermelhos, o grupo sanguíneo será AB.

Os aglutinógenos existem nas hemácias desde o nascimento e suas propriedades se intensificam com a evolução etária, permanecendo constantes a partir dos 20 anos. Não é assim, no entanto, com as propriedades inerentes às aglutininas, que, em regra, se manifestam só depois de 10 dias do nascimento; escassas nos primeiros meses, aumentam progressivamente até lograr grau máximo, segundo uns, na puberdade, e, conforme outros, aos 30 anos, decrescendo, desde então, paulatinamente, na velhice, ao modo do ocorrido nos primórdios da vida extrauterina. Ocorrem, portanto, no curso da vida dos diferentes indivíduos, variações qualitativas e quantitativas da concentração dos aglutinógenos e das aglutininas, o que explica, teoricamente, os raríssimos casos de acidentes de transfusão de sangue do tipo O em pessoas de outros grupos.

É preciso que se saiba que a transfusão sanguínea deve ter indicação fundamentada em diagnóstico de certeza, que justifique a constelação de inevitáveis riscos, mas que se a reduza cada vez mais, a fim de que não acarrete danos maiores do que os benefícios esperados pelo paciente. A transfusão sanguínea deve ser imunologicamente compatível com o plasma do receptor, ou seja, deve ser feita empregando-se sangue do mesmo grupo ABO e Rh do paciente. Nas emergências, após a realização das provas pré-transfusionais de compatibilidade, pode-se inicialmente utilizar sangue O, Rh negativo.

Nessa trilha de entendimento, para a *exsanguineotransfusão imediata* em uma criança, *exempli gratia*, gravemente hidrópica, o sangue Rh negativo cruzado com a mãe serviria, devendo-se, posteriormente, transfundir sangue do tipo específico da criança.

Admite-se, ainda, a existência dos chamados subtipos A1, A2, A1B, A2B, formados pelos aglutinógenos A e B, diferenciados entre si pela sua diversa propriedade quantitativa de adsorver a aglutinina a. Desse modo, o aglutinógeno A1 adsorve mais aglutininas homólogas que o aglutinógeno A2.

Os tipos sanguíneos, como as impressões digitais, são imutáveis. Nenhuma influência do meio exterior, inclusive doenças ou ação cósmica, irradiações, eletricidade, consegue modificá-los. O ser humano nasce e morre portando sempre o grupo sanguíneo com que nasceu. As raras exceções apontadas se devem aos

erros de técnica ou de interpretação dos resultados, confundindo o laboratorista o fenômeno do empilhamento dos eritrócitos por verdadeira aglutinação. Essa pseudoaglutinação em que os glóbulos vermelhos do sangue humano se agrupam uns sobre os outros, à maneira de pilhas de moedas, aderidos por tensão superficial, é facilmente desfeita pela simples pressão mecânica sobre a lamínula ou pela diluição com soro fisiológico.

17.2.1. Hereditariedade e grupos sanguíneos

17.2.1.1. Sistema O, A, B, AB

O sistema denominado O, A, B, AB, na ordem de maior frequência de cada grupo, pela Comissão de Saúde da Liga das Nações, admite que os aglutinógenos A e B e as aglutininas a e b são transmitidos hereditariamente de pais para filhos, mediante três pares diferentes de genes — O, A e B —, que se unem nos cromossomos formando os pares alelomorfos OO, AA e BB, homozigotos, e AB, AO e BO, heterozigotos. Cada pessoa porta apenas um desses pares.

Os genes A e B são dominantes sobre O, que é recessivo; unidos geram o grupo AB.

Os quatro pares têm a seguinte constituição genética:

Tipo O — formado pelo par de genes OO;

Tipo A — formado pelo par de genes AA ou AO;

Tipo B — formado pelo par de genes BB ou BO;

Tipo AB — formado pelo par de genes AB.

Disto resulta que um casal do tipo O só terá filhos O, porque cada um dos genitores apenas poderá ceder aos filhos o fator O. Supondo que nasçam neste casal filhos do grupo sanguíneo A, B, AB, serão seguramente adúlteros.

Se, porém, o marido pertencer ao grupo A e a mulher ao grupo B, a prova sanguínea nada esclarece, pois que nesse casal são possíveis filhos de qualquer tipagem: A, B, AB ou O.

Transcrevemos abaixo um quadro que nos permite excluir uma paternidade alegada.

N.º	Grupos dos pais	Filhos legítimos	Filhos ilegítimos
1	O x O	O	A, B, AB
2	O x A	O, A	B, AB
3	O x B	O, B	A, AB
4	A x A	O, A	B, AB
5	A x B	O, A, B, AB	nenhum
6	B x B	O, B	A, AB
7	O x AB	A, B	O, AB
8	A x AB	A, B, AB	O
9	B x AB	A, B, AB	O
10	AB x AB	A, B, AB	O

O quadro acima também nos permite compreender as duas leis mendelianas em relação aos grupos sanguíneos:

1.ª) Lei de von Dungere e Hirszfild: “Os aglutinógenos A e B só podem aparecer no sangue do filho se presentes pelo menos no sangue de um dos pais”.

2.ª) Lei de Bernstein: “Os portadores do grupo AB não podem ter filhos do grupo O, e os indivíduos do tipo O não podem ter filhos do grupo AB”.

Importa saber que até hoje nenhuma exceção foi encontrada quanto à primeira lei; por isso a Comissão Médico-Legal da Associação Médica Norte-Americana recomenda que se aplique sempre a lei de von Dungere e Hirszfild, sem restrições, nas perícias de exclusão de paternidade. Recomenda, também, a aplicação da lei de Bernstein, porém, com a seguinte restrição: se a criança pertence ao tipo O e o suposto pai ao AB, ou vice-versa, o perito dirá ser extremamente improvável a paternidade imputada.

17.2.1.2. Sistema M e N

Em 1927, Landsteiner e Levine demonstraram a presença nas hemácias de todos os indivíduos de dois aglutinógenos — M e N —, transmissíveis consoante as leis de Mendel, para os quais não existem aglutininas homólogas no plasma humano. Devido a isso, essas aglutininas são obtidas artificialmente pela imunização ativa de coelhos através da aplicação de eritrócitos humanos portadores do fator M ou N.

O sistema sanguíneo M e N admite três constituições genéticas:

Tipo M — formado pelo par MM.

Tipo N — formado pelo par NN.

Tipo MN — formado pelo par MN.

Nessa forma, um casal do tipo M só poderá ter filhos M. Nascidos de tipos MN ou N serão adúlteros.

O quadro abaixo nos facultará compreender as combinações possíveis e não possíveis:

N.º	Grupos dos pais	Filhos possíveis	Filhos não possíveis
1	M x M	M	MN e N
2	N x N	N	MN e M
3	M x N	MN	M e N
4	MN x MN	MN, M, N	nenhum
5	MN x N	MN e N	M
6	MN x M	MN e M	N

A observação dessas possibilidades permite-nos compreender as duas leis de Landsteiner e Levine:

1.ª) Os fatores M e N só aparecerão no sangue do filho se presente no de um dos pais, pelo menos.

2.ª) Um genitor do tipo M nunca gera filho N; um genitor do tipo N nunca procria filho do tipo M.

— Quadro indicativo do percentual resultante do acasalamento entre os tipos M, N e MN:

N.º	Genitor	Genitor	Filhos	Percentual
1	MM	x MM	MM	100%
2	NN	x NN	NN	100%
3	MM	x NN	MN	100%
4	MN	x MN	MN	50%
			NN	25%
			MM	25%
5	MN	x NN	MN	50%
			NN	50%
6	MN	x MM	MM	50%
			MN	50%

O fator M e N de cada 3 inocentes exclui 1.

17.2.1.3. Fatores Rh e rh

Landsteiner e Wiener, em 1940, injetando sangue dos *macacos rhesus* em cobaias, comprovaram a existência de um novo fator, ao qual chamaram Rh. Algumas pessoas não apresentam fator Rh no sangue; são Rh negativo. Aos portadores do fator Rh diz-se que são Rh positivo.

O fator Rh pode ser encontrado precocemente nas hemácias humanas, pois vários autores asseveram tê-la detectado em feto de dois meses e meio de vida intrauterina.

A incidência do fator Rh varia com as raças. Assim, diferentes estatísticas têm evidenciado que:

- 85% dos brancos são Rh positivo e 15%, rh negativo;
- 95,5% dos pretos são Rh positivo e 4,5% rh negativo;
- 100% dos peles-vermelhas são Rh positivo e 0,0%, rh negativo;
- 99,4% dos amarelos são Rh positivo e 0,6%, rh negativo.

No princípio pensou-se que a transmissão hereditária do fator Rh era feita por meio de genes (um par materno e outro paterno), de caráter dominante, quando positivo, e recessivo, se negativo, o que explicaria a existência de três possibilidades genotípicas diferentes.

Desse conhecimento resultaram as seguintes regras:

- a) indivíduos rh negativo, homocigoto, gerariam filhos rh rh;
- b) indivíduos Rh positivo, homo ou heterocigotos, Rh Rh e Rh Rh;
- c) genitores rh negativo só terão filhos rh negativo; pais Rh positivo gerariam descendentes Rh positivo puros;
- d) os híbridos heterocigóticos teriam filhos com três possíveis tipos: Rh Rh, Rh rh e rh rh;
- e) se um dos pais fosse Rh positivo e o outro rh negativo, metade dos filhos seria Rh positivo e metade rh negativo.

Assim:

Pais Filhos

- 1 — rh x rh rh rh + rh rh
- 2 — Rh x Rh Rh Rh + Rh Rh
- 3 — Rh x rh Rh rh + Rh rh
- 4 — Rh x rh rh Rh rh + Rh rh + rh rh + rh rh

Mais tarde, entretanto, novas pesquisas demonstraram que a transmissão hereditária do fator Rh não é uniforme e simples, como se pensou a princípio; antes, é de extrema complexidade, verdadeiro mosaico mendeliano constituído por oito pares de genes alelos, cada um capaz de determinar a presença dos antígenos Rh no sangue humano.

No que tange à incompatibilidade Rh, não são falsas as afirmações de que o aborto espontâneo frequentemente produz sensibilização das mães. Quando estas e os conceptos são incompatíveis para os fatores ABO e Rh, a doença hemolítica do recém-nascido, contrariamente ao que muitos pensam, não é duplamente grave. Isto porque a sensibilização ABO protege o fruto da concepção contra os efeitos Rh e a administração de globulina humana anti-D evitará a doença.

17.2.1.4. Fator Hr

Levine encontrou no plasma de uma mulher Rh positivo — mas sensibilizada por um feto rh negativo — anticorpos com especificidade diversa das aglutininas conhecidas, capazes de aglutinar todo sangue rh negativo e alguns Rh positivo. A essas aglutininas denominou Hr, pelo comportamento diverso que têm em relação ao fator Rh.

Posteriormente, Race e Mourant descobriram mais dois soros, Hr' e Hr'' e Diamont um terceiro com especificidades contrárias, a que chamou Hr.^o

Por fim, Race-Fischer chamaram C, E, D aos fatores Hr', Hr'' e Hr.^o e c, e, d às aglutininas hr', hr'' e hr.^o, respectivamente.

A nomenclatura de Race-Fischer, pela simplicidade dos quadros indicativos das combinações possíveis ou impossíveis na investigação médico-legal da exclusão da paternidade, tem, em nossos dias, aceitação universal.

Ottensouer, Versiani e Cesarino Neto, fundamentados na teoria dos três pares de genes alelos, formularam as seguintes regras:

- 1.^a) um casal homocigoto (CC, cc ou DD) não poderá ter filhos heterocigotos;
- 2.^a) um homocigoto do tipo CC não gerará filhos com o tipo homocigoto oposto — cc;
- 3.^a) genes complexos, contendo tanto C como E (como exemplo, CDE), são extremamente raros e só serão admitidos após afastamento da presença, na mãe ou no acusado, de quaisquer possibilidades da existência de genes mais frequentes.

17.2.1.5. Causas de erro na determinação dos grupos sanguíneos

Várias causas de erro na determinação dos grupos sanguíneos podem dar como positivas reações de aglutinação em verdade negativas, e vice-versa. São elas:

- 1) Pan-aglutinação, ou fenômeno de Thomsen, em que as hemácias velhas podem ser aglutinadas por todos os soros-testes, devido ao desenvolvimento de bactérias nas suspensões globulares com mais de oito horas de conservação.
- 2) Pseudoaglutinação (*rouleaux-formation*), em que, ao microscópio, os eritrócitos mostram aspecto de pilhas de moeda, em grupos menores, e desaparecem com a adição de soro fisiológico e com a agitação, enquanto na aglutinação os verdadeiros grumos são como cachos. A pseudoaglutinação pode ser evitada pelo emprego de suspensões globulares a 2%.
- 3) Soros com titulação abaixo de 64.
- 4) Soros contaminados são, amiúde, fracos e inativos.
- 5) Suspensões globulares impróprias: o excesso de eritrócitos pode absorver completamente a aglutinina impedindo os sinais visuais de aglutinação; inversamente, numa suspensão globular muito diluída a aglutinação pode passar despercebida.
- 6) Hemólise: determinada por alto título de iso-hemolisina no soro humano, sem aglutinação aparente. Pode ser evitada inativando o complemento no soro, aquecendo-o a 56°, durante 20 minutos.
- 7) Tempo de leitura insuficiente: eritrócitos fracamente aglutináveis, mesmo com soros fortes, não formam grumos antes de 30 minutos.

17.2.1.6. Haptoglobinas

As proteínas migram no plasma humano servindo-se do gel de poliácridamida e do gel de amilo como suporte e incorporam-se à hemoglobina liberada pelos glóbulos vermelhos destruídos, formando as haptoglobinas. Então, as haptoglobinas são proteínas adicionadas à hemoglobina remanescente das hemácias humanas destruídas.

As haptoglobinas permitiram a Henningsen excluir a paternidade em 18% dos casos em que não foram possíveis nos sistemas ABO, Rh e M e N.

As haptoglobinas são encontradas em 8% dos recém-nascidos; entre o primeiro e segundo mês de vida extrauterina são determinadas em 52% das pessoas e, no adulto, por motivos ainda não elucidados, podem estar ausentes.

17.2.1.7. Sistema HLA

Também chamado antígeno do complexo maior histocompatibilidade, HLA é a sigla de *Human Leucocyte Antigen*.

As células nucleadas de todo o organismo humano possuem propriedades antigênicas várias em sua superfície, estimuladoras da formação dos anticorpos no receptor, capazes de destruir-lhes os leucócitos.

Os antígenos leucocitários humanos definem a individualidade biológica, isto é, somente gêmeos univitelinos são iguais.

Genes localizados no cromossomo humano número seis, distribuídos em vários *locus*, possuindo múltiplos alelos e transmitidos em condominância, controlam os antígenos do complexo maior histocompatibilidade.

O padrão da herança condominante do HLA é explicado porque a célula expressa tanto fenótipos de genes maternos quanto paternos, os quais são herdados juntos em razão da grande proximidade dos *loci*.

Esses antígenos (HLA) recebem uma nomenclatura numérica.

Atualmente são conhecidos 20 fatores ou antígenos para o loco A, 40 para o loco B, 5 para o loco C, 8 para o loco D.

O sistema HLA é transmitido hereditariamente para os dois sexos indistintamente. Não admite genes recessivos, nem a combinação de genes com genótipos ou fenótipos intermediários.

Cada indivíduo possui dois antígenos do loco A e dois antígenos do loco B, como exemplo. A combinação de um antígeno do loco A com um antígeno do loco B, ainda no exemplo, constitui o haplótipo, ou seja, metade do tipo que é transmitido por cada progenitor ao filho.

Haplótipo é, portanto, nome que se dá aos genes que ocupam *locus* diferente de um mesmo cromossomo.

Os “dois haplótipos, portanto, em cada pai, constituem o genótipo do indivíduo que vai codificar o fenótipo. O número de antígenos HLA, que podem ser expressos na célula, é quatro (dois de origem materna e dois de origem paterna), quando considerados os *loci* A e B, embora não saibamos como estão pareados. A presença de dois diferentes antígenos num dado *locus* automaticamente exclui a presença de qualquer outro antígeno (ou alelo) e elimina a possibilidade da falta de um alelo devido à deficiência técnica. Se o número de antígenos é menor que quatro, duas possibilidades existem: primeira, podemos ter dois alelos iguais (um proveniente do pai e outro da mãe), sendo esta situação denominada homozigose; segunda, podemos ter um antígeno que não é detectável pelos métodos utilizados. A porcentagem dos antígenos não detectáveis (denominados brancos ou *blanks*) é muito pequena para os *loci* A e B, sendo menor que 2%” (*apud* João Lélcio Peake de Mattos Filho, *Investigação de paternidade — Considerações sobre a aplicação da metodologia do DNA, RT, 607:258*). Tem o sistema HLA, por isso, hodiernamente, extraordinário valor na perícia de investigação de paternidade, pois, não obstante não possibilitar afirmar-se em 100% a inclusão da *paternitas*, representa inegavelmente grande avanço na pesquisa do liame genético. E inclusive do liame genético *post mortem* “a partir do estabelecimento dos haplótipos dos filhos comparados aos da mãe, enquanto técnica que permite encontrar, por processo de exclusão, o haplótipo do pai falecido e, assim, proceder-lhes ao confronto final decisivo” (Ayush Morad Amar, *A perícia hematológica de paternidade e maternidade*, separata dos *Arquivos da Polícia Civil de São Paulo, XXXVII/92 e 93, 2.º semestre de 1981, RT, 616:53*).

Do ponto de vista prático, positiva-se o HLA pela destruição de linfócitos pelos anticorpos produzidos pelo organismo receptor, com exceção da série D, em todas as demais.

Existem tabelas especializadas que catalogam os genótipos e haplótipos possíveis no sistema HLA à disposição dos peritos que atuam na investigação de paternidade.

17.2.1.8. O DNA como marcador genético

Jeffreys e colaboradores desenvolveram na Universidade de Leicester, Inglaterra, uma técnica que permite identificar marcadores genéticos tão específicos quanto as impressões digitais que se obtém na datiloscopia, chamada “impressões digitais genética do DNA — Fingerprints”.

O DNA é o elemento que contém todas as informações genéticas de cada indivíduo, com características únicas, como ocorre com as impressões digitais.

Esses autores estribam sua técnica nos chamados minissatélites, regiões do DNA feitas da repetição de pequenas sequências dispersas em grande número por entre o genoma humano.

Existem diferentes grupos de minissatélites que compartilham quase as mesmas ou as mesmas sequências básicas de aminoácidos.

O material a ser examinado pode ser uma gota de sangue, esperma, saliva, cabelos etc.

Com partículas de DNA, obtidas através do bombardeio de raios, obtêm-se as estruturas genéticas dos supostos pai e filho; pois, com exclusão dos gêmeos univitelinos, o DNA de cada indivíduo forma um padrão específico (“impressão digital”). A “impressão digital” genética também se obtém usando as chamadas enzimas de restrições que, como verdadeiras “tesourinhas químicas”, cortam o gene em sítios específicos, seccionando o DNA em segmentos que se dispõem em padrões.

Os segmentos, de tamanho variável, espalhados sobre uma superfície gelatinosa e submetidos à ação de uma corrente elétrica, movimentam-se velozmente em linha reta. Alguns desses segmentos são denominados regiões hipervariáveis e contêm sequências específicas chamadas *stutters*, as quais, imersas em uma solução que contenha sondas químicas radioativas, recebem radioatividade que imprime a imagem da fila de fragmentos numa chapa de raios X. “Para comprovar a paternidade, comparam-se as ‘impressões genéticas’ dos pais e do filho. Como o material genético provém em proporções iguais do pai e da mãe, cada característica do DNA do filho deve ser encontrada em um dos pais. Se existe na ‘impressão do DNA’ do filho pelo menos dois fragmentos que não aparecem nos pais, um deles não é legítimo” (Ayush Morad Amar, “Uso de corantes diminui os custos”, *jornal Folha de S. Paulo*, São Paulo, 5 maio 1989).

Afirma Alec Jeffreys que a única e remota possibilidade de erro é no caso de comparação das estruturas genéticas de gêmeos idênticos. Afora isso, a probabilidade de indivíduos que não são parentes terem a mesma “impressão digital do DNA” é de apenas um para cinco quatrilhões, ou seja, praticamente zero; para irmãos, essa qualidade de provável é de um para cem milhões.

Dessa forma, a nova técnica de comparação de genes, quando os laboratórios de perícia do país estiverem aparelhados para o teste de impressão genética, responderá, sem nenhuma dúvida, com total precisão, dispensando os demais métodos de identificação até hoje empregados.

Deve-se examinar, sempre que possível, principalmente os seguintes sistemas: ABO, MN, Rh, HLA, Haptoglobinas HP e Gc, DNA, por serem os que apresentam maior eficiência, atendendo, obviamente, à facilidade de determinação, às disponibilidades dos soros reagentes e econômica dos interessados.

Destarte, para efeito de prova processual, a quais profissionais se atribui competência para realizar exames em ações investigatórias de paternidade? Somos de opinião que os exames com esse propósito podem ser legalmente realizados por imuno-hematologistas, por farmacêuticos-bioquímicos habilitados e por quaisquer profissionais (médicos-legistas, geneticistas etc.) que, isoladamente ou em equipe, detenham em seu *curriculum* a experiência e a responsabilidade que tais laudos exigem. E que, conforme ressalta Keith e Poleski, a complexidade e a responsabilidade que são inerentes a tais laudos induzam advogados e representantes do Ministério Público a conhecerem os procedimentos laboratoriais e as qualidades das técnicas de controle das amostras sanguíneas, para evitarem problemas processuais.

17.2.1.9. Modelo de laudo pericial em ação de investigação de paternidade

Eu, abaixo assinado, Dr. (nomear seus títulos), RG, CIC, residente e domiciliado em Bauru (SP), na Rua n., qualificado e compromissado nos autos da Ação de Investigação de Paternidade entre as partes M.I.C. (autor), contra o Sr. D.S.O., conforme o processo n. 243/89, que tramita pela Comarca de Bauru, SP, nomeado pelo MM. Juiz de Direito, após proceder aos exames necessários, firmo o meu LAUDO PERICIAL:

I — IDENTIFICAÇÃO: Investigação de paternidade requerida pelo MM. Juiz de Direito da Comarca de Bauru, SP, nas pessoas que se apresentaram como D.S.O., RG, residente na Rua n., Bauru, SP, nascido a 21 de março de 1953, na cidade de Bauru, SP, filho de K.L.O. e da Sra. M.G.O., é um indivíduo de cor branca, cabelos negros e ulótricos, sobrancelhas negras, barba por fazer, com 1,72m de altura e profissão comerciário. A Sra. M.I.C., RG, residente na Avenida n., Jaú, SP, nascida aos 14 de dezembro de 1959, na cidade de Torrinha, SP, filha do Sr. P.C., e da Sra. N.S.C., é uma pessoa de cor branca, cabelos e sobrancelhas loiras, profissão datilógrafa. A menor J.C., que me foi apresentada pela Sra. M.I.C., como sendo sua filha, nascida aos 18 de julho de 1981, em Jaú, SP, segundo a Certidão de Nascimento n., é uma menina de cor branca, cabelos e sobrancelhas claras.

II — PROVAS BIOLÓGICAS: Para a realização destas provas, pesquisou-se a presença dos antígenos ABO (Anti-A, B e AB), MN (antígenos M e N), Rh (antígenos D) e antígenos do sistema HLA, locos A e B. Com o comparecimento simultâneo dos interessados, colheu-se material (sangue venoso obtido por venopunção com *vacutainer*) no Laboratório de Imunogenética de Bauru, SP, no dia 4 de fevereiro de 1989, na presença dos mesmos. Os soros utilizados foram todos de procedência nacional, e aplicaram-se as técnicas recomendadas dos autores, com os cuidados e controles indispensáveis para esses casos. Todas as tipagens foram repetidas três vezes.

Resultados e conclusões

Os exames laboratoriais realizados na presente investigação de paternidade revelaram os seguintes resultados:

1) SISTEMA ABO:

O Sr. D.S.O. porta o grupo sanguíneo “B” (fenótipo), com os prováveis genótipos Bi e BB; a Sra. M.I.C. é portadora do grupo sanguíneo “O” (fenótipo), com o único genótipo ii; a menor J.C. pertence ao grupo sanguíneo “O” (fenótipo), com o único genótipo ii. Destarte, não se pode excluir a paternidade imputada ao Sr. D.S.O., pois, sendo ele portador do genótipo Bi (heterozigoto), poderá ter transmitido i (pequeno) à menor.

2) SISTEMA RH:

O Sr. D.S.O., a Sra. M.I.C. e a menor J.C. são do tipo sanguíneo Rh positivo (fenótipo), com reações positivas para o antígeno D (grande). Logo, não se pode excluir a paternidade imputada ao Sr. D.S.O., pois os três fenótipos são compatíveis.

3) SISTEMA MN:

O Sr. D.S.O. e a Sra. M.I.C. são do grupo sanguíneo M (fenótipo) e genótipo MM. A menor também pertence ao grupo M (fenótipo) e genótipo MM, tendo recebido um gene da mãe e outro do pai, sendo que ambos os progenitores só podem transmitir o gene M. Destarte, pelo sistema MN, não se pode excluir a paternidade imputada ao Sr. D.S.O.

4) SISTEMA HLA:

O Sr. D.S.O. é portador dos antígenos HLA A2, A11, B14 e B27, com os prováveis haplótipos: A2B14; A2B27; A11B14 e A11B27. A Sra. M.I.C. porta os antígenos A1, Ax, B22 e B35, com os prováveis haplótipos: A1B22, A1B35, AxB22 e xB35. A determinação dos antígenos de J.C. foi: A2, Ax, B14 e B22, com os prováveis haplótipos: A2B14, A2B22, AxB14, AxB22. Desse modo, o genótipo mais provável da menor J.C. é A2B14, que recebeu do pai, e AxB22, que lhe foi transmitido pela mãe.

A frequência do haplótipo HLA A2B14, encontrado no Sr. D.S.O. e na menor J.C., na população branca é de $(0,289 \times 0,0051) 0,0014739$, ou seja, em 15 indivíduos para cada 10.000. Tenha-se em conta que essa frequência entre homens em idade de reprodução ainda é mais reduzida, já que na cifra apontada (15/10.000) estão incluídas mulheres, crianças e idosos.

Calcula-se a probabilidade de o Sr. D.S.O ter transmitido o haplótipo HLA A2B14 à menor J.C. pelo *Teorema de Bayes* que estatui que, se existir uma condição *a priori* (no caso, o haplótipo da menor), poderá ser estimada a qualidade de provável *a posteriori*, aplicando-se a seguinte equação:

$P = p/2 \div p/2 (1 - p)$. AB, onde:

P = probabilidade *a posteriori*, isto é, *in casu*, o produto da concepção.

p = probabilidade de a mãe estar certa ao apontar o possível pai, levando-se em consideração o período fértil e o estabelecimento do vínculo com o mesmo.

AB = frequência do haplótipo analisado (no caso, HLA A2B14 igual a 0,0014739 aproximada para 0,0015).

Aceitando que, em 80% dos casos, a mãe aponta corretamente o suposto pai, teremos:

$$P = \frac{0,8/2}{0,8/2\% (1 - 0,8) 0,0015}$$

$$P = \frac{0,4}{0,4\% (0,2 \times 0,0015)} = \frac{0,4}{0,4 + 0,0003}$$

$$P = \frac{0,4}{0,4003}$$

$$P = 0,9999 \text{ ou seja } 99,99\%$$

Assim, através do sistema HLA, a probabilidade de o Sr. D.S.O. ser o progenitor da menor J.C. é de 99,99%. Considerando-se que os sistemas sanguíneos ABO, MN e RH também não o excluam, essa possibilidade é um pouco maior, porém, frequentemente, isto não é suficiente para afirmar categoricamente uma paternidade, posto haver casos desse naipe em que a mesma foi excluída de maneira inofismável mediante o simples estudo dos padrões do DNA dos envolvidos.

Bauru, de de

Dr.

17.2.1.10. Esterilidade masculina

Longe vai o tempo em que o diagnóstico de esterilidade masculina era, senão proibido, pelo menos interpretado como ofensivo e motivador de complexo e de humilhações ao indivíduo, em sociedade.

A esterilidade masculina interessa ao Direito nos casos de contestação de paternidade incerta em que o indivíduo alega falta de aptidão geratriz.

A esterilidade masculina, denominação melhor do que impotência *generandi*, é dita relativa, quando transitória e suscetível de tratamento e cura, e absoluta, quando a causa que a determina é definitivamente irreparável.

O diagnóstico baseia-se na anamnese, em que se pesquisam os antecedentes hereditários e pessoais, enfermidades agudas, moléstias venéreas, traumatismos genitais, tratamentos cirúrgicos (hérnias, ectopias testiculares, hidrocele, varicocele), possivelmente sofridos pelo indivíduo, e sua atividade sexual: ejaculação precoce, poluição noturna etc. E no exame geral e urológico do prepúcio (fimose), do meato uretral (hipospádia, epispádia), do reflexo dartoico ou cremastérico, a forma, tamanho, consistência, mobilidade, sensibilidade, superfície dos testículos, dos epidídimos, varicocele etc. Tudo complementado por exames laboratoriais, dentre os quais avulta, à vertente, por sua importância, o espermograma.

Verdadeiramente, é o espermograma o exame de laboratório fundamental para a diagnose de esterilidade masculina.

O espermograma normal deve ser considerado do ponto de vista dos espermatozoides e do ponto de vista do veículo (líquido seminal). Para lograr um filho, o primeiro aspecto é absolutamente determinante, pois o homem tem de produzir espermatozoides em número e qualidade suficientes para atravessar o conduto genital feminino e fecundar o óvulo, e o segundo aspecto, exclusivamente concausal, influi no metabolismo dos espermatozoides e depositando-os de forma satisfatória no fundo do saco vaginal, nas proximidades do orifício externo do focinho de tenca. Destarte, para a avaliação laboratorial do homem fértil ou infértil, não há de ser o espermatozoides inconsistente, mas, sim, rigorosamente fundamentado na análise do esperma quanto ao volume do ejaculado, à contagem dos espermatozoides, à proporção, caracteres e duração de sua mobilidade, e sua fórmula percentual morfológica, sem o que expõe-se o perito ao risco de se lhe imputar negligência ou ignorância. Ademais, deve-se ter em mente que a interpretação de um espermograma é a soma de todos os resultados de um líquido seminal dado e válido somente para esse momento, ao qual se deve conferir validação relativa.

Assim, deve o perito dizer, nos casos de azoospermia, que nesta amostra não foram encontrados espermatozoides, abstendo-se de afirmar categoricamente que o examinando é estéril. Do mesmo modo, sendo o espermograma apenas uma apreciação *in vitro* do líquido seminal, nunca deve o examinador usar o critério de *hipo* ou *normo fértil*, pois, muitas vezes, uma criança poderá ser o testemunho.

O sêmen a ser examinado deve ser obrigatoriamente obtido por masturbação no laboratório, sendo o ejaculado vertido diretamente sobre uma placa de Petri, esterilizada. Esta é a melhor forma de colheita de esperma, pois, entre outras, tem a vantagem de evitar a troca fraudulenta do material a ser examinado, passível de ocorrer quando o sêmen é obtido por masturbação no próprio domicílio do indivíduo.

O esperma será examinado dentro das primeiras duas horas pós-colheita, nele investigando-se:

1) *Liquefação*: em geral, completa aos 30min.

2) *Volume*: entre 2,5 a 5ml.

3) *Motilidade*: os espermatozoides podem estar imóveis, móveis *in situ*, traslativos lentos e móveis traslativos correspondendo, respectivamente, aos graus 0, I, II e III. No espermograma normal, após duas horas, 60 a 70% dos espermatozoides devem ter motilidade grau III.

4) *Número de espermatozoides*: os valores normais podem ser relativos, quando expressos por mililitro, ou absolutos, quando se referem ao volume total ejaculado.

Trabalhos práticos indicam que a população espermática normal alcança cifras superiores a 40.000.000 (média, 200.000.000), os quais devem ter uma capacidade traslativa de, no mínimo, 70%, e ser anatomicamente normal em 80%, ou mais. A patologia da esterilidade masculina concentra-se nesses três pontos, que reúnem, concisamente, todas as alterações na gênese espermática, na condutibilidade do gameta ao exterior e no líquido seminal, que o transporta.

Outrossim, no que diz respeito à população espermática, podem ocorrer:

a) azoospermia, ou seja, ausência de espermatozoides no ejaculado;

b) oligozoospermia de 1.º grau: de 30 a 40 milhões de espermatozoides por ml;

c) oligozoospermia de 2.º grau: de 10 a 30 milhões de espermatozoides por ml;

d) oligozoospermia de 3.º grau: de 1 a 10 milhões de espermatozoides por ml.

5) *Teratozoospermia*: alterações patológicas da estrutura normal dos espermatozoides, frequentemente encontradas numa mesma amostragem (20%), e representadas fundamentalmente por dois tipos: um, verdadeiramente teratológico, e outro, de maturação.

A alteração teratológica é inerente ao espermatozoide e depende exclusivamente do sistema celular que lhe deu origem. Constituem exemplos: o nanismo, o gigantismo, a anomalia da cauda (bicaudados), da cabeça (microcéfalos, macrocéfalos, bicéfalos).

A maturação real do gameta é processo dependente do desprendimento de restos protoplasmáticos da espermatíde, por alterações do ácido nucleico da cabeça etc.

6) *Astenozoospermia*: espermatozoides com capacidade traslativa graus I e II. A mobilidade dos espermatozoides tem valor em observação a fresco e à temperatura ambiente de laboratório, sempre que seja traslativa e que se mantenha ao menos 20% ativa, transcorridas 48 horas em câmara fechada.

7) *Necrozoospermia*: espermatozoides grau 0 ou, então, mortos. Têm importância prática porque espermatozoide que não se move, embora esteja vivo, não fecunda. De nada vale ter uma população espermatócica normal, ou até supranormal, se a vitalidade do gameta estiver comprometida, o que se manifesta pela capacidade e duração de seus movimentos, seja por defeito da célula, seja por defeito do flagelo, ou por diminuição de fosfatase ácida afetadora da fosforilação da lactose e de seu produto metabólico final, o ácido láctico, no líquido seminal.

A azoospermia e as oligospermias podem ser provocadas por alterações na condução dos espermatozoides e por alterações das células espermatócicas.

1) Alterações na condução podem ser motivadas por:

a) Fatores congênicos estruturais, *in exemplis*, ausência ou atresia ou atrofia dos condutos deferentes e epidídimos.

b) Processos inflamatórios que tenham afetado os epidídimos, os ductos deferentes, a próstata e uretra, como blenorragia, tuberculose, colibacilose genital, estafilo e estreptococcias crônicas etc.

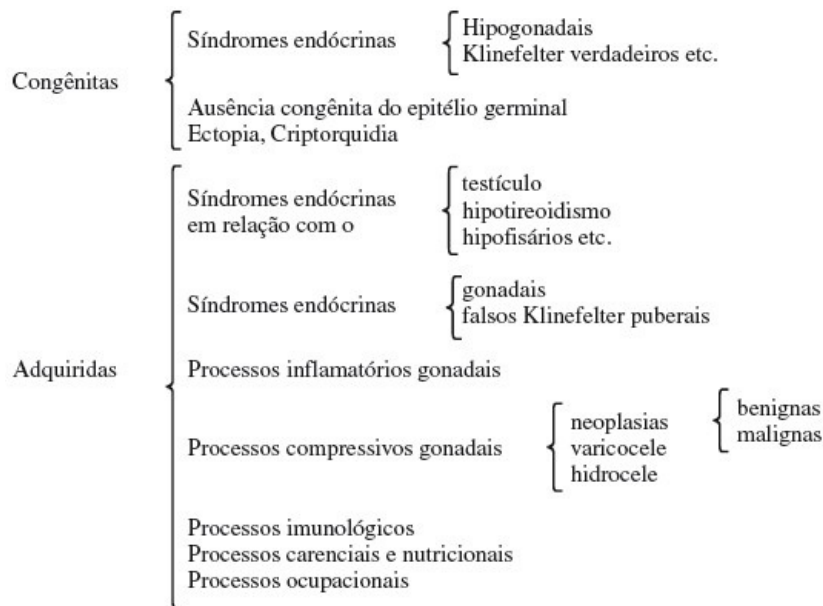
Aqui se obriga o exame radiológico dos epidídimos, dos condutos deferentes e das vesículas seminais, para estabelecer o sítio exato da obstrução atual total (azoospermia), ou parcial (oligozoospermias), passíveis que são de correção cirúrgica.

c) Modificações constitutivas do aparelho genital, determinadas por perda de substâncias no sistema ejaculador conseqüente, como exemplo, a ressecção ampla do colo vesical e da próstata o que faz com que, no orgasmo, o esperma verta na bexiga, dando ideia de uma falsa azoospermia. De qualquer forma, *in casu*, ainda que a produção de espermatozoides seja normal, quanto ao número, morfologia, motilidade, composição do líquido seminal etc., esses indivíduos são inférteis, pois nunca lançam sua semente no exterior.

O diagnóstico é feito pelos antecedentes, e se confirma por endoscopia e por exame de urina pós-coito.

Aqui se inclui a vasectomia, accidental ou consentida, para evitar a procriação em que a laqueadura dos condutos deferentes impede a espermomigração (*vide* "Vasectomia").

2) Alterações na produção das células espermatócicas podem ser:



A biópsia dos testículos realizada em ambiente estritamente hospitalar cirúrgico, com observância de todas as regras técnicas de arte, ofício ou profissão, em que se inclui assepsia extrema, é de capital importância para o diagnóstico de azoospermia e de oligozoospermia por alterações na produção espermatócica.

Foge à finalidade desta exposição abordar a patologia total dos processos responsáveis pela infertilidade masculina; destarte, comentaremos os mais comuns e importantes.

1) *Ectopia e criptorquidia*

Na ectopia testicular, as glândulas, no movimento migratório desde a altura dos rins, seguem um caminho anormal, indo localizar-se, depois de transpor o anel inguinal externo, sob a pele, em sítios como a parede abdominal, o triângulo de Scarpa, o perineo, a região dorsal, o pênis.

Na criptorquidia interrompe-se a migração dos testículos, na vida endouterina, de maneira que ficam eles retidos em algum ponto compreendido desde a altura dos rins até no canal inguinal, seja por distúrbio endócrino (deficiência de hormônios gravídicos), seja por encurtamento dos cordões espermatócicos, ou aderências entre estes e o peritônio etc.

Em qualquer dos casos, se na proximidade da puberdade os testículos ainda estiverem em situação anômala, padecerão de grave dano funcional, sendo a produção de espermatozoides muito prejudicada, o que leva, amiúde, se o vício anatômico for bilateral, à esterilidade irrecuperável, se o tratamento cirúrgico ou hormonal se der somente na ou após a idade puberal.

2) *Ausência congênita do epitélio germinal*

Em 1949, del Castillo, Trabucco e de la Balze descreveram esta síndrome em que indivíduos somatopsiquicamente normais, por falta de distribuição congênita dos gonócitos primários na prega urogenital, são azoospermicos, com testículos pequenos e, no campo hormonal, praticamente sem variações gonadotrofinicas.

3) *Síndromes endócrinas*

Como nos Klinefelter verdadeiros, e nas síndromes de Heller e Nelson, de McCullagh, de Pasqualini e Bur, o resultado do tratamento intenso gonadotrofinico, durante meses, objetivando a correção e recuperação puberal desses eunucoides e da azoospermia é aleatório.

Síndromes endócrinas, como o hipotireoidismo, o hipossuprarrenalismo, hipofisários etc., associados à azoospermia e às oligozoospermias, como:

a) hipotireoidismo — os estados degenerativos afetam especialmente o epitélio germinativo, sendo as etapas finais espermatogenéticas as mais lesadas;

b) hipofisários — como o Simmonds, o acromegálico etc.; amiúde, é o epitélio que está total ou parcialmente afetado, variando desde o epitélio normal com espermograma satisfatório, até azoospermia.

4) *Processos infecciosos gonadais*

Toda inflamação virótica ou bacteriana pode afetar, parcial ou totalmente, os testículos.

A parotidite epidêmica é causa frequente de orquite aguda determinadora de atrofia testicular secundária em uma terça parte dos casos, porque o vírus desta enfermidade atua, em geral, em forma seletiva sobre os tubos seminíferos produzindo diminuição total de seu conteúdo, com transformação hialina dos ductos.

A orquite crônica, gerada por infecções sifilíticas, de formas intersticiais, tuberculose primitivamente assestada nos epidídimos, brucelose etc., pode motivar azoospermia e graus variáveis de oligozoospermias.

5) *Processos compressivos gonadais*

Avulta, por sua importância, na patogenia da esterilidade masculina, a varicocele.

A varicocele é tumor constituído pela dilatação varicosa das veias espermatócicas — excepcional na infância, infrequente e pouco incômodo no velho — que se manifesta no início, durante ou no declínio da vida genital. A varicocele é de origem congênita e sua gênese determinada por debilidade e dilatabilidade das veias

espermáticas — por falta de qualidade do tecido venoso —, afetando concomitantemente as diferentes camadas ou túnicas constitutivas das bolsas escrotais, e por condições secundárias representadas por remora sanguínea e pelas alterações anatômicas dos:

- a) feixe anterior formado pelas veias anastomosadas que circundam com suas flexuosidades a artéria espermática;
- b) feixe médio, representado pelo conduto deferente e pela artéria deferente;
- c) feixe posterior, constituído por duas ou três veias funiculares originadas na cauda do epidídimo e amplamente anastomosadas entre si e com o feixe anterior, continuando-se pelas veias epigástricas.

Neste pequeno sistema anatômico venoso, a circulação de retorno é facilmente prejudicada pela ação da gravidade sobre os feixes venosos, na bípode-estação, pela extensão ou estiramento dos vasos e pela insuficiência valvular.

A varicocele afeta com frequência:

- a) o cremaster e a túnica dartoica, respectivamente músculo e camada tegumentar que funcionam como elementos suspensores dos testículos e das bolsas escrotais;
- b) o conduto peritônio-vaginal, anormalmente permeabilizado;
- c) as veias superficiais, que também são dilatadas.

Consequente ao relaxamento das bolsas escrotais ocorre descida acentuada dos testículos com prolongamento forçado do feixe vâsculo-nervoso espermático, determinando, secundariamente, aumento da dificuldade circulatória. São essas dificuldades circulatórias que explicam a maior frequência da varicocele à esquerda, fato estatisticamente comprovado. Morgagni e Astley Cooper responsabilizam a anastomose em ângulo reto da veia espermática esquerda com a veia renal, ponto anatômico onde as correntes sanguíneas — à maneira de pororoca — confluem em sentido oposto, enquanto à direita o plexo venoso se anastomosa direta e paralelamente ao eixo da veia cava. Callisen e J. L. Petit invocam a ação secundária da compressão estercoral sobre os feixes venosos espermáticos na porção ilíaca do grosso intestino.

Na varicocele a lesão venosa histológica é semelhante à das varizes dos membros inferiores. Ela predomina sobre o feixe venoso anterior que acompanha a artéria espermática ou pode comprometer todo o grupo vascular epididimário, formando verdadeiro tumor, que comprime a região. É de Périer a observação de que na varicocele “as veias se conservam delgadas e dilatadas, durante mais tempo do que as veias dos membros”. À medida que aumenta a ectasia dos troncos principais desenvolvem-se as veias secundárias, e as dilatações flexuosas comprimem o tecido testicular, diminuindo o diâmetro dos condutos seminíferos que se alteram histologicamente mui precocemente, deste fato resultando menor volume por atrofia do órgão e amolecimento do mesmo, equivalente à atrofia verdadeira.

A anafrodisia, embora não seja regra absoluta, existe (*vide* n. 16.2.1.1.). Digam-se o mesmo quanto à incapacidade genésica que a varicocele provoca, consequente à atrofia do testículo, conforme ensina o eminente Prof. E. Furgue.

No que concerne à etiologia genésica, registramos a estatística de Barwell que em 100 casos de varicocele, distribuídos em cinco grupos, encontrou:

- a) Grupo A — 1 caso, testículo reduzido a uma pequena massa amolecida;
- b) Grupo B — 13 casos, testículo também pequeno e muito amolecido;
- c) Grupo C — 47 casos, testículo menos atrofiado, porém ainda de volume e consistência inferiores ao normal;
- d) Grupo D — 32 casos, testículo um pouco menor e menos duro que seu congênere;
- e) Grupo E — 7 casos, testículo sadio.

Outrossim, não é incomum a varicocele provocar incapacidade geratriz por atrofia total ou parcial do testículo.

6) *Processos imunológicos*

Têm sido detectados elementos anticonadotrofinicos no sangue de alguns indivíduos, aos quais se atribuem responsabilidade pela azoospermia ou oligozoospermia de que são portadores. O homem tem normalmente 60 a 100 U anticonadotrofinicas por ml de soro sanguíneo. Nos pacientes que se submeteram a tratamentos repetidos com gonadotrofinas, o teor de anticorpos se eleva a 1.000, 2.000 ou mais unidades anticonadotrofinicas no soro sanguíneo. Ademais, podem ser encontradas unidades elevadas de anticorpos em indivíduos que nunca receberam tratamento gonadotrófico.

7) *Processos carenciais e nutricionais*

Não são frequentes os transtornos da espermatogênese primariamente, por essas causas; entretanto, existem, motivados, secundariamente, por doenças gastrintestinais, ou por regimes unilaterais, provocadores de lesões do epitélio germinativo, cujo tecido é de instabilidade extrema.

Têm ínfima importância como causa de esterilidade masculina.

8) *Processos ocupacionais*

Os profissionais que se expõem, motivados por fatores ocupacionais, a radiações roentgen, telecobalto, raios actínicos, frequentemente apresentam alterações no espermograma, em graus variáveis que podem chegar até a azoospermia.

Os operários fundidores de chumbo, os sopradores de vidro, os foguistas e soldadores, e os que manuseiam amoníaco, formol e outros tipos de produtos químicos costumam sofrer transtornos na espermatogênese.

9) *Reflexo cremastérico ou dartoico*

Qualquer agressão, qualquer mudança que afete o equilíbrio metabólico do indivíduo, uma exposição intempestiva ao calor ou ao frio, assim como a febre elevada e duradoura no tempo, podem influir na evolução normal do espermatozoide. O reflexo cremastérico ou dartoico eleva os testículos e os dartos, no frio, e abaixa as glândulas e as bolsas escrotais no calor com finalidade de manter constante a temperatura ideal necessária à espermatogênese. O abaixamento acentuado do conteúdo e dos continentes escrotais e a remora sanguínea nas veias espermáticas, que secundariamente se estabelece, podem prejudicar o bom desempenho do reflexo cremastérico e o testículo e os dartos mantidos mais abaixo que o normal, dificultando o perfeito controle térmico e intervindo como importante papel favorecedor para a instalação das oligozoospermias.

Uma diminuição da fosfatase ácida compromete a fosforilação da lactose, imputando-se a tal diminuição responsabilidade na determinação da imobilidade e de necrozoospermia.

Finalmente, lembramos que as causas registradas indicam apenas uma mínima parte dos problemas do homem estéril, pois ainda hoje a Medicina não conhece todo o complexo hormonal do testículo, nem se as *células de Sertori* são secretoras ou excretoras, nem se as *células de Leydig* têm outras funções além de secretar testosterona.

17.2.1.11. *Indicações legais e valor das provas genéticas de exclusão médico-legal da paternidade*

A pesquisa genética da paternidade é permitida em nosso ordenamento jurídico. A Lei n. 8.560/92 regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento, que terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação, nos termos do art. 1.596 do Código Civil.

A autoridade judicante pode requerer perícia para esclarecer a paternidade nos casos de *exceptio plurium concubentium*; de sedução e estupro; de prestação de alimentos; de contestação de paternidade; de troca de recém-nascidos em maternidades; de diligência *ad perpetuam rei memoriam*, quando se tem o registro dos grupos sanguíneos do falecido pai; de disputas de paternidade e, também, para fins particulares, se solicitado por maior em posse de pleno discernimento.

Em nossos dias as provas genéticas sanguíneas de exclusão médico-legal não têm validade legal para a afirmação de paternidade contestada, vale dizer, não indicam que determinado indivíduo é seguramente pai de outro. São consideradas, entretanto, de validade absoluta ainda quando uma única das provas sanguíneas exclui a paternidade, mesmo sendo as demais coincidentes.

Há um salutar otimismo médico-legal de que graças ao “marcador genético do DNA Fingerprints” já é possível ao perito, sem nenhuma margem de erro, afirmar categoricamente a paternidade.

Por fim, a Lei n. 10.317, de 6 de dezembro de 2001, alterou a Lei n. 1.060/50 (art. 3.º) e estabeleceu normas para a concessão de assistência judiciária aos necessitados, concedendo a gratuidade do exame de DNA nos casos que especifica.

17.2.1.12. *Quesitos destinados à investigação de paternidade*

- 1.º Quesito: Queira o doutor perito informar qual(is) prova(s) biológica foi utilizada para pesquisar a presença de antígenos nos sangues examinados?
- 2.º Quesito: A análise dos fenótipos e dos genótipos inerentes aos grupos sanguíneos das pessoas examinadas, poderá, indubitavelmente, excluir a paternidade atribuída ao senhor?
- 3.º Quesito: Quais as causas de erro na determinação dos grupos sanguíneos capazes de dar como positivas reações de aglutininas em verdade negativas, e vice-versa?
- 4.º Quesito: A pesquisa pelo DNA confere certeza tanto na atribuição quanto na exclusão da paternidade?

APÊNDICE

Conselhos de Medicina Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957

Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências.

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1.º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-Lei n. 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia financeira.

Art. 2.º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores de ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.

Art. 3.º Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

Art. 4.º O Conselho Federal de Medicina compor-se-á de 28 (vinte e oito) conselheiros titulares, sendo:

I — 1 (um) representante de cada Estado da Federação;

II — 1 (um) representante do Distrito Federal; e

III — 1 (um) representante e respectivo suplente indicado pela Associação Médica Brasileira.

§ 1.º Os Conselheiros e respectivos suplentes de que tratam os incisos I e II serão escolhidos por escrutínio secreto e maioria de votos, presentes no mínimo 20% (vinte por cento), dentre os médicos regularmente inscritos em cada Conselho Regional.

§ 2.º Para a candidatura à vaga de conselheiro federal, o médico não necessita ser conselheiro do Conselho Regional de Medicina em que está inscrito.

• Caput, incisos e parágrafos com redação dada pela Lei n. 11.000, de 15-12-2004, es

Art. 5.º São atribuições do Conselho Federal:

a) organizar o seu regimento interno;

b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;

c) eleger o presidente e o secretário-geral do Conselho;

d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;

e) promover quaisquer diligências ou verificações relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina nos Estados ou Territórios e Distrito Federal e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;

f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;

g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimi-las;

i) em grau de recurso ou provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.

j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; e (Incluído pela Lei n. 11.000, de 2004).

l) normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais. (Incluído pela Lei n. 11.000, de 2004).

• As alíneas j e l foram acrescentadas pela Lei n. 11.000, de 15-12-2004.

Art. 6.º O mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina será meramente honorífico e durará 5 (cinco) anos.

Art. 7.º Na primeira reunião ordinária do Conselho Federal será eleita a sua diretoria, composta de presidente, vice-presidente, secretário-geral, primeiro e segundo secretários, tesoureiro, na forma do regimento.

Art. 8.º Ao Presidente do Conselho Federal compete a direção do mesmo Conselho, cabendo-lhe velar pela conservação do decoro e da independência dos Conselhos de Medicina e pelo livre exercício legal dos direitos de seus membros.

Art. 9.º O Secretário-Geral terá a seu cargo a Secretaria permanente do Conselho Federal.

Art. 10. O Presidente e o Secretário-Geral residirão no Distrito Federal durante todo o tempo de seus mandatos.

• Caput revogado pela Lei n. 11.000, de 15-12-2004.

Art. 11. A renda do Conselho Federal será constituída de:

a) 20% (vinte por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos;

b) 1/3 (um terço) da taxa de expedição das carteiras profissionais;

c) 1/3 (um terço) das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;

d) doações e legados;

e) subvenções oficiais;

f) bens e valores adquiridos;

g) 1/3 (um terço) das anuidades percebidas pelos Conselhos Regionais.

Art. 12. Os Conselhos Regionais serão instalados em cada capital de Estado, na de Território e no Distrito Federal, onde terão sua sede, sendo compostos de 5 (cinco) membros, de 10 (dez) até 150 (cento e cinquenta) médicos inscritos, de 15 (quinze) até 300 (trezentos) médicos inscritos, e, finalmente, de 21 (vinte e um), quando excedido esse número.

Art. 13. Os membros dos Conselhos Regionais de Medicina, com exceção de um que será escolhido pela Associação Médica Brasileira, serão eleitos em escrutínio secreto, em assembleia dos inscritos de cada região e que estejam em pleno gozo de seus direitos.

§ 1.º As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na primeira reunião ordinária dos mesmos.

§ 2.º O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será meramente honorífico, e exigida como requisito para eleição a qualidade de brasileiro nato ou naturalizado.

Art. 14. A diretoria de cada Conselho Regional compor-se-á de presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretários e tesoureiro.

Parágrafo único. Nos Conselhos Regionais onde o quadro abranger menos 20 (vinte) médicos inscritos, poderão ser suprimidos os cargos de vice-presidente e os de primeiro e segundo secretários ou alguns destes.

Art. 15. São atribuições dos Conselhos Regionais:

a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;

b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva região;

c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;

d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;

e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-o à aprovação do Conselho Federal;

f) expedir carteira profissional;

g) zelar pela conservação da honra e de independência do Conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos;

h) promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito dos que a exerçam;

i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;

j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhe sejam submetidos;

l) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Art. 16. A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

a) taxa de inscrição;

b) 2/3 (dois terços) da taxa de expedição de carteiras profissionais;

c) 2/3 (dois terços) da anuidade paga pelos membros inscritos no Conselho Regional;

d) 2/3 (dois terços) das multas aplicadas de acordo com a alínea d do art. 22;

e) doações e legados;

f) subvenções oficiais;

g) bens e valores adquiridos.

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas do Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Art. 18. Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que o habilitará ao exercício da medicina em todo o País.

§ 1.º No caso em que o profissional tiver de exercer temporariamente a medicina em outra jurisdição, apresentará sua carteira para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta jurisdição.

§ 2.º Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra Região, assim se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias da nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito em ambos os casos à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

§ 3.º Quando deixar, temporária ou definitivamente, de exercer atividade profissional, o profissional restituirá a carteira à secretaria do Conselho onde estiver inscrito.

§ 4.º No prontuário do médico serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e penalidades.

Art. 19. A carteira profissional, de que trata o art. 18, valerá como documento de identidade e terá fê pública.

Art. 20. Todo aquele que mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado.

Art. 21. O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional em que estavam inscritos ao tempo do fato punível ou em que ocorreu, nos termos do art. 18, § 1.º.

Art. 22. As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:

§ 1.º Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata da penalidade mais grave, a imposição das penas obedecerá à gradação deste artigo.

a) advertência confidencial em aviso reservado;

b) censura confidencial em aviso reservado;

c) censura pública em publicação oficial;

d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;

e) cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal.

§ 2.º Em matéria disciplinar, o Conselho Regional deliberará de ofício ou em consequência de representação de autoridade, de qualquer membro, ou pessoa estranha ao Conselho, interessado no caso.

§ 3.º A deliberação do Conselho precederá, sempre, audiência de acusado, sendo-lhe dado defensor no caso de não ser encontrado, ou for revel.

§ 4.º Da imposição de qualquer penalidade caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ciência, para o Conselho Federal, sem efeito suspenso, salvo os casos das alíneas c, d e e, em que o efeito será suspensivo.

§ 5.º Além do recurso previsto no parágrafo anterior não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo aos interessados a via judiciária para as ações que forem devidas.

§ 6.º As denúncias contra membros dos Conselhos Regionais só serão recebidas quando devidamente assinadas e acompanhadas da indicação de elementos comprobatórios do alegado.

Art. 23. Constituem a assembleia geral de cada Conselho Regional os médicos inscritos que se achem em pleno gozo de seus direitos e tenham aí a sede principal de sua atividade profissional.

Parágrafo único. A assembleia geral será dirigida pelo presidente e os secretários do Conselho Regional respectivo.

Art. 24. À assembleia geral compete:

I — ouvir a leitura e discutir o relatório e contas da diretoria. Para esse fim se reunirá, ao menos uma vez por ano, sendo nos anos em que se tenha de realizar a eleição do Conselho Regional, de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias antes da data fixada para essa eleição;

II — autorizar a alienação de imóveis do patrimônio do Conselho;

III — fixar ou alterar as taxas de contribuições cobradas pelo Conselho pelos serviços praticados;

IV — deliberar sobre as questões ou consultas submetidas à sua decisão pelo Conselho ou pela Diretoria;

V — eleger um delegado e um suplente para eleição dos membros e suplentes do Conselho Federal.

Art. 25. A assembleia geral, em primeira convocação, reunir-se-á com a maioria absoluta de seus membros e, em segunda convocação, com qualquer número de membros presentes.

Art. 26. O voto é pessoal e obrigatório em toda eleição, salvo doença ou ausência comprovadas plenamente.

§ 1.º Por falta injustificada à eleição, incorrerá o membro do Conselho na multa de Cr\$ 200,00 (duzentos cruzeiros) dobrada na reincidência.

§ 2.º Os médicos que se encontrarem fora da sede das eleições, por ocasião destas, poderão dar seu voto em dupla sobrecarta, opaca, fechada e remetida pelo Correio, sob o registro, por ofício com firma reconhecida, ao Presidente do Conselho Regional.

§ 3.º Serão computadas as cédulas recebidas, com as formalidades dos parágrafos precedentes, até o momento de encerrar-se a votação. A sobrecarta maior será aberta pelo Presidente do Conselho que depositará a sobrecarta menor na urna, sem violar o segredo do voto.

§ 4.º As eleições serão anunciadas no órgão oficial e em jornal de grande circulação, com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 5.º As eleições serão feitas por escrutínio secreto, perante o Conselho, podendo, quando haja mais de duzentos votantes, determinarem-se locais diversos para o recebimento dos votos, permanecendo, neste caso, em cada local, dois diretores ou médicos inscritos, designados pelo Conselho.

§ 6.º Em cada eleição, os votos serão recebidos durante 6 (seis) horas contínuas pelo menos.

Art. 27. A inscrição dos profissionais já registrados nos órgãos de saúde pública, na data da presente lei, será feita independente da apresentação de títulos, diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, mediante prova do registro na repartição competente.

Art. 28. O atual Conselho Federal de Medicina designará diretorias provisórias para os Conselhos Regionais dos Estados, Territórios e Distrito Federal, onde não houver ainda sido instalados, que tomarão a seu cargo a sua instalação e a convocação dentro de 180 (cento e oitenta) dias da assembleia geral, que elegerá o Conselho Regional respectivo.

Art. 29. O Conselho Federal de Medicina baixará instruções no sentido de promover a coincidência dos mandatos dos membros dos Conselhos Regionais já instalados e dos que vierem a ser organizados.

Art. 30. Enquanto não for elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais, vigorará o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.

Art. 31. O pessoal a serviço dos Conselhos de Medicina será inscrito, para efeito de previdência social, no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado em conformidade com o art. 2.º do Decreto-Lei n. 3.347, de 12 de junho de 1941.

Art. 32. As diretorias provisórias, a que se refere o art. 28, organizarão a tabela de emolumentos, devidos pelos inscritos, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal.

Art. 33. O Poder Executivo providenciará a entrega ao Conselho Federal de Medicina, logo após a publicação da presente lei, de 40% (quarenta por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos, a fim de que sejam empregados na instalação do mesmo Conselho e dos Conselhos Regionais.

Art. 34. O Governo Federal tomará medidas para a instalação condigna dos Conselhos de Medicina no Distrito Federal e nas capitais dos Estados e Territórios, tanto quanto possível em edifícios públicos.

Art. 35. O Conselho Federal de Medicina elaborará o projeto do decreto de regulamentação desta lei apresentando-o ao Poder Executivo dentro de 120 (cento e vinte) dias a contar da data da sua publicação.

Art. 36. Esta lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogados o Decreto-Lei n. 7.955, de 13 de setembro de 1945, e disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 1957, 136.º da Independência e 69.º da República.

JUSCELINO KUBITSCHKE
Parsifal Barroso
Clóvis Salgado
Maurício de Medeiros

Código de Ética do Estudante de Medicina

Capítulo I PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1.º O estudo da medicina tem por fim adquirir preparo adequado para o exercício da profissão médica e a escolha da medicina como profissão pressupõe a aceitação de normas éticas de comportamento nas quais estejam configurados o respeito à vida, o amor à verdade e o desejo de ser útil à humanidade.

Art. 2.º O estudante de medicina deve preparar-se, moral e intelectualmente, para os deveres e as tarefas que o aguardam como médico, e que exigirão dele, por toda a sua vida, continuado esforço de aprimoramento cultural, técnico, científico e ético.

Art. 3.º O estudante de medicina deve abster-se de práticas que deturpam o caráter e enfraquecem a vontade, tais como o uso de tóxicos, o alcoolismo e outros vícios reprováveis.

Art. 4.º Como estudante e como cidadão deve pautar sua conduta com elevado senso de responsabilidade, espírito de autodisciplina e respeito aos preceitos éticos da profissão médica e da vida em sociedade.

Art. 5.º A liberdade de pensar e de divergir não exime o estudante do dever de manter obediência às leis vigentes e do respeito às autoridades constituídas.

Art. 6.º O estudante de medicina deve preocupar-se com a sua aparência física, adquirindo, desde cedo, hábitos de higiene com a sua pessoa e seu vestuário.

Art. 7.º Ao estudante de medicina cabe colaborar, dentro de suas possibilidades e sem perder de vista suas limitações, na promoção da saúde, na prevenção das doenças, no tratamento e reabilitação dos doentes.

Art. 8.º O estudante de medicina deve colaborar com as autoridades competentes na preservação da saúde pública e respeitar a legislação sanitária e regulamentos em vigor.

Art. 9.º O trabalho do estudante de medicina deve ser feito sem preocupação de ordem religiosa, racial, política ou social e deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e ao próprio estudante que tem nele o meio natural de se preparar para o exercício da profissão.

Art. 10. O estudante de medicina não pode receber honorários diretamente das pessoas às quais presta o seu trabalho, mas pode receber ajuda financeira das instituições às quais esteja ligado e que sejam reconhecidas pela Universidade através da Faculdade de Medicina como capacitadas para treinamento do estudante.

Art. 11. São deveres fundamentais do estudante de medicina:

a) guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais usando seus conhecimentos técnicos ou científicos para o sofrimento ou extermínio do homem, não podendo, em hipótese alguma, praticar atos que afetem a saúde ou a resistência física ou mental do ser humano;

b) manter total respeito aos cadáveres, no todo ou em parte, em que pratica dissecação ou quaisquer atos inerentes ao seu aprendizado prático;

c) exercer suas atividades com dignidade e consciência, observando as normas de ética prescritas neste código e na legislação vigente.

Art. 12. É vedado ao estudante de medicina:

a) prestar assistência médica sob sua própria responsabilidade, exceto em casos de emergência; nesta situação tem o dever de agir de maneira autônoma até que possa transferir para um médico as atribuições que exerceu transitariamente;

b) praticar atos médicos de qualquer natureza sem supervisão de um médico, a não ser diante de iminente perigo de vida ou doloroso sofrimento;

c) assinar receitas ou fazer prescrições sem o visto do médico sob cuja supervisão atua;

d) acumpliciar-se, por qualquer forma, com os que exercem ilegalmente a medicina;

e) fazer experimentos em pessoas doentes ou sadias sem que esteja associado a um médico responsável pelos pacientes;

f) fornecer atestados médicos tais como atestado escolar, atestado para admissão ou afastamento do trabalho, atestado autorizando ou dispensando de educação física ou práticas

desportivas e outros;

g) exercer a função de perito, exceto nas localidades onde não exista médico.

Art. 13. A responsabilidade funcional do estudante será vinculada ao superior hierárquico a que estiver subordinado.

Art. 14. Perante a Justiça o estudante de medicina não pode assumir isoladamente a responsabilidade legal pelos atos médicos por ele executados com autorização e sob supervisão de um médico.

Parágrafo único. Nas condições referidas neste artigo a responsabilidade legal deve ser assumida conjuntamente pelo médico e pelo estudante de medicina, cabendo maior responsabilidade ao superior hierárquico.

Art. 15. No caso de agir sem autorização e sem supervisão cabe ao estudante assumir integralmente a responsabilidade pelos atos médicos por ele praticados.

Art. 16. Não é da competência do estudante fazer ao pessoal de enfermagem, bem como aos demais participantes da equipe de saúde, admoestações, advertências ou mesmo reclamações a respeito das atividades funcionais exercidas por aqueles profissionais.

Parágrafo único. Quando considerar necessário deve dirigir-se ao médico ao qual estiver diretamente subordinado, comunicando-lhe o fato.

Art. 17. É vedado ao estudante o uso de subterfúgios que tenham por finalidade ludibriar as exigências legais constantes dos regulamentos, estatutos, regimentos e normas que estabelecem o modo de funcionamento do curso que estiver fazendo.

Parágrafo único. Incluem-se como infrações a este artigo:

- a) responder ou assinar frequência para colegas;
- b) ausentar-se dos locais onde estiver desenvolvendo suas obrigações;
- c) transcrever como próprios trabalhos feitos por colegas ou outras pessoas;
- d) usar de falsa identidade para fazer exame ou realizar qualquer tipo de trabalho.

Art. 18. A “cola” sob qualquer forma constituirá infração dos princípios éticos que norteiam a vida estudantil.

Capítulo II PRÁTICA DE ATOS MÉDICOS

Art. 19. A execução de atos médicos é inerente à aprendizagem prática da medicina, mas, para levá-los a efeito, deverá o estudante obedecer às seguintes normas:

- a) não possuindo capacitação legal e profissional, a execução de atos médicos pelo estudante de medicina dependerá de autorização para tal;
- b) os atos médicos a serem praticados pelos estudantes devem estar dentro de sua capacitação científica, isto é, correlacionados com o desenvolvimento já obtido em seu curso;
- c) o trabalho direto com pacientes só poderá ser feito quando o estudante estiver cursando disciplinas clínicas.

Art. 20. A execução de atos médicos sem supervisão médica configura o exercício ilegal da medicina, recaindo a responsabilidade sob a instituição ou pessoa que permitiu a execução de tais atos.

Art. 21. O estudante responde, civil e penalmente, por atos danosos ao paciente, aos quais tenha dado causa por imprudência, negligência ou infrações éticas.

Capítulo III O SEGREDO EM MEDICINA

Art. 22. O estudante de medicina está obrigado a guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por tê-los visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade junto aos pacientes.

Art. 23. O estudante de medicina não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua atividade como estudante, mas, intimado a depor, será obrigado a comparecer perante a autoridade para declarar-lhe que está preso à guarda de segredo profissional.

Art. 24. O estudante de medicina não pode considerar-se desobrigado da guarda do segredo, mesmo que o paciente ou seu responsável o isente da obrigação.

Art. 25. É admissível a quebra do segredo nos seguintes casos:

- a) quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família, ou envolva responsabilidade de terceiros;
- b) para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave e transmissível por contágio ou herança capaz de pôr em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência;
- c) quando se tratar de fato delituoso previsto em lei.

Parágrafo único. Em todos esses casos, cabe ao estudante de medicina comunicar ao professor ou médico que o supervisiona os fatos por ele conhecidos, transferindo-lhe a responsabilidade de representá-lo perante a autoridade.

Art. 26. A revelação do segredo faz-se necessária:

- a) nos casos de doença infectocontagiosa de notificação compulsória;
- b) em se tratando de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentado ao pudor, supressão intencional de alimentos ou medicamentos;
- c) nos casos de crime, quando houver inocente e o paciente, culpado, não se apresentar à justiça;
- d) nos casos de abortamento criminoso.

Parágrafo único. Verificando qualquer dos itens acima, o estudante cumprirá o disposto no parágrafo único do artigo anterior.

Capítulo IV RELAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM OS PROFESSORES, MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

Art. 27. O estudante de medicina deve ter para com os professores, médicos, enfermeiros e demais profissionais da área de saúde, com os quais convive no exercício de suas atividades, o mais absoluto respeito, consideração, apreço e solidariedade, que contribuam para a harmonia no relacionamento interpessoal e no ambiente hospitalar.

Parágrafo único. Tal relacionamento não pode, entretanto, induzir o estudante a ser conivente com o erro porventura praticado, devendo, nesse caso, apresentar pormenorizada comunicação à Comissão de Ética, respeitando-se sempre a honra e a dignidade daquele que a seu juízo cometeu o erro.

Art. 28. Os profissionais de nível superior da área de saúde — enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, bioquímicos, biomédicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais — devem merecer do estudante o mesmo respeito, consideração, apreço e solidariedade devidos aos médicos.

Capítulo V RELAÇÃO ESTUDANTE DE MEDICINA/PACIENTE

Art. 29. Em seu relacionamento com os pacientes são deveres fundamentais do estudante de medicina:

- a) demonstrar simpatia, respeito, interesse e dedicação ao paciente, jamais olvidando sua condição de pessoa humana;
- b) ouvir com atenção as queixas do paciente, inclusive as que, eventualmente, não pareçam ter relação com seu padecimento;
- c) apresentar-se condignamente, cultivando hábitos e maneiras que façam ver ao paciente o interesse e o respeito de que ele é merecedor;
- d) ter paciência e calma, agindo com prudência e tato em todas as ocasiões;
- e) ser comedido em suas ações, tendo por princípio a cordialidade sem intimidade;
- f) não usar palavras e atitudes capazes de atemorizar ou causar apreensões no paciente em relação à sua doença;
- g) respeitar o pudor do paciente;
- h) jamais hostilizar o paciente ou seus familiares, mesmo quando observar nestes ou no próprio paciente um comportamento hostil;
- i) compreender e tolerar atitudes ou manifestações agressivas exibidas pelo paciente, lembrando-se de que tal comportamento pode ser parte de modificações sofridas pela pessoa que perde sua saúde;
- j) ajudar o paciente no que for possível e razoável com relação aos seus problemas pessoais.

Art. 30. Não é permitido ao estudante de medicina:

- a) interromper por sua própria iniciativa os cuidados que vinha prestando ao paciente;
- b) recusar-se a prestar atividades assistenciais quando receber determinação para fazê-lo;
- c) prescrever qualquer medicação sem exame direto do paciente;
- d) indicar ou executar qualquer terapêutica clínica ou cirúrgica por iniciativa própria sem a devida permissão para fazê-lo e sem que tenha supervisão ao executá-la, exceto diante de iminente perigo de vida;
- e) exercer suas atividades de maneira a limitar o direito do paciente de resolver sobre sua pessoa e seu bem-estar.

Capítulo VI
RELAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA
COM AS INSTITUIÇÕES

Art. 31. O estudante de medicina tem a obrigação de respeitar as normas das instituições onde desempenha suas atividades.

Art. 32. O estudante de medicina tem a obrigação de zelar pelo patrimônio moral e material das instituições onde desempenha suas atividades.

Parágrafo único. O patrimônio material referido neste artigo compreende tanto as instalações escolares, como o equipamento laboratorial e hospitalar, livros e revistas da biblioteca.

Art. 33. Em caso de dano caberá ao estudante ressarcir financeiramente os prejuízos por ele provocados, ficando ainda sujeito às penalidades previstas neste código.

Capítulo VII
A PARTICIPAÇÃO EM PESQUISAS E NA
PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Art. 34. O estudante de medicina poderá realizar ou participar de trabalhos de pesquisa, desde que sob orientação de um docente que será responsável pelo mesmo.

Art. 35. O estudante de medicina só poderá aceitar a participação em trabalhos de pesquisa quando os mesmos forem planejados e conduzidos de acordo com os princípios consagrados pela ética médica.

Art. 36. O estudante de medicina deverá figurar como autor ou coautor de trabalho científico desde que tenha efetivamente participado da sua elaboração ou da pesquisa que deu origem ao mesmo.

Parágrafo único. Ao figurar como autor ou coautor de um trabalho, sua condição de estudante de medicina deverá ser explicitamente mencionada.

Art. 37. Quando o trabalho for elaborado com dados colhidos nos arquivos e prontuários de hospital deverá o estudante incluir como coautores os nomes dos docentes que tiverem tido participação direta na obtenção dos dados utilizados, salvo se os referidos docentes abrirem mão desse direito.

Art. 38. Antes de sua apresentação ou publicação o trabalho deverá ter aprovação do docente que orientou o estudante em sua realização.

Art. 39. O nome do docente orientador deverá tornar-se conhecido, seja como autor ou coautor, seja por meio de nota explicativa ou de agradecimento.

Art. 40. Na publicação de trabalhos científicos devem ser observadas as seguintes normas:

- a) nos trabalhos realizados em colaboração deve figurar em primeiro lugar seu idealizador ou principal executor;
- b) as referências bibliográficas devem mencionar de modo claro quais as fontes de informação diretamente consultadas e quais as citações obtidas através de outros autores;
- c) na redação do texto distinguir-se-á claramente o que pertence ao autor do trabalho daquilo que foi colhido na literatura;
- d) não é lícito utilizar, sem referência ao autor e sem expressa autorização, dados e informações pessoais não publicados;
- e) não é permitido utilizar ilustrações alheias colhidas em trabalhos já publicados, salvo se houver autorização por escrito do autor e do editor;
- f) nas publicações de casos clínicos a identidade do paciente deve ser omitida no texto e, sempre que possível, também nas ilustrações fotográficas;
- g) em toda revisão bibliográfica devem figurar os trabalhos nacionais sobre o assunto;
- h) não é permitida a publicação do mesmo trabalho científico em mais de um periódico.

Capítulo VIII
OBSERVÂNCIA E APLICAÇÃO DESTE CÓDIGO

Art. 41. Todos os médicos, docentes ou não, das instituições onde o estudante de medicina desenvolver atividades junto aos pacientes, por força de seu compromisso moral com os pacientes, são competentes e têm obrigação de zelar pela observância e aplicação deste código.

Parágrafo único. No caso de constatar a não observância das normas contidas neste código, o médico tem o dever de comunicar a ocorrência à Comissão de Ética que tiver jurisdição na instituição onde atuar o estudante.

Art. 42. Para apurar e apreciar as infrações a este código serão criadas Comissões de Ética em nível de Departamento ou em nível de Faculdade que se regerão por regimento próprio.

§ 1.º A deliberação da Comissão de Ética será sempre precedida de ausência do acusado, sendo-lhe dado direito de defesa.

§ 2.º No caso de o estudante não se apresentar ou não for encontrado, a Comissão de Ética designará defensor dativo.

§ 3.º Concluída a apuração da infração a Comissão de Ética encaminhará suas conclusões ao Presidente do Conselho Departamental ou órgão equivalente, sugerindo a penalidade mais adequada para o caso.

Art. 43. Caberá ao Conselho Departamental ou órgão equivalente o julgamento das infrações cometidas pelo estudante e apuradas pela Comissão de Ética, determinando também a aplicação das penalidades.

Art. 44. Das decisões do Conselho Departamental ou órgão equivalente caberá recurso aos órgãos da administração superior de conformidade com as normas regimentais e estatutárias da instituição.

Capítulo IX
PENALIDADES

Art. 45. O estudante de medicina que infringir as normas contidas neste código estará sujeito às seguintes penalidades:

- a) advertência confidencial em aviso reservado;
- b) advertência pública;
- c) suspensão das atividades até 30 (trinta) dias;
- d) exclusão do curso de medicina.

Art. 46. Salvo os casos de gravidade manifesta, que exijam aplicação imediata da penalidade mais grave, a imposição das penas obedecerá à graduação estabelecida no artigo anterior.

Art. 47. As penalidades porventura sofridas pelo estudante serão registradas no seu Histórico Escolar.

Capítulo X
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 48. A adoção deste Código de Ética será feita em nível Departamental, em nível de Faculdade ou em nível de Universidade, sempre na dependência de aprovação pelos órgãos deliberativos próprios.

Parágrafo único. Em todo departamento haverá uma Comissão de Ética para Assuntos Estudantis, cujos membros serão designados pelo Chefe do Departamento.

Art. 49. Este Código deverá ser adotado pelas instituições da área de saúde não vinculadas aos organismos de ensino médico, mas que recebam estudantes de medicina para desenvolver atividades de qualquer natureza junto aos seus pacientes.

§ 1.º No caso dessas instituições caberá ao seu Diretor designar a Comissão de Ética, ouvido o órgão deliberativo competente da instituição.

§ 2.º As conclusões da Comissão de Ética dessas instituições serão comunicadas ao Diretor da Faculdade a que pertencer o estudante, cabendo ao Conselho Departamental ou órgão equivalente deliberar sobre as referidas conclusões.

Normas para a Execução de Atividades Práticas pelos Estudantes de Medicina

Entre as atividades desempenhadas pelos estudantes de Medicina, destaca-se o trabalho junto aos pacientes das mais variadas instituições (médico-hospitalares, esportivas, religiosas, militares, recreativas, escolares), pertencentes ou não às Faculdades de Medicina.

Vale acentuar que o termo *paciente* é aqui usado para designar os indivíduos — sadios ou doentes — que se submetam a qualquer ato relacionado com sua saúde.

Não cabe dúvida de que tais atividades sejam essenciais para o aprendizado prático; entretanto, ao lado da aquisição de conhecimentos e habilidades, torna-se indispensável que o estudante vá assumindo os valores e as atitudes aprovadas pela Ética Médica.

Para que isso seja consumado desde o primeiro momento de sua vida estudantil, a melhor maneira consiste em oferecer-lhe um conjunto de normas devidamente codificadas em um *Código de Ética*, próprio para a sua condição de estudante de medicina.

Assim pensando, tomamos a iniciativa de designar, no Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, uma Comissão constituída pelos Professores Joffre Marcondes de Rezende, Anis Rassi e Abdo Badim, por nós presidida na condição de Chefe deste Departamento.

A Comissão trabalhou vários meses, quando obteve a colaboração dos Professores do Departamento de Clínica Médica, Prof. Benedito Soares Camargo Júnior (Prof. de Deontologia Médica da Faculdade de Medicina da UFG), Prof. Marcos Afonso Borges, da Faculdade de Direito da UFG, do Prof. Genival Veloso de França, da Universidade Federal da Paraíba, e dos estudantes Waldir Borges, Irani Ribeiro e Luiz Rassi Júnior, do Curso de Medicina da UFG.

Este trabalho culminou na elaboração de um conjunto de princípios, normas e regras capazes de orientar o estudante de medicina no desempenho de todas as suas atividades, com especial ênfase no que respeita à sua atuação junto aos pacientes. Foi aceita como mais adequada a designação *Código de Ética do Estudante de Medicina* por traduzir o propósito de dar aos estudantes um modelo da sua futura carta de princípios e normas que é o Código de Ética Médica.

Posteriormente, este *Código de Ética do Estudante de Medicina* foi apresentado à VI Conferência Pan-Americana de Educação Médica e no XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado no Rio de Janeiro de 17 a 19 de novembro de 1976, e proposto como um dos temas oficiais do próximo Congresso da Associação Brasileira de Escolas Médicas. Naquela ocasião foi sugerida sua adoção oficial na Universidade onde nasceu — a Universidade Federal de Goiás.

Com esta intenção foi levado ao Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás, que o aprovou em sua Reunião Plenária realizada no dia 2 de dezembro de 1976.

Estamos convencidos de que um *Código de Ética do Estudante de Medicina* representará, para as Faculdades e outras unidades que participam de curso, o instrumento apropriado para manter sob controle as atividades de seus alunos. E tudo isso com o objetivo, único e exclusivo, de criar condições para a adequada formação ético-profissional dos futuros médicos, ao mesmo tempo que se preserva os interesses dos pacientes e das instituições que lidam com pessoas humanas sadias ou doentes.

Goiânia, 5 de janeiro de 1977.

Prof. CELMO CELENO PORTO,
Chefe do Departamento de
Clínica Médica da
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Goiás

JUSTIFICATIVA DE NORMAS PARA A EXECUÇÃO DE ATIVIDADES PRÁTICAS DO ESTUDANTE DE MEDICINA

É impossível alguém se conduzir dentro da moralidade simplesmente pela coação ou pela força. Há necessidade de conformar-se dentro de uma filosofia e de uma maneira de agir.

Compreendemos os prejuízos que a renúncia aos dogmas deontológicos vem causando na área médica e, por isso, sentimos a necessidade, cada vez maior, de reacender na consciência de todos a flama do espírito hipocrático, ameaçado de submergir na decadência dos tempos atuais.

Não podemos omitir o fato de que as sociedades dos dias de agora impõem uma profunda revolução nas ideias e nos costumes, e que a consciência social de hoje começa a insinuar um desprezo a certas regras de moral, algumas delas, acreditamos, incompatíveis com a realidade. Mas o homem não pode rebelar-se contra a moral mínima, pois é ela tão importante quanto os mais elementares meios materiais de subsistência.

A própria Medicina atual vem enfrentando certas situações diante das quais as fórmulas tradicionais nem sempre lhe asseguram a certeza de uma tomada de posição. Vão-se estruturando de acordo com uma necessidade que sempre está em franca evolução. Há, contudo, uma verdade que não muda: os meios não justificam os fins.

Impõe-se, inclusive, a necessidade de manter certos valores que o bom-senso consagrou como úteis e indispensáveis à nossa consciência moral e de aplicar valores no mundo dos deveres e das obrigações. O que “é” e o que “deve ser” são, portanto, os padrões éticos e jurídicos da civilização a que pertencemos, a fim de que a natureza humana jamais chegue a desvirtuar-se.

A Medicina, de uma arte solitária e íntima, passou, nesses últimos tempos, a assimilar e solicitar a extraordinária contribuição decorrente do avanço galopante das ciências em geral. Assim, criou-se uma nova forma de exercício funcional, circunscrevendo-lhe um maior campo de ação — uma verdadeira área médica, onde outros profissionais passaram a contribuir decisivamente para uma forma de Medicina que alcança o homem em seu mais amplo sentido social.

Os estudantes de Medicina também incorporam-se a essa nova realidade e passam a ter, nos hospitais ou serviços médicos, seus encargos específicos, com a realização de alguns “atos profissionais”, de maneira quase autônoma ou sob supervisão.

Antes, o estudante era objeto apenas da nossa preocupação no sentido de formá-lo. Vivía sob uma vigilância rígida e constante, e por isso era considerado irresponsável, a não ser em fatos que viessem a causar danos por pérfidos desejos. Atualmente essa concepção não pode ser mais endossada, visto que é ampla e eficaz sua participação no âmbito da área médica.

É nosso pensamento que aquela irresponsabilidade total, a culpa, não pode ser admitida nos dias que correm. O estudante dos nossos tempos não pode ser comparado ao de antigamente. Participa ele dos fatos gerais, critica e discute, defendendo conscientemente seus interesses. Houve, e é inegável, uma fantástica revolução na mentalidade do jovem brasileiro, provando que ele foi sensibilizado mais precocemente para uma tomada de posição, adquirindo condições de adaptação às exigências dessa nova ordem imposta pela evolução da “Moderna Medicina”. Por isso, somos obrigados a exigir-lhe que assuma a responsabilidade de seus atos e ações.

É certo que os estudantes não têm vinculação profissional com as instituições — hospitais ou não —, mas têm obrigações funcionais pelas quais poderão responder moral e juridicamente.

Isso, à primeira vista, poderia parecer uma exigência descabida; no entanto, o que se propõe é tão somente cobrar do estudante uma responsabilidade atinente à sua atividade e à sua formação, acordando-o, desde cedo, para as exigências necessárias que, por certo, deverá ter no desempenho de sua futura profissão.

Dizer que o estudante é totalmente irresponsável é simplesmente tirar-lhe a personalidade e desconhecer o que ele conseguiu honestamente em termos de conscientização e de participação. É menosprezar sua capacidade e seu valor.

A criação de Normas para a Execução de Atividades Práticas do Estudante de Medicina, antes de constituir-se numa modalidade odiosa de repressão ou numa forma extravagante de obrigações, nada mais representa, senão a aceitação de suas atividades, que, de uma ou de outra maneira, passam a somar esforços, em termos funcionais, em favor do paciente e da comunidade.

Prof. GENIVAL VELOSO DE FRANÇA,
Professor da Universidade
Federal da Paraíba

NORMAS PARA A EXECUÇÃO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

A formação ética do futuro médico deve ser feita conjuntamente com o preparo técnico. Ao realizar seus trabalhos práticos nos consultórios e nas enfermarias, o estudante encontra a oportunidade ideal para atingir este duplo objetivo, desde que os exerça dentro dos princípios éticos da profissão médica.

Estas normas, adaptadas do Código de Ética Médica, podem servir como marcos de referência para o estudante, quando o trabalho direto com pacientes passa a ocupar o lugar principal no processo de aprendizagem da medicina. Representam também uma tentativa de codificar os pontos de vista expostos neste capítulo.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

- I — A escolha da medicina como profissão pressupõe a aceitação de preceitos éticos de amor à verdade e o desejo de ser útil à humanidade.
- II — O trabalho prático do estudante de medicina tem por fim permitir-lhe o preparo integral para o exercício da profissão médica.
- III — O estudante de medicina deve preparar-se, moral e intelectualmente, para os deveres e as tarefas que o aguardam como médico, e que exigirão dele, por toda a sua vida, continuado esforço de aprimoramento cultural, técnico, científico e ético.
- IV — O estudante de medicina deve abster-se de práticas que deturpam o caráter e enfraquecem a vontade, tais como o uso de tóxicos, o alcoolismo e outros vícios reprováveis.
- V — O estudante de medicina deve preocupar-se com a sua aparência física, adquirindo, desde cedo, hábitos de higiene com a sua pessoa e seu vestuário.
- VI — Ao estudante de medicina cabe colaborar, dentro de suas possibilidades, na promoção da saúde, na prevenção das doenças, no tratamento e na reabilitação dos doentes.
- VII — O trabalho do estudante de medicina deve ser feito sem preocupação de ordem religiosa, racial, política ou social e deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e ao próprio estudante, que tem nele o meio natural de se preparar para o exercício da profissão.
- VIII — A responsabilidade funcional do estudante será vinculada ao superior hierárquico a que estiver subordinado.

DEVERES E LIMITAÇÕES

- I — São deveres fundamentais do estudante de medicina:
- guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais usando seus conhecimentos técnicos ou científicos para o sofrimento ou extermínio do homem, não podendo, em hipótese alguma, praticar atos que afetem a resistência física ou mental do ser humano;
 - manter total respeito aos cadáveres, no todo ou em parte, em que pratica dissecação ou quaisquer atos inerentes ao seu aprendizado prático;
 - exercer suas atividades com dignidade e consciência, observando as normas que regulam seu trabalho prático e a legislação vigente.
- II — É vedado ao estudante de medicina:
- prestar assistência médica sob sua própria responsabilidade, exceto em casos de emergência. Nesta situação tem o dever de agir de maneira autônoma até que possa transferir para o médico as atribuições que exerceu transitoriamente;
 - praticar atos médicos de qualquer natureza sem supervisão de um médico, a não ser diante de iminente perigo de vida ou doloroso sofrimento;
 - assinar receitas ou fazer prescrições sem a supervisão do médico que o orienta;
 - acumpliar-se, por qualquer forma, com os que exercem ilegalmente a medicina;
 - fazer experimentos em pessoas doentes ou sadias sem que esteja associado a um médico responsável pelos pacientes;
 - fornecer atestados médicos tais como atestado escolar, atestado para admissão ou afastamento do trabalho, atestado autorizando ou dispensando de educação física ou práticas desportivas e outros;
 - exercer a função de perito, exceto nas localidades onde não existe médico.
- III — Perante a Justiça o estudante de medicina não pode assumir isoladamente a responsabilidade legal pelos atos médicos por ele executados com autorização e sob supervisão de um médico; assim sendo, a responsabilidade legal deve ser assumida conjuntamente pelo médico e pelo estudante de medicina, cabendo maior responsabilidade ao superior hierárquico.
- IV — No caso de agir sem autorização e sem supervisão, cabe ao estudante assumir integralmente a responsabilidade pelos atos médicos por ele praticados.
- V — Não é da competência do estudante fazer ao pessoal de enfermagem, bem como aos demais participantes da equipe de saúde, admoestações, advertências ou mesmo reclamações a respeito das atividades funcionais daqueles profissionais e, quando considerar necessário, deve dirigir-se ao médico ao qual estiver diretamente subordinado, comunicando-lhe o fato.

PRÁTICA DE ATOS MÉDICOS

- I — A execução de atos médicos é inerente à aprendizagem prática da medicina, mas, não possuindo capacitação legal e profissional, dependerá sempre de autorização para tal.
- II — Os atos médicos a serem praticados pelo estudante devem estar dentro de sua capacitação científica, isto é, correlacionados com o desenvolvimento já obtido em seu curso, e o trabalho direto com pacientes só poderá ser feito quando estiver cursando disciplinas clínicas.

O SEGREDO NA MEDICINA

- I — Tal como o médico, o estudante de medicina está obrigado a guardar segredo sobre os fatos que tenha conhecido por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade junto aos pacientes.
- II — O estudante de medicina não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua atividade como estudante, mas, intimado a depor, é obrigado a comparecer perante a autoridade para declarar-lhe que está preso à guarda de segredo profissional.
- III — O estudante de medicina não pode considerar-se desobrigado da guarda do segredo, mesmo que o paciente ou seu responsável o isente da obrigação.
- IV — É admissível a quebra do segredo nos seguintes casos:
- quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família, ou envolva responsabilidade de terceiros;
 - quando se tratar de fato delituoso previsto em lei.
- Em todos estes casos, cabe ao estudante comunicar ao professor ou médico que o supervisione os fatos por ele conhecidos, compartilhando com ele a responsabilidade pela quebra do segredo.
- V — A revelação do segredo faz-se necessária:
- nos casos de doença infectocontagiosa de notificação compulsória;
 - em se tratando de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentado ao pudor, supressão intencional de alimentos ou medicamentos;
 - nos casos de crime, quando houver inocente e o paciente, culpado, não se apresentar à Justiça;
 - nos casos de abortamento criminoso.
- Nestes casos, também, compete ao estudante transferir para o médico ou professor que o supervisiona a responsabilidade de fazer a revelação do segredo por ele compartilhado.

RELAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM OS MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

- I — O estudante de medicina deve ter para com os médicos e demais profissionais da área de saúde, com os quais convive no desempenho de suas atividades, o mais absoluto respeito, consideração, apreço e solidariedade, de modo a contribuir para a harmonia no relacionamento interpessoal e no ambiente hospitalar.
- II — Os profissionais da área de saúde — enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, bioquímicos, biomédicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais — devem merecer do estudante o mesmo respeito, consideração, apreço e solidariedade devidos aos médicos.

RELAÇÃO ESTUDANTE DE MEDICINA/PACIENTE

- I — Em seu relacionamento com os pacientes, são obrigações fundamentais do estudante de medicina:
- demonstrar simpatia, respeito, interesse e dedicação ao paciente, jamais olvidando sua condição de pessoa humana;
 - ouvir com atenção as queixas do paciente, inclusive as que, eventualmente, não pareçam ter relação com seu padecimento;
 - apresentar-se condignamente, cultivando hábitos e maneiras que façam ver ao paciente o interesse e o respeito de que ele é merecedor;
 - ter paciência e calma, agindo com prudência e tato em todas as ocasiões;
 - ser comedido em suas ações, tendo por princípio a cordialidade sem intimidade;
 - não usar palavras e atitudes capazes de atemorizar ou causar apreensões no paciente em relação a sua doença;
 - respeitar o pudor do paciente;
 - jamais hostilizar o paciente ou seus familiares, mesmo quando observar nestes ou no próprio paciente um comportamento hostil;
 - compreender e tolerar atitudes ou manifestações agressivas exibidas pelo paciente, lembrando-se que tal comportamento pode ser parte de modificações sofridas pela pessoa que perde sua saúde;
 - ajudar o paciente no que for possível e razoável com relação aos seus problemas pessoais.
- II — Não é permitido ao estudante de medicina:
- interromper por sua própria iniciativa os cuidados que vinha prestando ao paciente;
 - recusar a prestar atividades assistenciais quando receber determinação para fazê-las em função de seu aprendizado prático;
 - prescrever qualquer medicação sem exame direto do paciente;
 - indicar ou executar qualquer terapêutica clínica ou cirúrgica por iniciativa própria sem a devida permissão para fazê-la, exceto diante de iminente perigo de vida;
 - exercer suas atividades de maneira a limitar o direito do paciente de resolver sobre sua pessoa e seu bem-estar.

RELAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM AS INSTITUIÇÕES

- I — O estudante de medicina tem a obrigação de respeitar as normas das instituições onde realiza seus trabalhos práticos.
- II — O estudante de medicina tem a obrigação de zelar pelo patrimônio moral e material das instituições onde desempenha suas atividades, compreendendo tanto as instalações escolares como o equipamento laboratorial e hospitalar, livros e revistas da biblioteca.

A PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA E A PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

I — Durante seu período de treinamento, o estudante de medicina poderá realizar trabalho de pesquisa ou participar deste, desde que sob orientação de um docente responsável pelo trabalho.

II — O estudante de medicina deverá figurar como autor ou coautor de trabalho científico desde que tenha efetivamente participado de sua elaboração ou da pesquisa que deu origem ao trabalho. Ao figurar como autor ou coautor de um trabalho, sua condição de estudante de medicina deverá ser explicitamente mencionada.

III — Antes de sua apresentação ou publicação o trabalho deverá ter aprovação do docente que orientou o estudante em sua realização.

IV — Na publicação de trabalhos científicos, devem ser observadas as seguintes normas:

- a) nos trabalhos realizados em colaboração, deve figurar em primeiro lugar seu idealizador ou principal executor;
- b) as referências bibliográficas devem mencionar de modo claro quais as fontes de informações diretamente consultadas e quais as citações obtidas através de outros autores;
- c) na redação do texto deve-se distinguir claramente o que pertence ao autor do trabalho daquilo que foi obtido na literatura;
- d) não é lícito utilizar, sem referência ao autor e sem sua expressa autorização, dados ou informações pessoais não publicados;
- e) não é permitido utilizar ilustrações alheias colhidas em trabalho já publicado, salvo se houver autorização por escrito do autor e do editor;
- f) nas publicações de casos clínicos, a identidade do paciente deve ser omitida no texto e, sempre que possível, também nas ilustrações fotográficas;
- g) em toda revisão bibliográfica devem figurar os trabalhos nacionais sobre o assunto;
- h) não é permitida a publicação do mesmo trabalho científico em mais de um periódico.

Código de Processo Ético-Profissional

Capítulo I DO PROCESSO EM GERAL

Seção I *Das Disposições Gerais*

Art. 1.º O processo ético-profissional, nos Conselhos de Medicina, reger-se-á por este Código e tramitará em sigilo processual.

Art. 2.º A competência para apreciar e julgar infrações éticas será atribuída ao Conselho Regional de Medicina onde o médico estiver inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência.

§ 1.º No caso de uma infração ética ter sido cometida em local onde o médico não possua inscrição, a apuração dos fatos será realizada onde ocorreu o fato.

§ 2.º A apreciação e o julgamento de infrações éticas de Conselheiros obedecerá às seguintes regras:

I — a sindicância realizar-se-á pelo Conselho Regional de Medicina onde o fato ocorreu;

II — decidida a instauração de Processo Ético-Profissional a instrução ocorrerá no Conselho Regional de Medicina, remetendo ao Conselho Federal de Medicina para desaforamento do julgamento.

Art. 3.º O processo terá a forma de autos judiciais, com as peças anexadas por termo, e os despachos, pareceres e decisões serão exarados em ordem cronológica e numérica.

Art. 4.º Os Presidentes dos Conselhos de Medicina poderão delegar aos Corregedores a designação, mediante o critério de distribuição ou sorteio, dos Conselheiros Sindicante, Instrutor, Relator e Revisor.

Art. 5.º Os Conselhos de Medicina poderão ser compostos em Câmaras, sendo obrigatória a existência de Câmaras(s) de Julgamento de Sindicâncias.

Seção II *Da Sindicância*

Art. 6.º A sindicância será instaurada:

I — “ex officio”;

II — mediante denúncia por escrito ou tomada a termo, na qual conste o relato dos fatos e a identificação completa do denunciante;

III — pela Comissão de Ética Médica, Delegacia Regional ou Representação que tiver ciência do fato com supostos indícios de infração ética, devendo esta informar, de imediato, tal acontecimento ao Conselho Regional.

§ 1.º As denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais de Medicina somente serão recebidas quando devidamente assinadas e, se possível, documentadas.

§ 2.º Não ocorrendo a hipótese do § 1.º, caberá ao Conselheiro Corregedor fixar prazo de 10 (dez) dias para a complementação da denúncia.

§ 3.º Uma vez não cumprido pelo denunciante o disposto no § 2.º, caberá ao Conselheiro Corregedor, encaminhar a matéria à primeira sessão de Câmara, com despacho fundamentado.

Art. 7.º Instaurada a sindicância, nos termos dos incisos I, II e III e do art. 6.º, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor nomeará um Sindicante para, no prazo de até 30 (trinta) dias, prorrogável, a critério do Presidente ou Corregedor, apresentar relatório contendo a descrição dos fatos, circunstâncias em que ocorreram, identificação das partes e conclusão sobre a existência ou inexistência de indícios de infração ética.

Art. 8.º Do julgamento do relatório da sindicância poderá resultar:

I — arquivamento da denúncia com sua fundamentação, ou baixa em diligência;

II — homologação de procedimento de conciliação;

III — instauração do Processo Ético-Profissional.

Parágrafo único. Do termo de abertura do Processo Ético-Profissional constarão os fatos e a capitulação do delito ético.

Art. 9.º Será facultada a conciliação de denúncias de possível infração ao Código de Ética Médica, com a expressa concordância das partes, até o encerramento da sindicância.

§ 1.º Realizada a audiência e aceito, pelas partes, o resultado da conciliação, o Conselheiro Sindicante elaborará relatório circunstanciado sobre o fato, para aprovação pela Câmara, com a respectiva homologação pelo Pleno do Conselho Regional de Medicina.

§ 2.º O procedimento de conciliação orientar-se-á pelos critérios de oralidade, simplicidade, informalidade e economia processual.

§ 3.º Não caberá recurso no procedimento de conciliação, se aceito, pelas partes, o resultado da mesma.

§ 4.º Resultando inexistente a conciliação, a sindicância prosseguirá em seus termos.

Art. 10. Na homologação de conciliação não será permitido acerto pecuniário.

Capítulo II DO PROCESSO EM ESPÉCIE

Seção I *Da Instrução*

Art. 11. Decidida a instauração de Processo Ético-Profissional, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor terá o prazo de 5 (cinco) dias para nomear o Conselheiro Instrutor, o qual terá 60 (sessenta) dias para instruir o processo.

§ 1.º O prazo de instrução poderá ser prorrogado, quantas vezes for necessário, por solicitação motivada do Conselheiro Instrutor, a critério do Presidente ou do Conselheiro Corregedor do Conselho.

§ 2.º Após a instauração de Processo Ético-Profissional, o mesmo não poderá ser arquivado por desistência das partes, exceto por do óbito do denunciado, quando então será extinto o feito com a anulação da declaração de óbito.

§ 3.º Durante a instrução, surgindo novos fatos ou evidências, o Instrutor poderá inserir outros artigos não previstos na capitulação inicial, garantido o contraditório e a ampla defesa, sendo remetida ao plenário para apreciação.

Art. 12. O Conselheiro Instrutor promoverá, ao denunciado, citação para apresentar defesa prévia no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de juntada do aviso de recebimento, assegurando-lhe vistas dos autos do processo na secretaria do Conselho ou fornecendo-lhe cópia da íntegra dos autos.

Parágrafo único. A citação deverá indicar os fatos considerados como possíveis infrações ao Código de Ética Médica e sua capitulação.

Art. 13. Se o denunciado não for encontrado, ou for declarado revel, o Presidente do Conselho ou Conselheiro Corregedor designar-lhe-á um defensor dativo.

Art. 14. O denunciante será qualificado e interrogado sobre as circunstâncias da infração e as provas que possa indicar, tomando-se por termo suas declarações.

Art. 15. Os advogados das partes ou o defensor dativo não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e nas respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do Conselheiro Instrutor.

- Art. 16. Antes de iniciar o interrogatório, o Conselheiro Instrutor cientificará ao denunciado que está desobrigado de responder às perguntas que lhe forem formuladas.
- Art. 17. O denunciado será qualificado e, depois de cientificado da denúncia, interrogado sobre os fatos relacionados com a mesma, inclusive se conhece o denunciante e as testemunhas arroladas, e o que tem a alegar sobre os fatos.
- Art. 18. Se houver mais de um denunciado, cada um será interrogado individualmente.
- Art. 19. Consignar-se-ão as perguntas que o(s) depoente(s) deixar(em) de responder, juntamente com as razões de sua abstenção.
- Art. 20. As partes poderão arrolar até 5 (cinco) testemunhas, até a data do encerramento da instrução.
- § 1.º As perguntas das partes serão requeridas ao Conselheiro Instrutor, que, por sua vez, as formulará as testemunhas.
- § 2.º Serão recusadas as perguntas que não tiverem estrita relação com o processo ou importarem em repetição de outra(s) já respondida(s).
- Art. 21. A testemunha declarará seu nome, profissão, estado civil e residência bem como se é parente e em que grau de alguma das partes, ou quais suas relações com qualquer delas, e relatará o que souber, explicando, sempre, as razões de sua ciência.
- Art. 22. O Conselheiro Instrutor, quando julgar necessário, poderá ouvir outras testemunhas, além das arroladas pelas partes, sempre fundamentando sua decisão.
- Art. 23. O Conselheiro Instrutor não permitirá que as testemunhas manifestem suas apreciações pessoais, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.
- Art. 24. Os depoimentos serão reduzidos a termo e assinados pelos depoentes, pelas partes e pelo Conselheiro Instrutor.
- Art. 25. A acareação será admitida entre denunciante, denunciado e testemunhas, sempre que suas declarações divergirem sobre fatos ou circunstâncias relevantes.
- Art. 26. Se o intimado, sendo denunciante, denunciado ou testemunha, for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas no Código de Ética Médica.
- Art. 27. Se o intimado, sendo denunciante, denunciado ou testemunha, não for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas em Lei.
- Art. 28. Concluída a instrução, será aberto o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação das razões finais, primeiramente ao(s) denunciante(s) e, em seguida, ao(s) denunciado(s), com prazo comum entre mais de um denunciante e entre mais de um denunciado.
- Parágrafo único. Estando todas as partes presentes à última audiência, poderão ser intimadas pessoalmente para apresentação de razões finais, devendo ser registrada em ata, passando a correr dali os respectivos prazos.
- Art. 29. Após a apresentação das alegações finais e análise do parecer processual da Assessoria Jurídica, o Conselheiro Instrutor proferirá relatório circunstanciado que será encaminhado ao Presidente ou ao Corregedor do Conselho Regional de Medicina.
- Parágrafo único. Até a data da Sessão de Julgamento, o Conselheiro Corregedor, verificando a existência de qualquer vício ou irregularidade, poderá intervir nos autos e, por meio de despacho fundamentado, determinar a realização de atos a serem executados.

Seção II

Do Julgamento

- Art. 30. O Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor, após o recebimento do processo, devidamente instruído, terá o prazo de 10 (dez) dias para designar o Conselheiro Relator e o Revisor, os quais ficarão responsáveis pela elaboração de relatórios a serem entregues em 60 (sessenta) e 30 (trinta) dias, respectivamente, podendo ser prorrogados, quantas vezes for necessário, por motivo justificado e a critério do Presidente ou Corregedor do Conselho.
- § 1.º O Relator e o Revisor poderão, dentro dos prazos acima estabelecidos, solicitar ao Presidente ou ao Conselheiro Corregedor que remeta os autos ao Conselheiro Instrutor para novas diligências, indicando quais as providências cabíveis e estabelecendo o prazo para cumprimento da requisição.
- § 2.º O Conselheiro Instrutor poderá ser designado Conselheiro Relator.
- Art. 31. Recebidos os relatórios do Relator e Revisor, o Presidente ou o Conselheiro Corregedor determinará a inclusão do processo na pauta de julgamento.
- Art. 32. As partes serão intimadas da data de julgamento com a antecedência mínima 10 (dez) dias.
- Art. 33. Na abertura da sessão de julgamento, as partes e seus representantes, após às exposições efetuadas pelo Relator e Revisor, vedada qualquer manifestação de voto, o Presidente da Sessão dará a palavra, sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e ao(s) denunciado(s), pelo tempo improrrogável de 10 (dez) minutos, para sustentação oral.
- Parágrafo único. Feita a sustentação oral, os Conselheiros poderão, solicitar esclarecimentos sobre o processo ao Relator, Revisor e, por intermédio do Presidente da Sessão de julgamento, às partes.
- Art. 34. Após os esclarecimentos, discussão e decisão das preliminares e discussão dos fatos, vedada qualquer manifestação de voto conclusivo pelos Conselheiros, será concedido o tempo final de 5 (cinco) minutos sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e, denunciado(s), para novas manifestações orais.
- Art. 35. Após a manifestação final das partes, o Presidente da Sessão de julgamento, dará, pela ordem, a palavra aos Conselheiros que a solicitarem, para:
- I — requerer vista dos autos do processo, apresentando-o com relatório de vista em até 30 (trinta) dias, para novo julgamento;
- II — requerer a conversão dos autos do processo em diligência, com aprovação da maioria dos Conselheiros presentes no plenário ou câmara, caso em que determinará as providências que devam ser tomadas pelo Conselheiro instrutor, no prazo de 60 (sessenta) dias prorrogáveis, ao qual remeterá o processo, retornando os autos ao Presidente ou Corregedor para pautar novo julgamento.
- Art. 36. No julgamento, os votos serão proferidos, quanto às preliminares, mérito, capitulação e apenação, quando houver, oralmente e sequencialmente, pelo Conselheiro Relator Revisor, manifestação de voto, divergente ou não, quando houver e, ao final, pelos demais Conselheiros.
- § 1.º O Presidente da sessão votará, na forma estabelecida no Regimento Interno de cada Conselho.
- § 2.º O Conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quorum máximo previsto em lei não poderá abster-se de votar.
- Art. 37. Proferidos os votos, o Presidente anunciará o resultado do julgamento, designando para redigir o acórdão o Relator ou o Revisor e; se estes forem vencidos, a redação caberá ao Conselheiro que propôs o voto vencedor.
- Art. 38. As partes e seus procuradores e o defensor dativo serão intimados da decisão nos termos do art. 67 deste Código.
- Art. 39. O julgamento far-se-á a portas fechadas, sendo permitida apenas a presença das partes e seus procuradores, Assessoria Jurídica dos Conselhos de Medicina, Corregedores e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar nos Conselhos de Medicina necessários para o bom funcionamento do Tribunal de Ética Médica até o encerramento da sessão.
- Art. 40. As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais são as previstas em Lei.

Capítulo III DOS IMPEDIMENTOS

- Art. 41. É impedido de atuar em Processo Ético-Profissional o Conselheiro que:
- I — tenha interesse direto ou indireto na matéria;
- II — tenha participado como perito, testemunha ou representante, ou se tais situações ocorrem quanto ao cônjuge, companheiro ou parente e afins até o terceiro grau;
- III — esteja litigando, judicial ou administrativamente, com o interessado ou respectivo cônjuge ou companheiro(a).
- Art. 42. O Conselheiro que incorrer em impedimento deve comunicar o fato ao Presidente do Conselho, abstendo-se de atuar.

Capítulo IV DAS NULIDADES

- Art. 43. Nenhum ato será declarado nulo, se da nulidade não resultar prejuízo para as partes.
- Art. 44. A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:
- I — por suspeição arguida contra membros do Conselho, sendo apreciada na sessão de julgamento e acolhida pelo Plenário;
- II — por falta de cumprimento das formalidades legais prescritas no presente Código.
- Art. 45. Nenhuma das partes poderá arguir nulidade a que haja dado causa, para a qual tenham concorrido ou referente à formalidade cuja observância só à parte contrária interesse.
- Art. 46. Não será declarada nulidade de ato processual que não houver influído na apuração da verdade substancial ou na decisão da causa.
- Art. 47. As nulidades considerar-se-ão sanadas:
- I — se não forem arguidas em tempo oportuno;
- II — se, praticado por outra forma, o ato atingir suas finalidades;
- III — se a parte, ainda que tacitamente, aceitar seus efeitos.
- Art. 48. Os atos cuja nulidade não for sanada na forma do art. 47 serão renovados ou retificados.
- Parágrafo único. Declarada a nulidade de um ato, considerar-se-ão nulos todos os atos dele derivados.
- Art. 49. A nulidade dos atos deve ser alegada na primeira oportunidade em que couber à parte falar nos autos, sob pena de preclusão.

Capítulo V DOS RECURSOS

Seção I

Disposições Gerais

- Art. 50. Caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias:
- I — às Câmaras de Sindicância do Conselho Federal de Medicina, das decisões de arquivamento proferidas pelas Câmaras de Sindicância dos Conselhos Regionais;
- II — ao Pleno do Conselho Regional, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras, onde houver;
- III — às Câmaras do CFM, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por unanimidade, pelas Câmaras dos Conselhos Regionais ou das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria ou unanimidade, pelo Pleno dos Conselhos Regionais;

IV — ao Pleno do CFM, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras do CFM ou das decisões de cassação do exercício profissional proferidas pelos Conselhos Regionais.

Parágrafo único. Os recursos terão efeito suspensivo, podendo ocorrer o agravamento da pena, se interposto recurso pelo denunciante.

Art. 51. Após o recebimento do recurso, a outra parte será intimada para, querendo, apresentar as contrarrazões, no prazo de 30 (trinta) dias.

Seção II

Da Revisão do Processo

Art. 52. Caberá a revisão do Processo Ético-Profissional condenatório, pelo Conselho Federal de Medicina, a qualquer tempo, contado da publicação do acórdão.

Parágrafo único. A revisão do processo disciplinar findo será admitida quando se descobrirem novas provas que possam inocentar o médico condenado ou por condenação baseada em falsa prova.

Art. 53. Julgada procedente a revisão, será declarada sem efeito a penalidade aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do médico.

Parágrafo único. Da revisão do processo ético-profissional não poderá resultar agravamento de penalidade.

Art. 54. O pedido de revisão do Processo Ético-Profissional transitado em julgado será dirigido ao Presidente do Conselho Federal de Medicina, que nomeará um Conselheiro Relator para elaboração de relatório, o qual será apresentado ao Pleno para análise e julgamento das novas provas apresentadas pelo médico condenado.

§ 1.º No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas prescritas no Capítulo III do presente Código.

§ 2.º O pedido de revisão não terá efeito suspensivo.

Art. 55. São partes legítimas para a revisão:

I — o profissional punido, pessoalmente ou por intermédio de procurador habilitado;

II — o cônjuge, descendente, ascendente e irmã(o), em caso de falecimento do condenado;

III — o curador, se interdito.

Parágrafo único. Quando, no curso da revisão, falecer o profissional requerente, será ele substituído por qualquer das pessoas referidas no inciso II, ou nomeado curador para a defesa, quando nenhum substituto se apresentar no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 56. Julgando procedente a revisão, o Conselho Federal de Medicina poderá anular o Processo Ético-Profissional, alterar a capitulação, reduzindo a pena ou absolver o profissional punido.

Capítulo VI

DA EXECUÇÃO

Art. 57. Transitada em julgado a decisão e, no caso de recurso, publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para execução.

Art. 58. As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina serão processadas na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo as penalidades anotadas no prontuário do médico infrator.

§ 1.º As penas públicas serão publicadas no Diário Oficial, em jornal de grande circulação, em jornal local onde o médico exerce suas funções e nos jornais ou boletins dos Conselhos.

§ 2.º No caso de cassação do exercício profissional e dá suspensão por 30 (trinta) dias, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

Capítulo VII

DA REABILITAÇÃO

Art. 59. Decorridos 5 (cinco) anos após o cumprimento da pena e sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-disciplinar, poderá o médico requerer sua reabilitação ao Conselho Regional de Medicina onde está escrito, com a retirada de seu prontuário dos apontamentos referentes a condenações anteriores.

§ 1.º Exclui-se da concessão do benefício do *caput* deste artigo o médico punido com a pena de cassação do exercício profissional.

§ 2.º Quando a sanção disciplinar resultar da prática de crime, o pedido de reabilitação depende, também, da correspondente reabilitação criminal.

Capítulo VIII

DA PRESCRIÇÃO

Art. 60. A punibilidade por falta ética sujeita a processo ético profissional prescreve em 5 (cinco) anos, contados a partir da data do conhecimento do fato pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 61. São causas de interrupção de prazo prescricional:

I — o conhecimento expresso ou a citação do denunciado, inclusive por meio de edital;

II — a apresentação de defesa prévia;

III — a decisão condenatória recorrível;

IV — qualquer ato inequívoco, que importe apuração dos fatos.

Art. 62. Todo processo disciplinar paralisado há mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, será arquivado ex-offício ou sob requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.

Art. 63. A execução da pena aplicada prescreverá em 5 (cinco) anos, tendo como termo inicial a data da publicação do acórdão.

Art. 64. Quando o fato objeto do Processo Ético-Profissional também constituir crime, a prescrição reger-se-á pelo prazo previsto na lei penal.

Art. 65. Deferida a medida judicial de suspensão da apuração ética, o prazo prescricional fica suspenso até a revogação da medida quando o prazo voltará a fluir.

Capítulo IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 66. Aos Conselheiros Corregedor, Sindicante ou Instrutor caberá prover todos os atos que julgarem necessários à conclusão e elucidação do fato, devendo requerer ou requisitar a órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, da União, dos Estados, dos Municípios, do Distrito Federal e de Instituições privadas, quaisquer documentos peças ou informações necessários à instrução de sindicâncias ou processos ético-profissionais.

Art. 67. A citação e notificações serão feitas às partes e aos seus advogados:

I — por carta registrada, com Aviso de Recebimento;

II — pessoalmente, quando frustrada a realização do inciso anterior;

III — por edital, publicado uma única vez, no Diário Oficial e em jornal local de grande circulação, quando a parte não for encontrada;

IV — por Carta Precatória, no caso das partes e testemunhas encontrarem-se fora da jurisdição do Conselho, e através dos procedimentos pertinentes, se no exterior.

Art. 68. Os prazos contarão, obrigatoriamente, a partir da data juntada aos autos, da comprovação do recebimento da citação, intimações e notificações, inclusive da juntada das cartas precatórias.

Art. 69. As gravações, para serem admitidas nos autos, deverão estar acompanhadas da sua transcrição, devidamente rubricada pela parte interessada.

Art. 70. Aos Processos Ético-Profissionais em trâmite, aplicar-se-á, de imediato, o novo Código, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

Art. 71. Este Código entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM n. 1.464/96.

Código Internacional de Ética Médica e Algumas Declarações de Princípios

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

(Adotado pela 3.ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, Londres — Inglaterra, outubro de 1949.)

DEVERES DOS MÉDICOS EM GERAL

O médico deve manter sempre o mais alto nível profissional de conduta.

O médico deve exercer sua profissão sem influência de outrem.

As seguintes práticas são consideradas como falta de ética:

a) qualquer propaganda de sua pessoa, exceto aquelas devidamente autorizadas pelo Código Nacional de Ética;

b) colaborar em qualquer forma de serviços médicos, nos quais não tenha independência profissional;

c) receber qualquer pagamento em conexão com serviços prestados a um paciente, além de sua remuneração profissional, mesmo com o seu consentimento.

Qualquer ato ou conselho que possa enfraquecer física ou moralmente a resistência do ser humano só poderá ser admitido em seu próprio benefício. A um médico é aconselhável usar de grande precaução em divulgar descobertas ou novas técnicas de tratamento.

DEVERES DO MÉDICO PARA COM O DOENTE

O médico deve ter sempre presente o cuidado de conservar a vida humana.

O médico deve a seu paciente completa lealdade e empregar em seu favor todos os recursos da ciência.

Quando um exame ou tratamento estiver além de sua capacidade, deverá ele convidar outro médico que tenha a necessária habilidade para realizá-lo.

O médico deverá manter segredo absoluto sobre tudo que sabe de um paciente, dada a confiança que nele depositou.

O médico deve prestar cuidados de emergência como um dever humanitário, a menos que esteja certo de que haja outras pessoas capacitadas a prestar tais cuidados.

DEVERES DOS MÉDICOS PARA COM SEUS COLEGAS

O médico deverá ver seus colegas da mesma maneira que gostaria que eles o vissem.

O médico não deverá atrair pacientes dos seus colegas.

O médico deverá observar os princípios da “Declaração de Genebra”, aprovados pela Associação Médica Mundial.

DECLARAÇÃO DE GENEBRA

(Adotada pela Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, Genebra — Suíça, setembro de 1948.)

Na hora de ser admitido como um membro na profissão médica:

Eu, solenemente, juro consagrar minha vida a serviço da Humanidade.

Darei, como reconhecimento a meus mestres, meu respeito e minha gratidão.

Praticarei a minha profissão com consciência e dignidade.

A saúde dos meus pacientes será a minha primeira preocupação.

Respeitarei os segredos a mim confiados.

Manterei, a todo custo, no máximo possível, a honra e a tradição da profissão médica.

Meus colegas serão meus irmãos.

Não permitirei que concepções religiosas, nacionais, raciais, partidárias ou sociais intervenham entre meu dever e meus pacientes.

Manterei o mais alto respeito pela vida humana, desde sua concepção. Mesmo sob ameaça, não usarei meu conhecimento médico em princípios contrários às leis da natureza.

Faço estas promessas, solene e livremente, pela minha própria honra.

DECLARAÇÃO DE HELSINQUE

Recomendações orientando médicos em pesquisa biomédica envolvendo seres humanos.

Adotada pela 18.^a Assembleia Mundial de Médicos, Helsinque, Finlândia, 1964 e revisto na 29.^a Assembleia Mundial de Médicos, Tóquio, Japão, 1975.

INTRODUÇÃO

É missão do médico salvaguardar a saúde do povo. O conhecimento e consciência dele ou dela são devotados ao cumprimento desta missão.

A Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial vincula o médico com o mundo, “A saúde do meu paciente, será a minha principal consideração”, e o Código Internacional de Ética Médica declara que “Qualquer ato ou conselho que possa vir a reduzir a resistência física ou mental de um ser humano só poderá ser usado em seu interesse”.

A finalidade de pesquisa médica envolvendo seres humanos deve ser o aperfeiçoamento do diagnóstico, procedimentos terapêuticos e profiláticos e a compreensão da etiologia e da patologia da doença.

Na prática médica atual, a maioria dos diagnósticos, procedimentos terapêuticos e profiláticos envolve riscos. Isto se aplica *a fortiori* à pesquisa biomédica.

O processo médico baseia-se na pesquisa, a qual, em última análise, deve alicerçar-se em parte em experiência envolvendo seres humanos.

No campo da pesquisa biomédica, uma distinção fundamental deve ser feita entre a pesquisa médica na qual o objetivo é essencialmente o diagnóstico ou a terapêutica para um paciente e a pesquisa médica cujo objeto essencial é puramente científico e sem valor direto diagnóstico ou terapêutico para a pessoa sujeita à pesquisa.

Deve ser tomado um cuidado especial na conduta de pesquisa que possa afetar o meio ambiente e, ainda, o bem-estar dos animais utilizados para a pesquisa deve ser respeitado.

Devido ao fato de que é essencial que os resultados de experiências de laboratório sejam aplicados aos seres humanos para maior conhecimento científico, e a fim de amenizar o sofrimento da humanidade, a Associação Médica Mundial elaborou as seguintes recomendações como um guia para todo médico na pesquisa biomédica envolvendo seres humanos. Elas devem ser revistas no futuro. Deve-se acentuar que os padrões delineados são apenas um guia para os médicos de todo o mundo. Os médicos não estão isentos de responsabilidades criminais, civis e éticas segundo as leis de seus próprios países.

I — Princípios Básicos

1. A pesquisa biomédica envolvendo seres humanos deve estar conforme os princípios científicos geralmente aceitos e deve basear-se em experiências de laboratório e com animais, adequadamente desenvolvidas, assim como em um conhecimento profundo da literatura científica.

2. O projeto e a execução de cada procedimento experimental envolvendo seres humanos devem ser claramente formulados em um protocolo experimental que deverá ser transmitido a uma comissão independente especialmente nomeada, para consideração, comentário e orientação.

3. A pesquisa biomédica envolvendo seres humanos deve ser conduzida somente por pessoas cientificamente especializadas e sob a supervisão de um médico clinicamente competente. A responsabilidade pelo ser humano sujeito a pesquisa deve sempre repousar em um indivíduo médico qualificado e nunca no sujeito da pesquisa, mesmo que este tenha dado o seu consentimento.

4. A pesquisa biomédica envolvendo seres humanos não pode legitimamente ser desenvolvida a menos que a importância do objetivo esteja em proporção ao risco inerente para o indivíduo.

5. Cada projeto de pesquisa biomédica envolvendo seres humanos deve ser precedido por uma cuidadosa avaliação dos riscos previsíveis em comparação com os benefícios, também previsíveis, para o indivíduo ou para os outros. A preocupação pelos interesses do indivíduo deve sempre prevalecer sobre o interesse da ciência e da sociedade.

6. O direito do indivíduo sujeito da pesquisa em salvaguardar sua integridade deve sempre ser respeitado. Todo cuidado deve ser tomado a fim de respeitar a privacidade do indivíduo e também minimizar o impacto do estudo sobre a integridade física e mental do indivíduo, bem como sobre sua personalidade.

7. Os médicos devem abster-se de envolver-se em projetos de pesquisa tratando com seres humanos, a menos que estejam seguros de que os riscos relacionados com os mesmos são passíveis de previsão. Os médicos devem cessar qualquer investigação, caso seja verificado que os riscos sobrepõem-se aos benefícios potenciais.

8. Ao publicar os resultados de sua pesquisa, o médico ou a médica é obrigado a preservar a exatidão dos resultados. Os relatórios de experiência que não estejam de acordo com os princípios estabelecidos na presente Declaração não devem ser aceitos para publicação.

9. Em qualquer pesquisa com seres humanos, cada indivíduo em potencial deve ser informado de forma adequada sobre os objetivos, métodos, benefícios esperados e riscos potenciais do estudo e o desconforto que o mesmo possa causar. O indivíduo deve ser informado de que dispõe de liberdade de retirar o seu consentimento de participação a qualquer época. O médico deve, portanto, obter o livre consentimento do indivíduo, de preferência por escrito.

10. Ao receber o consentimento para o projeto de pesquisa, o médico deve tomar cuidado especial, caso o indivíduo esteja em relação de dependência para com ele, ou que o mesmo dê seu consentimento sob coação. Neste caso, o consentimento formal deve ser obtido por um médico que não esteja envolvido na investigação e que seja completamente independente deste relacionamento oficial.

11. No caso de incapacidade jurídica, o consentimento formal deve ser obtido do tutor legal, segundo a legislação nacional. Nos casos em que incapacidade física ou mental torne impossível a obtenção do consentimento formal, ou quando o indivíduo for menor, a permissão de um parente substitui a do próprio indivíduo, de conformidade com a legislação nacional.

12. O protocolo de pesquisa deve sempre conter uma declaração das considerações éticas envolvidas e ainda mencionar que foram obedecidos os princípios enunciados na presente Declaração.

II — Pesquisa Médica combinada com Cuidados Profissionais Pesquisa Clínica

1. No tratamento de um paciente, o médico deve ter liberdade para empregar um novo diagnóstico e uma nova medida terapêutica se, em sua opinião, a mesma oferece esperanças de salvar vida, restabelecer a saúde ou minorar os sofrimentos.

2. Os benefícios, riscos e desconforto potenciais de um novo método devem ser pesados em relação às vantagens dos melhores e mais recentes métodos de diagnóstico e terapêutica.

3. Em qualquer estudo médico, a todo paciente — inclusive aquele pertencente a um grupo de controle, caso exista — deve ser dada a segurança dos mais comprovados diagnósticos e métodos terapêuticos.

4. A recusa do paciente em participar de um estudo não deve jamais interferir no relacionamento médico/paciente.

5. Caso o médico considere fundamental não obter o consentimento formal, as razões específicas para tal atitude devem ser declaradas no protocolo de experiência, para comunicação à comissão independente (1, 2).

6. O médico pode combinar pesquisa com cuidados profissionais, objetivando a obtenção de novo conhecimento médico, somente até o limite em que a pesquisa médica seja justificada pelo seu valor potencial para o paciente de diagnóstico ou terapêutico.

Pesquisa Biomédica Não Terapêutica envolvendo Seres Humanos.

1. Na aplicação puramente científica de pesquisa médica realizada com um ser humano, é dever do médico permanecer como o protetor da vida e da saúde daquela pessoa com a qual se realiza a pesquisa biomédica.
2. Os indivíduos devem ser voluntários ou pessoas saudáveis, ou pacientes para os quais o projeto experimental não se relaciona com a doença do mesmo.
3. O investigador ou a equipe investigadora deve interromper a pesquisa caso, em sua opinião, a mesma possa vir a ser prejudicial ao indivíduo.
4. Em pesquisa com o Homem, o interesse da ciência e da sociedade nunca deve ter precedência sobre considerações relacionadas com o bem-estar do indivíduo.

DECLARAÇÃO DE SIDNEY

(Adotada pela 22.ª Assembleia Médica Mundial, Sidney — Austrália, agosto de 1968.)

A determinação da hora da morte é, em muitos países, responsabilidade legal do médico, e assim deverá continuar. Usualmente, ele estará apto para decidir se uma pessoa está morta, sem métodos especiais, apenas empregando os critérios clássicos, conhecidos por todos os médicos.

Dois práticas modernas em Medicina exigiram estudos mais aprofundados sobre esta questão: (1) a capacidade de manter, por meios artificiais, a circulação com sangue oxigenado através dos tecidos do corpo, que podem estar irremediavelmente feridos; (2) o uso de órgãos de cadáveres, tais como coração e rim, para fins de transplantes.

A dificuldade é saber se a morte é um processo gradual ao nível celular, com variações na sua capacidade de substituir a privação de O₂.

O interesse clínico não fica no estado de preservação celular isolada, mas no destino do ser humano. Aqui, o conceito de morte de diferentes células e órgãos não é tão importante como a certeza de que o processo tornou-se irreversível depois de utilizadas todas as técnicas de ressuscitação.

Esta determinação deverá ser baseada no julgamento clínico suplementado, se necessário, por um número de diagnósticos auxiliares, entre os quais o EEG, que é o de maior valor neste diagnóstico.

No entanto, nenhum critério tecnológico isolado é inteiramente satisfatório, no presente estado da Medicina, nem nenhuma técnica ou procedimentos podem ser substituídos pelo julgamento do médico.

Se o caso é de um transplante de órgão, a determinação da morte deverá ser feita por dois ou mais médicos, e estes, ao precisarem o momento daquela, não deverão, em hipótese alguma, preocupar-se com a realização do transplante.

Antes da determinação da morte de uma pessoa impõe-se eticamente processarem-se todas as tentativas de ressuscitação, e, em países onde a lei permite a remoção de órgãos de cadáveres, o consentimento deverá estar previamente legalizado.

DECLARAÇÃO DE OSLO

Pronunciamento sobre o aborto terapêutico.

(Adotada pela 24.ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, Oslo — Noruega, 1970.)

1 — O primeiro princípio moral imposto ao médico é respeitar a vida humana, como está expresso na cláusula da Declaração de Genebra: “Manterei o mais alto respeito pela vida humana, desde sua concepção”.

2 — Circunstâncias que importam em conflitos entre os interesses vitais da mãe e os do feto criam dilema e levantam questões se a gravidez deve ou não ser interrompida.

3 — A diversidade de respostas nessas situações acarreta diversidade de atitudes ante a vida do feto, o que é assunto de convicções pessoais e de consciência, que devem ser respeitadas.

4 — Não é papel do médico determinar atitude e regras para qualquer comunidade ou caso particular sobre esta matéria, mas é nosso dever ter em mente a proteção dos nossos pacientes e salvaguardar os direitos do médico na sociedade.

5 — Entretanto, onde a lei permite a realização do aborto terapêutico, onde a legislação é contemplativa — e isto não se constitui em política contrária à Associação Médica Nacional —, e onde, finalmente, a legislação aceita a indicação médica, estão aprovados os seguintes princípios:

a) o aborto deve ser praticado só como medida terapêutica;

b) a decisão para interromper a gravidez deverá ser aprovada por escrito, no mínimo por dois médicos escolhidos por sua competência profissional;

c) o procedimento deverá ser feito por médico devidamente habilitado e com permissão das autoridades competentes.

6 — Se o médico julgar que suas convicções não lhe permitem aconselhar ou fazer o aborto, poderá ele recusar-se, desde que tenha certeza da continuidade de seu trabalho por um colega qualificado.

7 — Estas afirmações, enquanto não forem adotadas pela Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, não podem ser consideradas como obrigatórias por nenhum membro de qualquer associação, nem que tenham sido adotadas pela entidade da qual faz parte.

DECLARAÇÃO DE TÓQUIO

Linhas mestras para médicos, com relação à tortura e outro tratamento ou castigo cruel,

desumano ou degradante infligidos a detentos e prisioneiros.

(Adotada pela 29.ª Assembleia Médica Mundial, Tóquio, Japão, outubro de 1975.)

Anexo 1

Preâmbulo

É privilégio do médico praticar a medicina a serviço da humanidade, preservar e recuperar a saúde física e mental, sem distinção quanto a pessoas, confortar e minorar o sofrimento de seus pacientes. O absoluto respeito pela vida humana deve ser mantido mesmo sob ameaça, e não deve ser feito uso de qualquer conhecimento médico contrário às leis humanas. Para fins desta Declaração, tortura é definida como a imposição deliberada, sistemática ou injustificável de sofrimento físico ou mental, por uma ou mais pessoas, agindo por conta própria, ou por ordem de qualquer autoridade, a fim de obrigar a outra pessoa a entregar informações, fazer uma confissão, ou por qualquer outro motivo.

Declaração

1 — O médico não aprovará, tolerará ou participará da aplicação de tortura, ou outra forma de procedimento cruel, desumano ou degradante, qualquer que seja a ofensa da qual a vítima de tal procedimento seja suspeita, acusada ou culpada, e quaisquer que sejam os credos ou razões da vítima, e isto em todas as situações, inclusive conflito armado ou comoção civil.

2 — O médico não fornecerá qualquer local, instrumento, substância ou conhecimento para facilitar a prática da tortura, ou de outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, ou para reduzir a capacidade das vítimas de resistir a tal tratamento.

3 — O médico não estará presente durante qualquer procedimento em que tortura, ou outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, seja usado ou ameaçado.

4 — Um médico deve ter completa independência clínica ao decidir a respeito dos cuidados dispensados a uma pessoa que esteja sob sua responsabilidade profissional. A missão fundamental do médico é aliviar o sofrimento do próximo, e nenhum motivo — quer pessoal, coletivo ou político — prevalecerá sobre este propósito superior.

5 — Quando um prisioneiro recusar alimento, mas for considerado capaz de elaborar um raciocínio correto e racional relativo às consequências de tal recusa voluntária ao alimento, ele não será alimentado artificialmente. A decisão quanto à capacidade do prisioneiro em formar tal raciocínio deverá ser confirmada por, pelo menos, um outro médico independente. As consequências da recusa ao alimento serão explicadas pelo médico ao prisioneiro.

6 — A Associação Médica Mundial apoiará e deverá encorajar a comunidade internacional, as associações médicas nacionais e os médicos associados a apoiar o médico e sua família no caso de ameaça ou represálias resultantes de uma recusa em tolerar o uso de tortura, em outra forma de tratamento cruel, desumano ou degradante.

Anexo 2

Declaração a respeito da proteção de todas as pessoas contra submissão à tortura e outro

tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Art. 1.º Para fins desta Declaração, tortura significa qualquer ato através do qual dor ou sofrimento agudo, quer físico, quer mental, é intencionalmente imposto por ou mediante instigação de um servidor público a uma pessoa, visando a obter dela, ou de uma terceira pessoa, informações ou confissão, punindo-a por um ato que ela tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido, ou, ainda, intimidando-a ou a outras pessoas. Ela não inclui dor ou sofrimento oriundo, inerente ou incidental de sanções legais, até o ponto consistente com as Normas e Padrões Mínimos para o Tratamento de Prisioneiros. Tortura constitui uma forma exacerbada e deliberada de tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Art. 2.º Qualquer ato de tortura, ou outro tratamento, ou castigo cruel, desumano e degradante é uma ofensa à dignidade humana e será condenado como uma negação dos propósitos da Carta das Nações Unidas e como uma violação dos direitos e liberdades fundamentais da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Art. 3.º Nenhum Estado poderá permitir ou tolerar a tortura, ou outro tratamento, ou castigo cruel, desumano ou degradante. Circunstâncias excepcionais, tais como estado de guerra, ou ameaça de guerra, instabilidade política interna, ou qualquer outra emergência pública, não poderão ser invocadas como justificativa de tortura, ou outro tratamento, ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Art. 4.º Consoante com os dispositivos desta Declaração, cada Estado tomará medidas efetivas para impedir que tortura e outro tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante sejam praticados em sua jurisdição.

Art. 5.º O treinamento de pessoas encarregadas da manutenção da lei e de outros funcionários públicos poderá ser responsável por pessoas privadas de sua liberdade, assegurará que plena responsabilidade seja assumida pela proibição de torturas e outro tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante. Esta proibição, quando cabível, também será incluída em tais normas ou instruções gerais que possam ser expedidas em relação a deveres e funções de qualquer pessoa que possa estar envolvida com a custódia ou tratamento de tais pessoas.

Art. 6.º Todo Estado manterá sob revisão sistemática os métodos e práticas de interrogatório, assim como as providências para a custódia e tratamento de pessoas privadas de sua liberdade em seu território, com vistas a evitar quaisquer casos de tortura, ou de outro tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante.

Art. 7.º Cada Estado assegurará que todos os atos de tortura, conforme definida no art. 1.º, sejam crime segundo o seu Direito Penal. O mesmo aplicar-se-á em relação a atos que

constituam participação, cumplicidade, estímulo ou tentativa em infligir tortura.

Art. 8.º Qualquer pessoa alegando que tenha sofrido tortura, ou outro tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante, por instigação de um funcionário público, disporá do direito de se queixar e ter seu caso examinado de forma imparcial pelas autoridades competentes do mesmo Estado.

Art. 9.º Sempre que houver fundamentos razoáveis para se acreditar que um ato de tortura, conforme definida no art. 1.º, tenha sido cometido, as autoridades competentes do Estado em causa promoverão imediata investigação imparcial, mesmo que não tenha denúncia formal.

Art. 10. Caso uma investigação, segundo o art. 8.º ou o art. 9.º, determine que um ato de tortura, como definida no art. 1.º, tenha sido presumivelmente cometido, serão instituídos processos penais contra o suposto criminoso, de acordo com a legislação nacional. Se uma alegação de outras formas de tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante for considerada bem fundamentada, o suposto criminoso — ou os supostos criminosos — será sujeito aos competentes processos penais, disciplinares, ou outros.

Art. 11. Quando ficar provado que um ato de tortura, ou outro tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante foi cometido por ou mediante instigação de um funcionário público, serão dados à vítima desagravo e compensação, segundo a legislação nacional.

Art. 12. Qualquer declaração que tenha sido feita como resultado de tortura, ou outro tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante, não poderá ser invocada como prova contra a pessoa em causa, ou contra qualquer pessoa, em qualquer processo.

Código de Ética Médica

PREÂMBULO

I — O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.

II — As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III — Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV — A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao médico comunicar ao Conselho Regional de Medicina, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infringência do presente Código e das Normas que regulam o exercício da Medicina.

V — A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética, das autoridades da área de saúde e dos médicos em geral.

VI — Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei.

Capítulo I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1.º A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2.º O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3.º A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 4.º Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Art. 5.º O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 6.º O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade.

Art. 7.º O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Art. 8.º O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Art. 9.º A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art. 10. O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 11. O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Art. 12. O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 13. O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Art. 15. Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

Art. 16. Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Art. 17. O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional da Medicina.

Art. 18. As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Art. 19. O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II

DIREITOS DO MÉDICO

É direito do médico:

Art. 20. Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

Art. 21. Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art. 22. Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 23. Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Art. 24. Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 25. Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Art. 26. Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Art. 27. Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art. 28. Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 29. Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 30. Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 31. Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 32. Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato médico que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 33. Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

Art. 34. Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 35. Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 36. Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Art. 37. Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art. 38. Acumular-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 40. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 41. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 42. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

- Art. 43. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.
Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.
Art. 45. Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Capítulo IV DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

- Art. 46. Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.
Art. 47. Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.
Art. 48. Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.
Art. 49. Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.
Art. 50. Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, em relação à pessoa.
Art. 51. Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis consequências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.
Art. 52. Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.
Art. 53. Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.
Parágrafo único. Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.
Art. 54. Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos, ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.
Art. 55. Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

- Art. 56. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.
Art. 57. Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.
Art. 58. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.
Art. 59. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.
Art. 60. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.
Art. 61. Abandonar paciente sob seus cuidados.
§ 1.º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.
§ 2.º Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo, ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.
Art. 62. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.
Art. 63. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.
Art. 64. Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.
Art. 65. Aproveitar-se de situações decorrentes de relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.
Art. 66. Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.
Art. 67. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.
Art. 68. Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.
Art. 69. Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.
Art. 70. Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.
Art. 71. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado.

Capítulo VI DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

- Art. 72. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais do prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.
Art. 73. Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.
Art. 74. Retirar órgão de doador vivo quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.
Art. 75. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

Capítulo VII RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

- Art. 76. Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente na localidade.
Art. 77. Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.
Art. 78. Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.
Art. 79. Acobertar erro ou conduta antiética de outro médico.
Art. 80. Praticar concorrência desleal com outro médico.
Art. 81. Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.
Art. 82. Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.
Art. 83. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.
Art. 84. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.
Art. 85. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Capítulo VIII REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

- Art. 86. Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.
Art. 87. Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.
Art. 88. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.
Art. 89. Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.
Art. 90. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.
Art. 91. Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.
Art. 92. Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.
Art. 93. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições

públicas.

- Art. 94. Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.
- Art. 95. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.
- Art. 96. Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.
- Art. 97. Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.
- Art. 98. Exercer a profissão com intenção ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.
- Art. 99. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional.
- Art. 100. Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.
- Art. 101. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

Capítulo IX SEGREDO MÉDICO

É vedado ao médico:

- Art. 102. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.
- Parágrafo único. Permanece essa proibição:
- a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.
- b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.
- Art. 103. Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.
- Art. 104. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas, ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.
- Art. 105. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.
- Art. 106. Prestar às empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.
- Art. 107. Deixar de orientar seus familiares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.
- Art. 108. Facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, papéletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.
- Art. 109. Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X ATESTADO E BOLETIM MÉDICO

É vedado ao médico:

- Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique ou que não corresponda à verdade.
- Art. 111. Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.
- Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.
- Parágrafo único. O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.
- Art. 113. Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.
- Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.
- Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.
- Art. 116. Expedir boletim médico falso ou tendencioso.
- Art. 117. Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Capítulo XI PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

- Art. 118. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competências.
- Art. 119. Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.
- Art. 120. Ser perito de paciente seu, da pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.
- Art. 121. Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Capítulo XII PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

- Art. 122. Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.
- Art. 123. Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e consequências da pesquisa.
- Parágrafo único. Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.
- Art. 124. Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis consequências.
- Art. 125. Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.
- Art. 126. Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.
- Art. 127. Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.
- Art. 128. Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.
- Art. 129. Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.
- Art. 130. Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afeção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

Capítulo XIII PUBLICIDADE E TRABALHOS CIENTÍFICOS

É vedado ao médico:

- Art. 131. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.
- Art. 132. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.
- Art. 133. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.
- Art. 134. Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.
- Art. 135. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.
- Art. 136. Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.
- Art. 137. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.
- Art. 138. Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações, ou opiniões ainda não publicados.
- Art. 139. Apresentar como originais quaisquer ideias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.
- Art. 140. Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

Capítulo XIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 141. O médico portador de doença incapacitante para o exercício da Medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

Art. 142. O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 143. O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.

Art. 144. As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 145. O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética Médica (DOU, 11-1-1965), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM n. 1.154, de 13-4-1984) e demais disposições em contrário.

Código de Ética de Enfermagem

(Aprovado pela Resolução COFEN-9, de 4 de outubro de 1975.)

Capítulo I

DAS RESPONSABILIDADES FUNDAMENTAIS

Art. 1.º O enfermeiro presta assistência de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade, em situações que requerem medidas relacionadas com a promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, reabilitação de incapacitados, alívio do sofrimento e promoção de ambiente terapêutico, levando em consideração os diagnósticos e os planos de tratamento médico e de enfermagem.

Art. 2.º O enfermeiro zela pela provisão e manutenção de adequada assistência de enfermagem ao cliente.

Art. 3.º A responsabilidade do enfermeiro por falha cometida em seu trabalho não é diminuída pelo fato de ter sido este executado coletivamente ou em equipe.

Art. 4.º O enfermeiro programa e coordena todas as atividades de enfermagem que visam ao bem-estar do cliente.

Art. 5.º O enfermeiro avalia sua competência e somente aceita atribuição delegada, ou assume encargo, quando capaz de desempenho seguro para o cliente.

Art. 6.º O enfermeiro atualiza e amplia seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício do cliente e do desenvolvimento da profissão.

Art. 7.º O enfermeiro é responsável pelo aperfeiçoamento técnico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão.

Capítulo II

DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Art. 8.º São deveres de enfermeiro:

I — exercer sua atividade com zelo e probidade e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o princípio e as tradições da profissão;

II — manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção;

III — prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, respeitados a dignidade e os direitos da pessoa humana, independentemente de qualquer consideração relativa a etnia, nacionalidade, credo político, religião, sexo e condição socioeconômica e de modo a que a prioridade no atendimento obedeça exclusivamente a razões de urgência;

IV — respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física ou psíquica do ser humano;

V — respeitar os valores culturais e as crenças religiosas do cliente e zelar para que não lhe falte assistência espiritual;

VI — colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou grave crise social, sem pleitear vantagem pessoal;

VII — respeitar o natural pudor e a intimidade do cliente;

VIII — respeitar o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa e seu bem-estar;

IX — assumir seu papel na determinação de padrões desejáveis do ensino e do exercício da enfermagem;

X — cumprir os preceitos contidos neste Código e levar ao Conselho Regional de Enfermagem conhecimento de ato atentatório a qualquer de seus dispositivos.

Art. 9.º É proibido ao enfermeiro:

I — negar assistência de enfermagem, em caso de urgência;

II — abandonar o cliente em meio a tratamento, sem a garantia de continuidade de assistência, salvo em caso de absoluta força maior;

III — acumpliciar-se por qualquer forma, com pessoa que exerça ilegalmente atividade de enfermagem;

IV — prescrever medicamentos ou praticar ato cirúrgico, exceto nas hipóteses previstas na legislação vigente e em caso de extrema urgência;

V — administrar terapêutica e colaborar em intervenção cirúrgica ou tratamento, quando:

a) desnecessário;

b) proibido pela moral ou por lei;

c) praticado sem o consentimento do cliente ou, quando se tratar de menor ou incapaz, de seu representante legal ou responsável;

VI — provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação;

VII — promover a eutanásia, ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente;

VIII — realizar, ou participar da realização de pesquisa em que direito inalienável do homem seja desrespeitado, ou acarrete perigo de vida ou dano a sua saúde física ou mental;

IX — realizar, ou participar da realização de pesquisa que envolva menor ou incapaz, sem observância às disposições legais pertinentes;

X — emprestar seu nome para propaganda de medicamento ou outro produto farmacêutico, tratamento, instrumental ou equipamento hospitalar, ou publicidade de empresa industrial ou comercial com atuação nesses ramos;

XI — permitir que seu nome conste do quadro de pessoal de hospital, casa de saúde, ambulatório, escola, curso, empresa ou estabelecimento congênere, sem nele exercer as funções de enfermagem pressupostas;

XII — receber, de laboratório, entidade de assistência à saúde ou estabelecimento congênere e de empresa industrial ou comercial, comissão, remuneração ou vantagem que não corresponda a serviço efetivamente prestado;

XIII — receber outras vantagens, de instituição ou de cliente, além do que lhe é devido em razão de contrato ou exercício de cargo, função ou empregos;

XIV — prestar serviço de enfermagem gratuito ou a preço ínfimo, salvo a pessoa reconhecidamente carente de recurso, ou a instituição filantrópica que, a critério do Conselho Regional de Enfermagem, não tenha condição de remunerá-lo adequadamente;

XV — trabalhar em entidade onde sejam desrespeitados princípios éticos, ou inexistam condições que assegurem adequada assistência de enfermagem, ou colaborar com essa entidade;

XVI — delegar suas atribuições privativas, salvo em caso de absoluta força maior;

XVII — permitir que trabalho por ele executado seja assinado por outro profissional, bem como assinar trabalho que não executou;

XVIII — administrar medicamento sem indicação do nome ou fórmula, ou identificado apenas por número ou código, sem certificar-se, antes, da natureza das drogas que o compõem e da ausência de risco para o cliente.

Art. 10. O enfermeiro faz o diagnóstico das necessidades de enfermagem, do cliente, a fim de elaborar o plano de cuidados correspondente.

Art. 11. O enfermeiro reprova quem infringe postulado ético ou dispositivo legal e notifica o Serviço de Enfermagem da instituição e, em última instância, o Conselho Regional de Enfermagem, de intervenção cirúrgica ilícita de que tome conhecimento.

Art. 12. O enfermeiro protege o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência, omissão ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde, alertando o profissional faltoso e, em última instância, recorrendo à chefia imediata, a fim de que sejam tomadas medidas para salvaguardar a segurança e o conforto do cliente.

Art. 13. O enfermeiro comunica ao Conselho Regional de Enfermagem recusa ou demissão de cargo, função ou emprego, motivada pela necessidade de preservar os legítimos interesses da profissão.

Art. 14. O enfermeiro executa as prescrições médicas e de enfermagem, exceto quando contrárias à ética profissional, à moral, ou à segurança do cliente.

Art. 15. O enfermeiro zela para que o prontuário do cliente permaneça fora do alcance de estranhos à equipe de saúde da instituição.

Art. 16. O enfermeiro mantém em segurança os entorpecentes e outras substâncias determinantes de dependência física ou psíquica que estejam sob sua guarda e responsabilidade, zelando pelo cumprimento das exigências legais a eles pertinentes.

Art. 17. O enfermeiro tem direito a justa remuneração por seu trabalho.

Art. 18. O enfermeiro é pontual no cumprimento das obrigações financeiras inerentes ao exercício da profissão.

Capítulo III

DO ENFERMEIRO PERANTE A CLASSE

Art. 19. O enfermeiro, por sua atuação nos órgãos da Classe, participa da determinação de condições justas de trabalho para a equipe de enfermagem.

Art. 20. É dever do enfermeiro:

I — pertencer, no mínimo, a uma entidade de Classe da jurisdição onde exerce sua atividade profissional;

II — apoiar as iniciativas que visam ao aprimoramento cultural e à defesa dos legítimos interesses da Classe.

Capítulo IV

DO ENFERMEIRO PERANTE OS COLEGAS E
DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE

- Art. 21. O enfermeiro trata os colegas e outros profissionais com respeito e cortesia.
Art. 22. O enfermeiro desempenha com exatidão sua parte no trabalho conjunto.
Art. 23. O enfermeiro participa de programas de assistência à comunidade, em âmbito nacional e internacional.
Art. 24. É proibido ao enfermeiro:

- I — prestar ao cliente serviço que, por sua natureza, incumbe a outro profissional, salvo em caso de urgência, epidemia, guerra, calamidade pública ou grave crise social;
II — ser conivente, ainda que a título de solidariedade, com crime, contravenção penal, ou ato praticado por colega, que infrinja postulado ético profissional;
III — pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, bem como praticar outros atos de concorrência desleal;
IV — aceitar, sem anuência do Conselho Regional de Enfermagem, cargo, função ou emprego vago pela razão prevista no art. 13;
V — criticar, depreciativamente, colega ou outro membro da equipe de saúde, a entidade onde trabalha ou outra instituição de assistência à saúde.

Capítulo V
DISPOSIÇÕES GERAIS

- Art. 25. Aos infratores deste Código são aplicadas as penas previstas no art. 18 da Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973.
Art. 26. As disposições contidas neste Código aplicam-se, também, no que couber, ao pessoal das outras categorias compreendidas nos serviços de enfermagem.
Art. 27. Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.
Art. 28. Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por iniciativa própria ou mediante proposta de Conselho Regional.

Código de Ética Odontológica

(Aprovado pela Resolução CFO-42, de 20 de maio de 2003.)

Capítulo I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1.º O Código de Ética Odontológica regula os direitos e deveres dos profissionais, das entidades e das operadoras de planos de saúde, com inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas.

Parágrafo único. As normas éticas deste Código devem ser seguidas pelos cirurgiões--dentistas, pelos profissionais de categorias auxiliares reconhecidas pelo CFO, independentemente da função ou cargo que ocupem, bem como pelas pessoas jurídicas.

Art. 2.º A Odontologia é uma profissão que se exerce, em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto.

Capítulo II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Art. 3.º Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

- I — diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional;
II — resguardar o segredo profissional;
III — contratar serviços profissionais de acordo com os preceitos deste Código;
IV — recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres;
V — direito de renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos tem o profissional o dever de comunicar previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade do tratamento e fornecendo todas as informações necessárias ao cirurgião-dentista que lhe suceder;
VI — recusar qualquer disposição estatutária ou regimental de instituição pública ou privada que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício ou à livre escolha do paciente.

Capítulo III
DOS DEVERES FUNDAMENTAIS

Art. 4.º A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao cirurgião-dentista e demais inscritos comunicar ao CRO, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e caracterizem possível infringência do presente Código e das normas que regulam o exercício da Odontologia.

Art. 5.º Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia:

- I — zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão;
II — assegurar as condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Odontologia, quando investido em função de direção ou responsável técnico;
III — exercer a profissão mantendo comportamento digno;
IV — manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional;
V — zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;
VI — guardar segredo profissional;
VII — promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado;
VIII — elaborar e manter atualizados os prontuários de pacientes, conservando-os em arquivo próprio;
X — apontar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas para o exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes;
XI — abster-se da prática de atos que impliquem mercantilização da Odontologia ou sua má conceituação;
XII — assumir responsabilidade pelos atos praticados;
XIII — resguardar sempre a privacidade do paciente;
XIV — não manter vínculo com entidade, empresas ou outros desígnios que os caracterizem como empregado, credenciado ou cooperado quando as mesmas se encontrarem em situação ilegal, irregular ou inidônea;
XV — comunicar aos Conselhos Regionais sobre atividades que caracterizem o exercício ilegal da Odontologia e que sejam de seu conhecimento;
XVI — garantir ao paciente ou seu responsável legal, acesso a seu prontuário, sempre que for expressamente solicitado, podendo conceder cópia do documento, mediante recibo de entrega;
XVII — registrar, os procedimentos técnico-laboratoriais efetuados, mantendo-os em arquivo próprio, quando técnico em prótese-dentária.

Capítulo IV
DAS AUDITORIAS PERÍCIAS ODONTOLÓGICAS

Art. 6.º Constitui infração ética:

- I — deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência;
II — intervir, quando na qualidade de perito ou auditor, nos atos de outro profissional, ou fazer qualquer apreciação na presença do examinado, reservando suas observações, sempre fundamentadas, para o relatório sigiloso e lacrado, que deve ser encaminhado a quem de direito;
III — acumular as funções de perito/auditor e procedimentos terapêuticos odontológicos na mesma entidade prestadora de serviços odontológicos;
IV — prestar serviços de auditoria a empresas não inscritas no CRO da jurisdição em que estiver exercendo suas atividades.

Capítulo V
DO RELACIONAMENTO

Seção I
Com o paciente

Art. 7.º Constitui infração ética:

- I — discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto;
II — aproveitar-se de situações decorrentes da relação profissional/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política;
III — exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica;
IV — deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento;

- V — executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado;
- VI — abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e indicado substituto;
- VII — deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro cirurgião-dentista em condições de fazê-lo;
- VIII — iniciar tratamento de menores sem a autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto em casos de urgência ou emergência;
- IX — desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente;
- X — adotar novas técnicas ou materiais que não tenham efetiva comprovação científica;
- XI — fornecer atestado que não corresponda à veracidade dos fatos ou dos quais não tenha participado;
- XII — iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência.

Seção II

Com a equipe de saúde

Art. 8.º No relacionamento entre os membros da equipe de saúde serão mantidos o respeito, a lealdade e a colaboração técnico-científica.

Art. 9.º Constitui infração ética:

- I — desviar paciente de colega;
- II — assumir emprego ou função sucedendo o profissional demitido ou afastado em represália por atitude de defesa de movimento legítimo da categoria ou da aplicação deste Código;
- III — praticar ou permitir que se pratique concorrência desleal;
- IV — ser conivente em erros técnicos ou infrações éticas, ou com o exercício irregular ou ilegal da Odontologia;
- V — negar, injustificadamente, colaboração técnica de emergência ou serviços profissionais a colega;
- VI — criticar erro técnico-científico de colega ausente, salvo por meio de representação ao Conselho Regional;
- VII — explorar colega nas relações de emprego ou quando compartilhar honorários;
- VIII — ceder consultório ou laboratório, sem a observância da legislação pertinente;
- IX — utilizar-se de serviços prestados por profissionais não habilitados legalmente ou por profissionais da área odontológica, não regularmente inscritos no Conselho Regional de sua jurisdição.

Capítulo VI

DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 10. Constitui infração ética:

- I — revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão;
- II — negligenciar na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional;
- III — fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos odontológicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações legais, salvo se autorizado pelo paciente ou responsável.

§ 1.º Compreende-se como justa causa, principalmente:

- a) notificação compulsória de doença;
- b) colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;
- c) perícia odontológica nos seus exatos limites;
- d) estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos;
- e) revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

§ 2.º Não constitui quebra de sigilo profissional a declinação do tratamento empreendido, na cobrança judicial de honorários profissionais.

Capítulo VII

DOS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

Art. 11. Na fixação dos honorários profissionais, serão considerados:

- I — a condição socioeconômica do paciente e da comunidade;
- II — o conceito do profissional;
- III — o costume do lugar;
- IV — a complexidade do caso;
- V — o tempo utilizado no atendimento;
- VI — o caráter de permanência, temporariedade ou eventualidade do trabalho;
- VII — a circunstância em que tenha sido prestado o tratamento;
- VIII — a cooperação do paciente durante o tratamento;
- IX — o custo operacional.

Art. 12. Constitui infração ética:

- I — oferecer serviços gratuitos a quem possa remunerá-los adequadamente;
- II — oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza;
- III — receber ou dar gratificação por encaminhamento de paciente;
- IV — instituir cobrança através de procedimento mercantilista;
- V — abusar da confiança do paciente submetendo-o a tratamento de custo inesperado;
- VI — receber ou cobrar honorários complementares de paciente atendido em instituições públicas;
- VII — receber ou cobrar remuneração adicional de paciente atendido sob convênio ou contrato;
- VIII — agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, paciente de instituição pública ou privada, para clínica particular.

Art. 13. O cirurgião-dentista deve evitar o avitamento, ou submeter-se a tal situação inclusive por parte de convênios e credenciamentos, de valores dos serviços profissionais, não os fixando de forma irrisória ou inferior aos valores referenciais para procedimentos odontológicos.

Capítulo VIII

DAS ESPECIALIDADES

Art. 14. O exercício e o anúncio das especialidades em Odontologia obedecerão ao disposto neste capítulo e às normas do Conselho Federal.

Art. 15. O especialista, atendendo a paciente encaminhado por cirurgião-dentista, atuará somente na área de sua especialidade.

Parágrafo único. Após o atendimento, o paciente será, com os informes pertinentes, restituído ao cirurgião-dentista que o encaminhou.

Art. 16. É vedado intitular-se especialista sem inscrição da especialidade no Conselho Regional.

Art. 17. Para fins de diagnóstico e tratamento o especialista poderá conferenciar com outros profissionais.

Capítulo IX

DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Art. 18. Compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições.

Art. 19. As atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normas do Conselho Federal.

Art. 20. Constitui infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia.

Capítulo X

DAS ENTIDADES COM ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA

Art. 21. Aplicam-se as disposições deste Código de Ética e as normas dos Conselhos de Odontologia a todos aqueles que exerçam a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam pessoas físicas ou jurídicas, clínicas, policlínicas, cooperativas, planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamento, administradoras, intermediadoras, seguradoras de saúde, ou quaisquer outras entidades.

Art. 22. Os profissionais inscritos, quando proprietários, ou o responsável técnico responderão solidariamente com o infrator pelas infrações éticas cometidas.

Art. 23. As entidades mencionadas no art. 21 ficam obrigadas a:

- I — indicar um responsável técnico de acordo com as normas do Conselho Federal, bem como respeitar as orientações éticas fornecidas pelo mesmo;
- II — manter a qualidade técnico-científica dos trabalhos realizados;
- III — propiciar ao profissional condições adequadas de instalações, recursos materiais, humanos e tecnológicos definidas pelo Conselho Federal de Odontologia, as quais garantam o seu desempenho pleno e seguro, exceto em condições de emergência ou iminente perigo de vida;
- IV — manter auditorias odontológicas constantes, através de profissionais capacitados;

V — restringir-se à elaboração de planos ou programas de saúde bucal que tenham respaldo técnico, administrativo e financeiro;

V — manter os usuários informados sobre os recursos disponíveis para atendê-los.

Art. 24. Constitui infração ética:

I — apregoar vantagens irreais visando a estabelecer concorrência com entidades congêneres;

II — oferecer tratamento abaixo dos padrões de qualidade recomendáveis.

III — executar e anunciar trabalho gratuito ou com desconto com finalidade de aliciamento;

IV — anunciar especialidades sem as respectivas inscrições de especialistas no Conselho Regional;

V — valer-se do poder econômico visando a estabelecer concorrência desleal com entidades congêneres ou profissionais individualmente;

VI — deixar de manter os usuários informados sobre os recursos disponíveis para o atendimento e de responder às reclamações dos mesmos;

VII — deixar de prestar os serviços ajustados no contrato;

VIII — oferecer serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza;

IX — elaborar planos de tratamento para serem executados por terceiros;

X — prestar assistência e serviços odontológicos a empresas não inscritas nos Conselhos Regionais.

Capítulo XI

DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Art. 25. Ao responsável técnico cabe a fiscalização técnica e ética da empresa pela qual é responsável, devendo orientá-la, por escrito, inclusive sobre as técnicas de propaganda utilizadas. Parágrafo único. É dever do responsável-técnico primar pela fiel aplicação deste Código na entidade em que trabalha.

Capítulo XII

DO MAGISTÉRIO

Art. 26. No exercício do magistério, o profissional inscrito exaltar os princípios éticos e promoverá a divulgação deste Código.

Art. 27. Constitui infração ética:

I — utilizar-se do paciente e/ou do aluno de forma abusiva em aula ou pesquisa;

II — eximir-se de responsabilidade nos trabalhos executados em pacientes pelos alunos;

III — utilizar-se da influência do cargo para aliciamento e/ou encaminhamento de pacientes para clínica particular;

IV — participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos;

V — utilizar-se de material didático de outrem, sem as devidas anuência e autorização.

Capítulo XIII

DAS ENTIDADES DA CLASSE

Art. 28. Compete às entidades da classe, através de seu presidente, fazer as comunicações pertinentes que sejam de indiscutível interesse público.

Parágrafo único. Esta atribuição poderá ser delegada, sem prejuízo da responsabilidade solidária do titular.

Art. 29. Cabe ao presidente e ao infrator a responsabilidade pelas infrações éticas cometidas em nome da entidade.

Art. 30. Constitui infração ética:

I — servir-se da entidade para promoção própria, ou obtenção de vantagens pessoais;

II — prejudicar moral ou materialmente a entidade;

III — usar o nome da entidade para promoção de produtos comerciais sem que os mesmos tenham sido testados e comprovada sua eficácia na forma da Lei;

IV — desrespeitar entidade, injuriar ou difamar os seus diretores.

Capítulo XIV

DA COMUNICAÇÃO

Art. 31. A comunicação e a divulgação em Odontologia obedecerão ao disposto neste Código.

§ 1.º É vedado aos profissionais auxiliares, como os técnicos em prótese dentária, atendente de consultório dentário, técnico em higiene dental, auxiliar de prótese dentária, bem como aos laboratórios de prótese dentária, bem como aos laboratórios de prótese dentária fazer anúncios, propagandas ou publicidade dirigida ao público em geral.

§ 2.º Aos profissionais citados no § 1.º serão permitidas propagandas em revistas, jornais ou folhetos especializados, desde que dirigidas aos cirurgiões-dentistas, e acompanhadas do nome do profissional ou do nome do profissional ou do laboratório, do seu responsável técnico e do número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia.

Seção I

Do anúncio, da propaganda e da publicidade

Art. 32. Os anúncios, a propaganda e a publicidade poderão ser feitos desde que obedecidos os preceitos deste Código como da veracidade, da decência, da respeitabilidade e da honestidade.

Art. 33. Na comunicação e divulgação é obrigatório constar o nome e o número de inscrição da pessoa física ou jurídica, bem como o nome representativo da profissão de cirurgião-dentista e também das demais profissões auxiliares regulamentadas. No caso de pessoas jurídicas, também o nome o número de inscrição do responsável técnico.

§ 1.º Poderão ainda constar na comunicação e divulgação:

I — áreas de atuação, procedimentos e técnicas de tratamento, desde que, precedidos do título da especialidade registrada no CRO ou qualificação profissional de clínico geral. Áreas de atuação são procedimentos pertinentes às especialidades reconhecidas pelo CFO;

II — as especialidades nas quais o cirurgião-dentista esteja inscrito no CRO;

III — os títulos de formação acadêmica *stricto sensu* e do magistério relativos à profissão;

IV — endereço, telefone, fax, endereço eletrônico, horário de trabalho, convênios, credenciamentos e atendimento domiciliar;

V — logomarca e/ou logotipo;

VI — a expressão “CLÍNICO GERAL”, pelos profissionais que exerçam atividades pertinentes à Odontologia decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso de graduação ou em cursos de pós-graduação.

§ 2.º No caso de pessoa jurídica quando forem referidas ou ilustradas especialidades, deverão possuir a seu serviço profissional inscrito no CRO nas especialidades anunciadas, devendo, ainda, ser disponibilizada ao público a relação destes profissionais com suas qualificações, bem como os clínicos gerais com suas respectivas áreas de atuação, quando houver.

Art. 34. Constitui infração ética:

I — anunciar preços, serviços gratuitos e modalidades de pagamento, ou outras formas de comercialização que signifiquem competição desleal ou que contrariem o disposto neste Código;

II — anunciar ou divulgar títulos, qualificações, especialidades que não possua ou que não seja reconhecida pelo CFO;

III — anunciar ou divulgar técnicas, terapias de tratamento, área de atuação, que não estejam devidamente comprovadas cientificamente, assim como instalações e equipamentos que não tenham seu registro validado pelos órgãos competentes;

IV — criticar técnicas utilizadas por outros profissionais como sendo inadequadas ou ultrapassadas;

V — dar consulta, diagnóstico ou prescrição de tratamento por meio de qualquer veículo de comunicação de massa, bem como permitir que sua participação na divulgação de assuntos odontológicos deixe de ter caráter exclusivo de esclarecimento e educação da coletividade;

VI — divulgar nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o paciente, a não ser com seu consentimento livre e esclarecido, ou de seu responsável legal, observadas as demais previsões deste Código e legislação pertinente;

VII — aliciar pacientes, praticando ou permitindo a oferta de serviços através de informação ou anúncio falso, irregular, ilícito ou imoral, com o intuito de atrair clientela, ou outros atos que caracterizem concorrência desleal ou aviltamento da profissão;

VIII — induzir a opinião pública a acreditar que exista reserva de atuação em Odontologia;

IX — divulgar ou permitir que sejam divulgadas publicamente observações desabonadoras sobre a atuação clínica ou qualquer manifestação negativa à atuação de outro profissional;

X — oferecer trabalho gratuito com intenção de autopromoção ou promover campanhas políticas oferecendo trocas de favores;

XI — anunciar serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza, bem como oferecer prêmios pela utilização dos serviços prestados;

XII — provocar direta ou indiretamente, através de anúncio ou propaganda, a poluição do ambiente;

XIII — realizar propaganda de forma abusiva ou enganosa;

XIV — expor ao público leigo artifícios de propaganda, com o intuito de granjear clientela, especialmente a utilização de expressões antes e depois.

Art. 35. Caracteriza infração ética se beneficiar de propaganda irregular ou em desacordo com o previsto neste capítulo, ainda que aquele sujeito às normas deste Código de ética não tenha sido responsável direto pela veiculação da publicidade.

Art. 36. Aplicam-se, também, as normas deste capítulo a todos aqueles que exerçam a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam pessoas físicas ou jurídicas, clínicas, policlínicas, operadoras de planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamentos ou quaisquer outras entidades.

Seção II

Da entrevista

Art. 37. O profissional inscrito poderá utilizar-se de meios de comunicação para conceder entrevistas ou palestras públicas sobre assuntos odontológicos de sua atribuição, com finalidade de esclarecimento e educação no interesse da coletividade, sem que haja autopromoção ou sensacionalismo, preservando sempre o decoro da profissão.

Seção III Da publicação científica

Art. 38. Constitui infração ética:

- I — aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome na coautoria de obra científica;
- II — apresentar como sua, no todo ou em parte, obra científica de outrem, ainda que não publicada;
- III — publicar, sem autorização por escrito, elemento que identifique o paciente preservando a sua privacidade;
- IV — utilizar-se, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões coletadas em partes publicadas ou não de sua obra;
- V — divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente;
- VI — falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação;
- VII — publicar pesquisa em animais e seres humanos sem submetê-la a avaliação prévia do comitê de ética e pesquisa em animais.

Capítulo XV DA PESQUISA CIENTÍFICA

Art. 39. Constitui infração ética:

- I — desatender às normas do órgão competente e à legislação sobre pesquisa em saúde;
- II — utilizar-se de animais de experimentação sem objetivos claros e honestos de enriquecer os horizontes do conhecimento odontológico e, consequentemente, de ampliar os benefícios à sociedade;
- III — desrespeitar as limitações legais da profissão nos casos de experiência *in anima nobili*;
- IV — infringir a legislação que regula os transplantes de órgãos e tecidos *post-mortem* e do “próprio corpo vivo”;
- VI — realizar pesquisa em ser humano sem que este ou seu responsável, ou representante legal, tenha dado consentimento, livre e esclarecido, por escrito, sobre a natureza das consequências da pesquisa;
- VIII — usar, experimentalmente, sem autorização da autoridade competente, e sem o conhecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no país;
- VIII — manipular dados da pesquisa em benefício próprio ou de empresas e/ou instituições.

Capítulo XVI DAS PENAS E SUAS APLICAÇÕES

Art. 40. Os preceitos deste Código são de observância obrigatória e sua violação sujeitará o infrator e quem, de qualquer modo, com ele concorrer para a infração, ainda que de forma omissa, às seguintes penas previstas no artigo 18 da Lei n. 4.324, de 14 de abril de 1964:

- I — advertência confidencial, em aviso reservado;
- II — censura confidencial, em aviso reservado;
- III — censura pública, em publicação oficial;
- IV — suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
- V — cassação do exercício profissional *ad referendum* do Conselho Federal.

Art. 41. Salvo nos casos de manifesta gravidade e que exijam aplicação imediata de penalidade mais grave, a imposição das penas obedecerá à gradação do artigo anterior.

Parágrafo único. Avalia-se a gravidade pela extensão do dano e por suas consequências.

Art. 42. Considera-se de manifesta gravidade, principalmente:

- I — imputar a alguém conduta antiética de que o saiba inocente, dando causa a instauração de processo ético;
- II — acobertar ou ensejar o exercício ilegal ou irregular da profissão;
- III — exercer, após ter sido alertado, atividade odontológica em entidade ilegal, inidônea ou irregular;
- IV — ocupar cargo cujo profissional dele tenha sido afastado por motivo de movimento classista;
- V — exercer ato privativo de cirurgião-dentista, sem estar para isso legalmente habilitado;
- VI — manter atividade profissional durante a vigência de penalidade suspensiva;
- VII — praticar ou ensejar atividade indigna.

Art. 43. A alegação de ignorância ou a má compreensão dos preceitos deste Código não exime de penalidade o infrator.

Art. 44. São circunstâncias que podem atenuar a pena:

- I — não ter sido antes condenado por infração ética;
- II — ter reparado ou minorado o dano.

Art. 45. Além das penas disciplinares previstas, também poderá ser aplicada pena pecuniária a ser fixada pelo Conselho Regional, arbitrada entre 1 (uma) e 25 (vinte e cinco) vezes o valor da anuidade.

Parágrafo único. Em caso de reincidência, a pena de multa será aplicada em dobro.

Capítulo XVII DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. O profissional condenado por infração ética a pena prevista no artigo 40 deste Código, poderá ser objeto de reabilitação, na forma prevista no Código de Processo Ético Odontológico.

Art. 47. As alterações deste Código são da competência exclusiva do Conselho Federal, ouvidos os Conselhos Regionais.

Art. 48. Este Código entrará em vigor, na data de sua publicação no Diário Oficial.

Código de Ética e Disciplina da OAB

TÍTULO I DA ÉTICA DO ADVOGADO

Capítulo I DAS REGRAS DEONTOLÓGICAS FUNDAMENTAIS

Art. 1.º O exercício da advocacia exige conduta compatível com os preceitos deste Código, do Estatuto, do Regulamento Geral, dos Provimentos e com os demais princípios da moral individual, social e profissional.

Art. 2.º O advogado, indispensável à administração da Justiça, é defensor do estado democrático de direito, da cidadania, da moralidade pública, da Justiça e da paz social, subordinando a atividade do seu Ministério Privado à elevada função pública que exerce.

Parágrafo único. São deveres do advogado:

- I — preservar, em sua conduta, a honra, a nobreza e a dignidade da profissão, zelando pelo seu caráter de essencialidade e indispensabilidade;
- II — atuar com destemor, independência, honestidade, decoro, veracidade, lealdade, dignidade e boa-fé;
- III — velar por sua reputação pessoal e profissional;
- IV — empenhar-se, permanentemente, em seu aperfeiçoamento pessoal e profissional;
- V — contribuir para o aprimoramento das instituições, do Direito e das leis;
- VI — estimular a conciliação entre os litigantes, prevenindo, sempre que possível, a instauração de litígios;
- VII — aconselhar o cliente a não ingressar em aventura judicial;
- VIII — abster-se de:

- a) utilizar de influência indevida, em seu benefício ou do cliente;
- b) patrocinar interesses ligados a outras atividades estranhas à advocacia, em que também atue;
- c) vincular o seu nome a empreendimentos de cunho manifestamente duvidoso;
- d) emprestar concurso aos que atentem contra a ética, a moral, a honestidade e a dignidade da pessoa humana;
- e) entender-se diretamente com a parte adversa que tenha patrono constituído, sem o assentimento deste.

IX — pugnar pela solução dos problemas da cidadania e pela efetivação dos seus direitos individuais, coletivos e difusos, no âmbito da comunidade.

Art. 3.º O advogado deve ter consciência de que o Direito é um meio de mitigar as desigualdades para o encontro de soluções justas e que a lei é um instrumento para garantir a igualdade de todos.

Art. 4.º O advogado vinculado ao cliente ou constituinte, mediante relação empregatícia ou por contrato de prestação permanente de serviços, integrante de departamento jurídico, ou órgão de assessoria jurídica, público ou privado, deve zelar pela sua liberdade e independência.

Parágrafo único. É legítima a recusa, pelo advogado, do patrocínio de pretensão concernente a lei ou direito que também lhe seja aplicável, ou contrarie expressa orientação sua, manifestada anteriormente.

Art. 5.º O exercício da advocacia é incompatível com qualquer procedimento de mercantilização.

Art. 6.º É defeso ao advogado expor os fatos em Juízo falseando deliberadamente a verdade ou estribando-se na má-fé.

Art. 7.º É vedado o oferecimento de serviços profissionais que impliquem, direta ou indiretamente, inculcação ou captação de clientela.

Capítulo II DAS RELAÇÕES COM O CLIENTE

Art. 8.º O advogado deve informar o cliente, de forma clara e inequívoca, quanto a eventuais riscos da sua pretensão, e das consequências que poderão advir da demanda.

Art. 9.º A conclusão ou assistência da causa, com ou sem a extinção do mandato, obriga o advogado à devolução de bens, valores e documentos recebidos no exercício do mandato, e à pormenorizada prestação de contas, não excluindo outras prestações solicitadas, pelo cliente, a qualquer momento.

Art. 10. Concluída a causa ou arquivado o processo, presumem-se o cumprimento e a cessação do mandato.

Art. 11. O advogado não deve aceitar procuração de quem já tenha patrono constituído, sem prévio conhecimento deste, salvo por motivo justo ou para adoção de medidas judiciais urgentes e inadiáveis.

Art. 12. O advogado não deve deixar ao abandono ou ao desamparo os feitos, sem motivo justo e comprovada ciência do constituinte.

Art. 13. A renúncia ao patrocínio implica omissão do motivo e a continuidade da responsabilidade profissional do advogado ou escritório de advocacia, durante o prazo estabelecido em lei; não exclui, todavia, a responsabilidade pelos danos causados dolosa ou culposamente aos clientes ou a terceiros.

Art. 14. A revogação do mandato judicial por vontade do cliente não o desobriga do pagamento das verbas honorárias contratadas, bem como não retira o direito do advogado de receber o quanto lhe seja devido em eventual verba honorária de sucumbência, calculada proporcionalmente, em face do serviço efetivamente prestado.

Art. 15. O mandato judicial ou extrajudicial deve ser outorgado individualmente aos advogados que integrem sociedade de que façam parte, e será exercido no interesse do cliente, respeitada a liberdade de defesa.

Art. 16. O mandato judicial ou extrajudicial não se extingue pelo decurso de tempo, desde que permaneça a confiança recíproca entre o outorgante e o seu patrono no interesse da causa.

Art. 17. Os advogados integrantes da mesma sociedade profissional, ou reunidos em caráter permanente para cooperação recíproca, não podem representar em juízo clientes com interesses opostos.

Art. 18. Sobrevindo conflitos de interesse entre seus constituintes, e não estando acordes os interessados, com a devida prudência e discernimento, optará o advogado por um dos mandatos, renunciando aos demais, resguardado o sigilo profissional.

Art. 19. O advogado, ao postular em nome de terceiros, contra ex-cliente ou ex-empregador, judicial e extrajudicialmente, deve resguardar o segredo profissional e as informações reservadas ou privilegiadas que lhe tenham sido confiadas.

Art. 20. O advogado deve abster-se de patrocinar causa contrária à ética, à moral ou à validade de ato jurídico em que tenha colaborado, orientado ou conhecido em consulta; da mesma forma, deve declinar seu impedimento ético quando tenha sido convidado pela outra parte, se esta lhe houver revelado segredos ou obtido seu parecer.

Art. 21. É direito e dever do advogado assumir a defesa criminal, sem considerar sua própria opinião sobre a culpa do acusado.

Art. 22. O advogado não é obrigado a aceitar a imposição de seu cliente que pretenda ver com ele atuando outros advogados, nem aceitar a indicação de outro profissional para com ele trabalhar no processo.

Art. 23. É defeso ao advogado funcionar no mesmo processo, simultaneamente, como patrono e preposto do empregador ou cliente.

Art. 24. O substabelecimento do mandato, com reserva de poderes, é ato pessoal do advogado da causa.

§ 1.º O substabelecimento do mandato sem reservas de poderes exige o prévio e inequívoco conhecimento do cliente.

§ 2.º O substabelecimento com reserva de poderes deve ajustar antecipadamente seus honorários com o substabelecido.

Capítulo III DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 25. O sigilo profissional é inerente à profissão, impondo-se o seu respeito, salvo grave ameaça ao direito à vida, à honra, ou quando o advogado se veja afrontado pelo próprio cliente e, em defesa própria, tenha que revelar segredo, porém sempre restrito ao interesse da causa.

Art. 26. O advogado deve guardar sigilo, mesmo em depoimento judicial, sobre o que saiba em razão de seu ofício, cabendo-lhe recusar-se a depor como testemunha em processo no qual funcionou ou deva funcionar, ou sobre fato relacionado com pessoa de quem seja ou tenha sido advogado, mesmo que autorizado ou solicitado pelo constituinte.

Art. 27. As confidências feitas ao advogado pelo cliente podem ser utilizadas nos limites da necessidade da defesa, desde que autorizado aquele pelo constituinte.

Parágrafo único. Presumem-se confidenciais as comunicações epistolares entre advogado e cliente, as quais não podem ser reveladas a terceiros.

Capítulo IV DA PUBLICIDADE

Art. 28. O advogado pode anunciar os seus serviços profissionais, individual ou coletivamente, com discrição e moderação, para finalidade exclusivamente informativa, vedada a divulgação em conjunto com outra atividade.

Art. 29. O anúncio deve mencionar o nome completo do advogado e o número da inscrição na OAB, podendo fazer referência a títulos ou qualificações profissionais, especialização técnico-científica e associações culturais e científicas, endereços, horário do expediente e meios de comunicação, vedadas a sua veiculação pelo rádio e televisão e a denominação de fantasia.

§ 1.º Títulos ou qualificações profissionais são os relativos à profissão de advogado, conferidos por universidades ou instituições de ensino superior, reconhecidas.

§ 2.º Especialidades são os ramos do Direito, assim entendidos pelos doutrinadores ou legalmente reconhecidos.

§ 3.º Correspondências, comunicados e publicações, versando sobre constituição, colaboração, composição e qualificação de componentes de escritório e especificação de especialidades profissionais, bem como boletins informativos e comentários sobre legislação, somente podem ser fornecidos a colegas, clientes, ou pessoas que os solicitem ou os autorizem previamente.

§ 4.º O anúncio de advogado não deve mencionar, direta ou indiretamente, qualquer cargo, função pública ou relação de emprego e patrocínio que tenha exercido, passível de captar clientela.

§ 5.º O uso das expressões “escritório de advocacia” ou “sociedade de advogados” deve estar acompanhado da indicação de número de registro na OAB ou do nome e do número de inscrição dos advogados que o integrem.

§ 6.º O anúncio, no Brasil, deve adotar o idioma português, e, quando em idioma estrangeiro, deve estar acompanhado da respectiva tradução.

Art. 30. O anúncio sob a forma de placas, na sede profissional ou na residência do advogado, deve observar discrição quanto ao conteúdo, forma e dimensões, sem qualquer aspecto mercantilista, vedada a utilização de “outdoor” ou equivalente.

Art. 31. O anúncio não deve conter fotografias, ilustrações, cores, figuras, desenhos, logotipos, marcas ou símbolos incompatíveis com a sobriedade da advocacia, sendo proibido o uso dos símbolos oficiais e dos que sejam utilizados pela Ordem dos Advogados do Brasil.

§ 1.º São vedadas referências a valores dos serviços, tabelas, gratuidade ou forma de pagamento, termos ou expressões que possam iludir ou confundir o público, informações de serviços jurídicos suscetíveis de implicar, direta ou indiretamente, captação de causa ou clientes, bem como menção ao tamanho, qualidade e estrutura da sede profissional.

§ 2.º Considera-se imoderado o anúncio profissional do advogado mediante remessa de correspondência a uma coletividade, salvo para comunicar a clientes e colegas a instalação ou mudança de endereço, a indicação expressa do seu nome e escritório em partes externas de veículo, ou a inserção de seu nome em anúncio relativo a outras atividades não advocatícias, faça delas parte ou não.

Art. 32. O advogado que eventualmente participar de programa de televisão ou de rádio, de entrevista na imprensa, de reportagem televisada ou de qualquer outro meio, para manifestação profissional, deve visar a objetivos exclusivamente ilustrativos, educacionais e instrutivos, sem propósito de promoção pessoal ou profissional, vedados pronunciamentos sobre métodos de trabalho usados por seus colegas de profissão.

Parágrafo único. Quando convidado para manifestação pública, por qualquer modo e forma, visando ao esclarecimento de tema jurídico de interesse geral, deve o advogado evitar insinuações a promoção pessoal ou profissional, bem como o debate de caráter sensacionalista.

Art. 33. O advogado deve abster-se de:

I — responder com habitualidade consulta sobre matéria jurídica, nos meios de comunicação social, com intuito de promover-se profissionalmente;

II — debater, em qualquer veículo de divulgação, causa sob seu patrocínio ou patrocínio de colega;

III — abordar tema de modo a comprometer a dignidade da profissão e da instituição que o congrega;

IV — divulgar ou deixar que seja divulgada a lista de clientes e demandas;

V — insinuar-se para reportagens e declarações públicas.

Art. 34. A divulgação pública, pelo advogado, de assuntos técnicos ou jurídicos de que tenha ciência em razão do exercício profissional como advogado constituído, assessor jurídico ou parecerista, deve limitar-se a aspectos que não quebrem ou violem o sigilo profissional.

Capítulo V DOS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

Art. 35. Os honorários advocatícios e sua eventual correção, bem como sua majoração decorrente do aumento dos atos judiciais que advierem como necessários, devem ser previstos em contrato escrito, qualquer que seja o objeto e o meio da prestação do serviço profissional, contendo todas as especificações e forma de pagamento, inclusive no caso de acordo.

§ 1.º Os honorários da sucumbência não excluem os contratados, porém devem ser levados em conta no acerto final com o cliente ou constituinte, tendo sempre presente o que foi ajustado na aceitação da causa.

§ 2.º A compensação ou o desconto dos honorários contratados e de valores que devam ser entregues ao constituinte ou cliente só podem ocorrer se houver prévia autorização ou previsão contratual.

§ 3.º A forma e as condições de resgate dos encargos gerais, judiciais e extrajudiciais, inclusive eventual remuneração de outro profissional, advogado ou não, para desempenho de serviço auxiliar ou complementar técnico e especializado, ou com incumbência pertinente fora da Comarca, devem integrar as condições gerais do contrato.

Art. 36. Os honorários profissionais devem ser fixados com moderação, atendidos os elementos seguintes:

I — a relevância, o vulto, a complexidade e a dificuldade das questões versadas;

II — o trabalho e o tempo necessários;

III — a possibilidade de ficar o advogado impedido de intervir em outros casos, ou de se desavir com outros clientes ou terceiros;

IV — o valor da causa, a condição econômica do cliente e o proveito para ele resultante do serviço profissional;

V — o caráter da intervenção, conforme se trate de serviço a cliente avulso, habitual ou permanente;

VI — o lugar da prestação dos serviços, fora ou não do domicílio do advogado;

VII — a competência e o renome do profissional;

VIII — a praxe do foro sobre trabalhos análogos.

Art. 37. Em face da imprevisibilidade do prazo de tramitação da demanda, devem ser delimitados os serviços profissionais a se prestarem nos procedimentos preliminares, judiciais ou conciliatórios, a fim de que outras medidas, solicitadas ou necessárias, incidentais ou não, diretas ou indiretas, decorrentes da causa, possam ter novos honorários estimados, e da mesma forma receber do constituinte ou cliente a concordância hábil.

Art. 38. Na hipótese da adoção de cláusula quota litis, os honorários devem ser necessariamente representados por pecúnia e, quando acrescidos dos de honorários da sucumbência, não podem ser superiores às vantagens advindas em favor do constituinte ou do cliente.

Parágrafo único. A participação do advogado em bens particulares de cliente, comprovadamente sem condições pecuniárias, só é tolerada em caráter excepcional, e desde que contratada por escrito.

Art. 39. A celebração de convênios para prestação de serviços jurídicos com redução dos valores estabelecidos na Tabela de Honorários implica captação de clientes ou causa, salvo se as condições peculiares da necessidade e dos carentes puderem ser demonstradas com a devida antecedência ao respectivo Tribunal de Ética e Disciplina, que deve analisar a sua oportunidade.

Art. 40. Os honorários advocatícios devidos ou fixados em tabelas no regime da assistência judiciária não podem ser alterados no quantum estabelecido; mas a verba honorária decorrente da sucumbência pertence ao advogado.

Art. 41. O advogado deve evitar o aviltamento de valores dos serviços profissionais, não os fixando de forma irrisória ou inferior ao mínimo fixado pela Tabela de Honorários, salvo motivo plenamente justificável.

Art. 42. O crédito por honorários advocatícios, seja do advogado autônomo, seja de sociedade de advogados, não autoriza o saque de duplicatas ou qualquer outro título de crédito de natureza mercantil, exceto a emissão de fatura, desde que constitua exigência do constituinte ou assistido, decorrente de contrato escrito, vedada a tiragem de protesto.

Art. 43. Havendo necessidade de arbitramento e cobrança judicial dos honorários advocatícios, deve o advogado renunciar ao patrocínio da causa, fazendo-se representar por um colega.

Capítulo VI

DO DEVER DE URBANIDADE

Art. 44. Deve o advogado tratar o público, os colegas, as autoridades e os funcionários do Juízo com respeito, discrição e independência, exigindo igual tratamento e zelando pelas prerrogativas a que tem direito.

Art. 45. Impõe-se ao advogado lhanza, emprego de linguagem escorreita e polida, esmero e disciplina na execução dos serviços.

Art. 46. O advogado, na condição de defensor nomeado, conveniado ou dativo, deve comportar-se com zelo, empenhando-se para que o cliente se sinta amparado e tenha a expectativa de regular desenvolvimento da demanda.

Capítulo VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 47. A falta ou inexistência, neste Código, de definição ou orientação sobre questão de ética profissional, que seja relevante para o exercício da advocacia ou dele advenha, enseja consulta e manifestação do Tribunal de Ética e Disciplina ou do Conselho Federal.

Art. 48. Sempre que tenha conhecimento de transgressão das normas deste Código, do Estatuto, do Regulamento Geral e dos Provimentos, o Presidente do Conselho Seccional, da Subseção, ou do Tribunal de Ética e Disciplina deve chamar a atenção do responsável para o dispositivo violado, sem prejuízo da instauração do competente procedimento para apuração das infrações e aplicação das penalidades cominadas.

TÍTULO II

DO PROCESSO DISCIPLINAR

Capítulo I

DA COMPETÊNCIA DO TRIBUNAL DE ÉTICA E DISCIPLINA

Art. 49. O Tribunal de Ética e Disciplina é competente para orientar e aconselhar sobre ética profissional, respondendo às consultas em tese, e julgar os processos disciplinares.

Parágrafo único. O Tribunal reunir-se-á mensalmente ou em menor período, se necessário, e todas as sessões serão plenárias.

Art. 50. Compete também ao Tribunal de Ética e Disciplina:

I — instaurar, de ofício, processo competente sobre ato ou matéria que considere passível de configurar, em tese, infração a princípio ou norma de ética profissional;

II — organizar, promover e desenvolver cursos, palestras, seminários e discussões a respeito de ética profissional, inclusive junto aos Cursos Jurídicos, visando à formação da consciência dos futuros profissionais para os problemas fundamentais da Ética;

III — expedir providões ou resoluções sobre o modo de proceder em casos previstos nos regulamentos e costumes do foro;

IV — mediar e conciliar nas questões que envolvam:

a) dúvidas e pendências entre advogados;

b) partilha de honorários contratados em conjunto ou mediante substabelecimento, ou decorrente de sucumbência;

c) controvérsias surgidas quando da dissolução de sociedade de advogados.

Capítulo II

DOS PROCEDIMENTOS

Art. 51. O processo disciplinar instaura-se de ofício ou mediante representação dos interessados, que não pode ser anônima.

§ 1.º Recebida a representação, o Presidente do Conselho Seccional ou da Subseção, quando esta dispuser de Conselho, designa relator um de seus integrantes, para presidir a instrução processual.

§ 2.º O relator pode propor ao Presidente do Conselho Seccional ou da Subseção o arquivamento da representação, quando estiver desconstituída dos pressupostos de admissibilidade.

§ 3.º A representação contra membros do Conselho Federal e Presidentes dos Conselhos Seccionais é processada e julgada pelo Conselho Federal.

Art. 52. Compete ao relator do processo disciplinar determinar a notificação dos interessados para esclarecimentos, ou do representado para a defesa prévia, em qualquer caso no prazo de 15 (quinze) dias.

§ 1.º Se o representado não for encontrado ou for revel, o Presidente do Conselho ou da Subseção deve designar-lhe defensor dativo.

§ 2.º Oferecida a defesa prévia, que deve estar acompanhada de todos os documentos e o rol de testemunhas, até o máximo de cinco, é proferido o despacho saneador e, ressalvada a hipótese do § 2º do artigo 73 do Estatuto, designada, se reputada necessária, a audiência para oitiva do interessado, do representado e das testemunhas. O interessado e o representado deverão incumbir-se do comparecimento de suas testemunhas, a não ser que prefiram suas intimações pessoais, o que deverá ser requerido na representação e na defesa prévia. As intimações pessoais não serão renovadas em caso de não comparecimento, facultada a substituição de testemunhas, se presente a substituída na audiência.

• Redação determinada pelo Conselho Pleno do Conselho Federal da OAB, em Sessão Plenária do dia 9 de dezembro de 2002.

§ 3.º O relator pode determinar a realização de diligências que julgar convenientes.

§ 4.º Concluída a instrução, será aberto o prazo sucessivo de 15 (quinze) dias para a apresentação de razões finais pelo interessado e pelo representado, após a juntada da última intimação.

§ 5.º Extinto o prazo das razões finais, o relator profere parecer preliminar, a ser submetido ao Tribunal.

Art. 53. O Presidente do Tribunal, após o recebimento do processo devidamente instruído, designa relator para proferir o voto.

§ 1.º O processo é inserido automaticamente na pauta da primeira sessão de julgamento, após o prazo de 20 (vinte) dias de seu recebimento pelo Tribunal, salvo se o relator determinar diligências.

§ 2.º O representado é intimado pela Secretaria do Tribunal para a defesa oral na sessão, com 15 (quinze) dias de antecedência.

§ 3.º A defesa oral é produzida na sessão de julgamento perante o Tribunal, após o voto do relator, no prazo de 15 (quinze) minutos, pelo representado ou por seu advogado.

Art. 54. Ocorrendo a hipótese do art. 70, 3, do Estatuto, na sessão especial designada pelo Presidente do Tribunal, são facultadas ao representado ou ao seu defensor a apresentação de defesa, a produção de prova e a sustentação oral, restritas, entretanto, à questão do cabimento, ou não, da suspensão preventiva.

Art. 55. O expediente submetido à apreciação do Tribunal é autuado pela Secretaria, registrado em livro próprio e distribuído às Seções ou Turmas julgadoras, quando houver.

Art. 56. As consultas formuladas recebem autuação em apartado, e a esse processo são designados relator e revisor, pelo Presidente.

§ 1.º O relator e o revisor têm prazo de dez (10) dias, cada um, para elaboração de seus pareceres, apresentando-os na primeira sessão seguinte, para julgamento.

§ 2.º Qualquer dos membros pode pedir vista do processo pelo prazo de uma sessão e desde que a matéria não seja urgente, caso em que o exame deve ser procedido durante a mesma sessão. Sendo vários os pedidos, a Secretaria providencia a distribuição do prazo, proporcionalmente, entre os interessados.

§ 3.º Durante o julgamento e para dirimir dúvidas, o relator e o revisor, nessa ordem, têm preferência na manifestação.

§ 4.º O relator permitirá aos interessados produzir provas, alegações e arrazoados, respeitado o rito sumário atribuído por este Código.

§ 5.º Após o julgamento, os autos vão ao relator designado ou ao membro que tiver parecer vencedor para lavratura de acórdão, contendo ementa a ser publicada no órgão oficial do Conselho Seccional.

Art. 57. Aplica-se ao funcionamento das sessões do Tribunal o procedimento adotado no Regimento Interno do Conselho Seccional.

Art. 58. Comprovado que os interessados no processo nele tenham intervindo de modo temerário, com sentido de emulação ou procrastinação, tal fato caracteriza falta de ética passível de punição.

Art. 59. Considerada a natureza da infração ética cometida, o Tribunal pode suspender temporariamente a aplicação das penas de advertência e censura impostas, desde que o infrator primário, dentro do prazo de 120 dias, passe a frequentar e conclua, comprovadamente, curso, simpósio, seminário ou atividade equivalente, sobre Ética Profissional do Advogado, realizado por entidade de notória idoneidade.

Art. 60. Os recursos contra decisões do Tribunal de Ética e Disciplina, ao Conselho Seccional, regem-se pelas disposições do Estatuto, do Regulamento Geral e do Regimento Interno do Conselho Seccional.

Parágrafo único. O Tribunal dará conhecimento de todas as suas decisões ao Conselho Seccional, para que determine periodicamente a publicação de seus julgados.

Art. 61. Cabe revisão do processo disciplinar, na forma prescrita no art. 73, inciso 5.º, do Estatuto.

Capítulo III DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 62. O Conselho Seccional deve oferecer os meios e suporte imprescindíveis para o desenvolvimento das atividades do Tribunal.

Art. 63. O Tribunal de Ética e Disciplina deve organizar seu Regimento Interno, a ser submetido ao Conselho Seccional e, após, ao Conselho Federal.

Art. 64. A pauta de julgamentos do Tribunal é publicada em órgão oficial e no quadro de avisos gerais, na sede do Conselho Seccional, com antecedência de 07 (sete) dias, devendo ser dada prioridade nos julgamentos para os interessados que estiverem presentes.

Art. 65. As regras deste Código obrigam igualmente as sociedades de advogados e os estagiários, no que lhes forem aplicáveis.

Art. 66. Este Código entra em vigor, em todo o território nacional, na data de sua publicação, cabendo aos Conselhos Federal e Seccionais e às Subseções da OAB promover a sua ampla divulgação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 13 de fevereiro de 1995.

José Roberto Batochio
Presidente
Modesto Carvalhosa
Relator

Resolução CFM n. 1.779, de 5 de dezembro de 2005

(Publicada no *DOU*, de 5 de dezembro de 2005, Seção I, p. 121.)

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1.601/2000.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

“Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”;

Considerando que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

Considerando a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

Considerando que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

Considerando que a morte não natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

Considerando a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

Considerando, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1.º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2.º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO:

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente;

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição;

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 (vinte e cinco) cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Art. 3.º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM n. 1.601/2000.

Brasília-DF, 11 de novembro de 2005.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente
LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA — RDC n. 68, de 10 de outubro de 2007

Dispõe sobre o Controle e a Fiscalização Sanitária do Translado de Restos Mortais Humanos.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto n. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1.º e 3.º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria n. 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no *DOU* de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 18 de setembro de 2007, e

Considerando o disposto na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu inciso II, § 1.º, do art. 6.º;

Considerando o disposto na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que determina a regulamentação, o controle e a fiscalização dos produtos que envolvam risco à saúde pública;

Considerando a Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, que dispõe sobre as penalidades e sua aplicação em vigilância sanitária;

Considerando as diretrizes internacionais a respeito da Resolução XXIX da XVII Reunião do Comitê Regional da XVII Conferência Pan-Americana, da Organização Pan-Americana de Saúde — OPAS;

Considerando a especialidade da situação regulamentada, em função dos aspectos emocionais, religiosos e sociais envolvidos,

Considerando a necessidade de normatizar e delimitar as obrigações de pessoas físicas e jurídicas envolvidas na prestação de serviços de translado de restos mortais humanos, bem como uniformizar os procedimentos técnico-administrativos para a utilização desses serviços no âmbito da Vigilância Sanitária;

Adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

Art. 1.º Aprovar o Regulamento Técnico, com vistas à promoção da vigilância sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegários, instalados em todo o território nacional, para Controle e Fiscalização Sanitária do Translado de Restos Mortais Humanos, na forma do Anexo I a esta Resolução.

Art. 2.º Aprovar, para fins de autorização de embarque ou desembarque de urna funerária, prevista nesta norma, contendo restos mortais humanos, os documentos necessários para análise pela autoridade sanitária competente, na forma dos Anexos III e IV desta Resolução.

Art. 3.º Aprovar, na forma do Anexo V desta Resolução, o modelo da Declaração de Responsabilidade pelo Translado de Restos Mortais Humanos.

Parágrafo único. A Declaração de que trata este artigo deverá ser apresentada na sua forma original e ser subscrita por Pessoa Física ou Jurídica.

Art. 4.º Aprovar, na forma dos Anexos VI e VII desta Resolução, o modelo do Termo de Embarque de Translado de Restos Mortais Humanos e o modelo do Termo de Desembarque de Translado de Restos Mortais Humanos, a serem preenchidos pela autoridade sanitária competente.

Art. 5.º Aprovar, na forma do Anexo VIII desta Resolução, o modelo da Ata de Procedimento de Conservação de Restos Mortais Humanos.

Art. 6.º Caberá ao transportador a responsabilidade pelo disposto nesta Resolução, no que se refere ao transporte de urna funerária que contenha Restos Mortais Humanos devendo, para isso, cumprir a legislação sanitária vigente, no que tange às boas práticas de transporte.

Art. 7.º Caberá ao interessado pelo traslado, seja ele pessoa física e/ou jurídica a comunicação, à autoridade sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados, sobre a ocorrência de traslado, bem como a apresentação da documentação prevista nesta norma para envio e/ou recebimento de urna funerária contendo Restos Mortais Humanos.

Art. 8.º A inobservância ou descumprimento ao disposto nesta Resolução constitui infração de natureza sanitária, sujeitando-se, o infrator, às penalidades da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das demais sanções de natureza civil ou penal cabíveis.

Art. 9.º Fica revogada a Resolução RDC n. 147, de 4 de agosto de 2006.

Art. 10. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Anexo I Regulamento técnico para controle e fiscalização do traslado de restos mortais humanos

Capítulo I DAS DEFINIÇÕES

Art. 1.º Para efeito deste regulamento adotar-se-ão as seguintes definições:

I. Aeroporto: é o aeródromo público dotado de instalações e facilidades para apoio a operações de aeronaves, embarque e desembarque de viajantes e/ou cargas.

II. Área de Fronteira: franja territorial dinâmica que constitui uma zona de risco epidemiológico, com processo de troca espacial, socioeconômica e cultural que dilui as particularidades nacionais e determina problemas sanitários reais e potenciais, às vezes, específicos, podendo obrigar a realização de atividades nacionais conjuntas, para seu controle.

III. Ata de Procedimento de Conservação de Restos Mortais Humanos: documento escrito que tem por objetivo relatar todo o procedimento de conservação de restos mortais humanos.

IV. Autoridade Sanitária: Servidor que tem diretamente a seu cargo a atribuição de aplicar medidas sanitárias apropriadas, de acordo com as Leis e Regulamentos vigentes em todo o território nacional e Tratados ou outros Atos Internacionais dos quais o Brasil seja signatário.

V. Conservação de Restos Mortais Humanos: ato médico que consiste no emprego de técnica, através da qual os restos mortais humanos são submetidos a tratamento químico, com vistas a manterem-se conservados por tempo total e permanente ou previsto, quais sejam, o embalsamamento e a formolização, respectivamente.

VI. Cadáver: corpo humano sem vida.

VII. Cinzas: resíduos pulverulentos, provenientes de incineração (cremação) de restos mortais humanos.

VIII. Cremar: incinerar restos mortais humanos. Cremação: é o ato de queimar.

IX. Desinfetantes: são formulações que têm na sua composição substâncias microbicidas e apresentam efeito letal para micro-organismos não esporulados. Os de uso geral são para indústria alimentícia, para piscinas, para lactários e hospitalares.

X. Embalsamamento: método de conservação de restos mortais humanos com o objetivo de promover sua conservação total e permanente.

XI. Exumação: ato de retirar restos mortais humanos da sepultura; desenterramento. A exumação pode ser administrativa, para fins de mudança ou desocupação de sepultura, ou judicial, por determinação judicial.

XII. Formolização: método de conservação de restos mortais humanos com o objetivo de promover sua conservação de forma temporária.

XIII. Inumação: ato de sepultar, sepultamento, enterramento.

XIV. Óbito: falecimento ou morte de pessoa; passamento.

XV. Ossadas: restos mortais humanos (ossos) isentos de partes moles.

XVI. Porto de Controle Sanitário: Porto Organizado, Terminal Aquaviário, Terminal de Uso Privativo, Terminal Retroportuário, Terminal Alfandegado e Terminal de Carga, estratégicos do ponto de vista epidemiológico e geográfico, localizado no território nacional, sujeito à vigilância sanitária.

XVII. Porto Organizado: aquele construído e aparelhado para atender as necessidades da navegação, movimentação e armazenagem de mercadorias e deslocamentos de viajantes; concedido ou explorado pela União, cujo tráfego e operações portuárias estejam sob a jurisdição de uma autoridade portuária.

XVIII. Restos Mortais Humanos: constituem-se do próprio cadáver ou de partes deste, das ossadas e de cinzas provenientes de sua cremação.

Excetua-se as células, tecidos e órgãos humanos destinados a transplantes e implantes, cujo transporte deverá obedecer à legislação sanitária pertinente.

XIX. Saneantes: substâncias ou preparações destinadas a higienização, desinfecção ou desinfestação domiciliar, em ambientes coletivos e/ou públicos, em lugares de uso comum e no tratamento de água.

XX. Tanatognose: diagnóstico da realidade da morte.

XXI. Translado de Restos Mortais Humanos: todas as medidas relacionadas ao transporte de restos mortais humanos, em urna funerária, inclusive àquelas referentes à sua armazenagem ou guarda temporária até a sua destinação final.

XXI. Translado de Restos Mortais Humanos: todas as medidas relacionadas ao transporte de restos mortais humanos, em urna funerária, inclusive àquelas referentes à sua armazenagem ou guarda temporária até a sua destinação final.

XXII. Translado Intermunicipal de Restos Mortais Humanos: transporte, em urna funerária, prevista nesta norma, de restos mortais humanos, entre Municípios brasileiros, seja por via aérea, marítima, fluvial, lacustre ou terrestre.

XXIII. Translado Interestadual de Restos Mortais Humanos: transporte, em urna funerária, prevista nesta norma, de restos mortais humanos, entre Estados brasileiros, incluindo o Distrito Federal, seja por via aérea, marítima, fluvial, lacustre, ou terrestre.

XXIV. Translado Internacional de Restos Mortais Humanos: transporte, em urna funerária, prevista nesta norma, de restos mortais humanos, desde o País onde ocorreu o óbito até o destino final em outro País, seja por via aérea, marítima, fluvial, lacustre ou terrestre.

XXV. Urna Funerária: caixa ou recipiente resistente e impermeável, provido em seu interior de material absorvente, usada para acondicionamento e transporte de restos mortais humanos.

Capítulo II DA COMPETÊNCIA

Art. 2.º O traslado intermunicipal, interestadual e internacional de restos mortais humanos, em urna funerária, prevista nesta norma, sujeitar-se-á, na forma da legislação pertinente, à fiscalização sanitária.

Art. 3.º A solicitação para fiscalização sanitária de traslado de restos mortais humanos, em urna funerária, prevista nesta norma, dar-se-á mediante petição por meio eletrônico ou manual, disponibilizado e regulamentado pela ANVISA.

Art. 4.º Na ocorrência de quaisquer acidentes ou anormalidades no traslado de restos mortais humanos, em urna funerária, prevista nesta norma, a Autoridade Sanitária Estadual, Municipal ou do DF, poderá intervir, em caráter complementar, na falta de Autoridade Sanitária Federal.

Capítulo III DA CONSERVAÇÃO E TRATAMENTO

Seção I

Dos Procedimentos de Conservação

Art. 5.º A utilização ou não de procedimento de conservação dependerá do tipo de traslado e do tempo decorrido entre o óbito e a inumação e do diagnóstico da causa da morte.

Parágrafo único. Desde que não seja por via aérea ou marítima, estão desobrigados do uso de método de conservação os casos de traslado intermunicipal e interestadual de restos mortais humanos, em urna funerária, prevista nesta norma, quando o tempo decorrido entre o óbito e a inumação não ultrapassar 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 6.º Para efeitos desta norma serão considerados procedimentos de conservação a formolização e o embalsamamento.

Art. 7.º Será obrigatória a utilização de procedimento de conservação:

§ 1.º No traslado internacional, por meio de embalsamamento e acondicionamento na urna funerária tipo II, impermeável e lacrada, especificada neste Regulamento.

I. Excetua-se do disposto no parágrafo primeiro, deste artigo, o traslado internacional de natureza terrestre, marítima, fluvial e lacustre de restos mortais humanos, entre municípios brasileiros e os estrangeiros pertencentes a países que fazem fronteiras com o território nacional quando o tempo decorrido entre o óbito e a inumação não ultrapassar 24 (vinte e quatro) horas.

II. Quando o período entre o óbito e a inumação estiver compreendido entre 24 (vinte e quatro) horas e 48 (quarenta e oito) horas, será usada a formolização e acondicionamento em urna funerária tipo II, impermeável, hermeticamente fechada, especificada neste Regulamento.

§ 2.º No traslado interestadual/intermunicipal aéreo e/ou entre portos de controle sanitário instalados no território nacional, por meio de formolização e acondicionamento em urna funerária impermeável tipo II, hermeticamente fechada, especificada neste Regulamento, quando o período entre o óbito e a inumação estiver compreendido entre 24 (vinte e quatro) horas e 48 (quarenta e oito) horas.

§ 3.º No traslado interestadual/intermunicipal aéreo e/ou entre portos de controle sanitário instalados no território nacional, por meio de embalsamamento e acondicionamento em urna funerária tipo II, impermeável e lacrada, especificada neste Regulamento, quando o período compreendido entre o óbito e a inumação for superior a 48 (quarenta e oito) horas.

§ 4.º Nos demais trasladados, quando o período entre o óbito e a inumação estiver compreendido entre 24 (vinte e quatro) horas e 48 (quarenta e oito) horas, por meio de formolização e acondicionamento em urna funerária tipo II, impermeável, hermeticamente fechada, especificada neste Regulamento.

Art. 8.º Fica vedada, em todo o território nacional, a prestação de serviço de conservação em restos mortais humanos, em que o óbito tenha tido como causa a encefalite espongiforme,

febre hemorrágica ou outra nova doença infectocontagiosa que, porventura, venha a surgir a critério da OMS e concordância da ANVISA/MS e SVS/MS.

Art. 9.º Só será permitida, em todo o território nacional, a prestação de serviço de conservação em restos mortais humanos que contenham radiação, após liberação formal pela Comissão Nacional de Energia Nuclear.

Seção II

Da Ata de Procedimento de Conservação

Art. 10. É obrigatória a lavratura de Ata de Conservação de Restos Mortais Humanos, anexo VIII, deste Regulamento, sempre que for realizado procedimento de conservação de restos mortais humanos. Referida ata deverá ser apresentada à Autoridade Sanitária Federal de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegários, por ocasião do traslado sob sua competência, ou a critério da Autoridade Sanitária Estadual ou Municipal, nos demais casos.

Parágrafo único. Os procedimentos de conservação de restos mortais humanos serão realizados por profissional médico ou sob sua supervisão direta e responsabilidade, cuja ata será por ele subscrita.

Art. 11. Os procedimentos de conservação de restos mortais humanos deverão ocorrer em laboratório apropriado, sob Licença de Funcionamento e Alvará Sanitário.

Parágrafo único. O responsável técnico pelo laboratório, a que se refere o *caput* deste artigo, deve ser médico, legalmente, habilitado para o exercício de sua profissão.

Capítulo IV

DO ACONDICIONAMENTO

Art. 12. Para efeito desta norma será considerada a seguinte urna:

Urna funerária tipo II: caixa ou recipiente externo em madeira, medindo, no mínimo, 30 mm (trinta milímetros) de espessura, forrado internamente com folhas de zinco soldada.

Art. 13. A urna funerária deve ser compatível e adequada às características dos restos mortais humanos a serem trasladados, ao método de conservação utilizado, ao tempo compreendido entre o óbito e a inumação, e o meio de transporte a ser utilizado.

Parágrafo único. Na superfície externa da urna funerária deverá constar o nome, a idade e o sexo da pessoa falecida; a origem e destino final dos restos mortais humanos e a orientação quanto aos cuidados em seu manuseio.

Art. 14. A urna funerária que acondicionar restos mortais humanos, sob método de conservação, deverá conter amostra de cada substância utilizada no procedimento, acondicionada em frasco impermeável e lacrado, a título de contraprova.

Capítulo V

DO TRANSLADO

Art. 15. O traslado de restos mortais humanos submetidos a método de conservação pertinente e acondicionados em urna especificada neste regulamento, deverá ser efetuado em compartimento apropriado, destinado exclusivamente para armazenagem de carga do veículo transportador aéreo, marítimo, fluvial, lacustre ou terrestre.

Art. 16. É vedado em todo o território nacional, o traslado de restos mortais humanos cuja causa da morte tenha sido encefalite espongiiforme, febre hemorrágica ou outra nova doença infectocontagiosa que, porventura, venha a surgir, a critério da OMS e concordância da ANVISA/MS e SVS/MS.

Art. 17. O traslado de restos mortais humanos que contenham radioatividade, só será autorizado após a liberação formal, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear — CNEN.

Art. 18. Excetua-se do disposto neste regulamento o traslado de cinzas provenientes da cremação dos restos mortais humanos.

Capítulo VI

DA FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

Art. 19. Cabe ao interessado pelo Traslado de Restos Mortais Humanos comunicar à Autoridade Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados, a ocorrência de traslado com urna funerária contendo Restos Mortais Humanos, conforme os arts. 2.º, 3.º e 4.º desta norma.

§ 1.º Nos traslados de que tratam os incisos I, II, III e IV do art. 7.º deste regulamento, a comunicação deverá ser dirigida à Autoridade Sanitária Federal em exercício em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados.

§ 2.º A comunicação de que trata este artigo dar-se-á mediante apresentação prévia da Declaração de Responsabilidade pelo Traslado de Restos Mortais Humanos, em conformidade com o anexo V.

Art. 20. A liberação sanitária dos traslados de que tratam os incisos I, II, III e IV, do art. 7.º deste regulamento, ocorrerá após o cumprimento do disposto nesta norma.

§ 1.º Após o cumprimento do disposto neste regulamento, será emitido, pela autoridade sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados, o Termo de Embarque de Traslado de Restos Mortais Humanos ou o Termo de Desembarque de Traslado de Restos Mortais Humanos, em conformidade com os anexos VI e VII, respectivamente.

§ 2.º O termo de que trata este artigo poderá ser requerido pela Autoridade Sanitária a qualquer tempo durante o traslado.

Art. 21. Fica obrigada a empresa transportadora a comunicar à Autoridade Sanitária competente a ocorrência de quaisquer acidentes ou anormalidades no traslado de restos mortais humanos.

Art. 22. A critério da Autoridade Sanitária poderá o traslado sofrer intervenção, sempre que ocorrerem acidentes ou anormalidades que comprometam ou possam comprometer as medidas sanitárias adotadas na forma deste Regulamento.

Art. 23. Quando a média habitual da ocorrência de traslados sofrer aumento repentino, a ANVISA poderá adotar procedimentos que julgar adequados, em função da causa repentina do aumento do número de traslados, sempre sob o ponto de vista de proteção à saúde pública.

Art.24. Não será permitido o traslado de restos mortais humanos, cuja causa da morte não seja conhecida.

Capítulo VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Excluem-se do disposto neste Regulamento os casos sob custódia dos Institutos Médicos Legais e o transporte de células, tecidos e órgãos humanos destinados para fins terapêuticos (transplantes e implantes) e de pesquisa, que deverão atender regulamento técnico pertinente para este fim.

Art. 26. Os casos não previstos neste Regulamento serão decididos pela área competente da ANVISA.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMSON, F. D. & SCHULTZ, J. S. *Lancet*, 2:1374, 1971.
- ADDIS, T.; POO, L. J. & LEW, W. The quantities of protein lost by the various organs and tissues of the body during a fost. *J. Biol. Chem.*, 1936.
- AHUMADA, J. C.; SALABER, J. A. & AHUMADA, J. L. *Tratado elemental de ginecologia*. Buenos Aires, Lopez Libreros Editores S. R. L., 1966.
- ALMEIDA JÚNIOR, A. F. *Lições de medicina legal*. São Paulo, Ed. Nacional, 1957.
- ALMEIDA, Silmara J. A. C. e. Direitos de personalidade do nascituro. *Revista do Advogado*, n. 38, dez. 1992.
- ALTAVILA, E. *Psicologia giudiziaria*. Torino, UTET, 1949.
- ÁLVAREZ, H.; CALDEYRO-BARCIA, R. The normal and anormal contractile waves of the uterus during labour. *Gynaecologia*, 1954.
- ALVES GARCIA, J. *Compêndio de psiquiatria*. 3. ed. Rio de Janeiro, Liv. Atheneu, 1954.
- AMAR, Ayush Morad. *As haptoglobinas, sua importância e seu reconhecimento*. Apresentação no Centro de Estudos do Instituto Oscar Freire, 1966.
- _____. *O estudo dos resíduos sanguíneos mediante o sistema das haptoglobinas*. Apresentado no 1.º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Legal, Petrópolis, Rio de Janeiro, 1968.
- _____. Uso de corantes diminui os custos. *Folha de S. Paulo*, 5 maio 1989.
- ANDREOLI, C. Neural factors in human pseudopregnancy. *Gynaecologia*, 1960.
- ANDRÉ, R.; DREYFUS, B.; SALMON, C. & MALASSANET, R. Ledonneurs universel dangereaux, Recherches sur les causes d'immunization contre l'antigene A. *Rev. d'Hematologie*, 7:604-15, 1952.
- AQUERRE, J. A. Sobre embarazo imaginario. *Arch. Urug. de Med., Cir. y Especialidad*, 1944.
- ARTZ, C. P. & MONCRIEF, J. A. *The treatment of burns*. Filadelfia, Saunders, 1969.
- ASCHLEY, D. J. B. *Human intersex*. Livingstone, Edimburgo, 1962.
- ASK-UPMARCK, E. *Acta Med. Scand.*, 185:119, 1969.
- AUTEN, R. L.; NOTTER, R. H.; KENDING, J. W. et al. Surfactant treatment of full-term newborns with respiratory failure. *Pediatrics*, 1991.
- BALL, T. L. & DOUGLAS, R. G. Cryptomennorhea: congenital and acquired. *Am. J. Surg.*, 1949.
- BALTHAZARD, V. *Manual de medicina legal*. Barcelona, Salvat, 1933.
- BARBOSA RIBEIRO, P. *Estudos de direito processual civil*. Bauru, Ed. Jalovi, 1982. v. 1.
- BASTOS, N. *Tratado de patologia quirúrgica general*. Madrid, Ed. Labor, 1932.
- BATTAGLINI, G. *Direito penal*. Trad. Paulo José da Costa Jr. e Ada Pellegrini Grinover. Saraiva, 1964.
- BELL, G. H. & NIXON, V. C. W. Abnormal uterine action in labour. *J. Obst. & Gyn., Brit. Emp.*, 1952.
- BENDA, C. E. *Mongolism and cretinism*. New York, Grune & Stratton, 1950.
- BENJAMIM, H. Nature and management of transsexualism. *Western. J. Surg. Obstet. Gynecol.*, 72:105, 1964.
- _____. *Should surgery be performed on transsexuals?* *Am. J. Psychother.*, 25:74, 1971.
- _____. The transsexual phenomenon. New York, Warner, 1977.
- BENJAMIM, H. & IHLENFELD, C. L. Transsexualis. *Am. J. Nurs.*, 73:457, 1973.
- BERGADA, C.; CLEVELAND, W. W.; JONES, H. W. & WILKINS, L. Gonadal histology in patients with pseudo-hermaphroditism and atypical gonadal dysgenesis relation to theories of sex differentiation. *Acta Endocr.*, 40:496, 1962.
- BERKOW, S. G. A method of estimating the extensiveness lesions (burns and soalds) based on surface area proportions. *Arch. Surg.*, 8(1):138-41, 1924.
- BERNSTEIN, P. Hematometra. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 1939.
- BERT, P. *Barometric pressure: researches in experimental physiology*. Transl. by M. A. and F. A. Hitchcok. Columbia, Ohio, College Book, 1943.
- BIBI, L. & BAZZI, T. *Trattato di psichiatria*. Milano, Vallardi.
- BIGGS, J. N.; WALTHERS, R. W. & BYRON, F. X. Spontaneous pneumothorax. *Dis. of Chest*, 1953.
- BIGSS, R. M. & ANARCFOLANE, R. G. *Human blood coagulation and its disorders*. Oxford, Blackwell, 1962.
- BINET-SIMON. *Les enfants anormaux*, Paris.
- BIRKETT, J. *Diseases of the breast*. London, 1850.
- BLYTH, W. Pseudocycosis simulated in a male. *Brit. M. J.*, 1943.
- BODENHEINER, J. M. *Pseudocycosis*. New Orleans, M. & S. J., 1929.
- BORRI, L. *Trattato di medicina legale*. Milano, Vallardi, 1924.
- BORSOTI, P. C. La fratture della clavicola. *Minerva Chirurgica*, IV, 1949.
- BOSCHNAN, H. W. Tittles w. Geburtseinleitung durch Amniotomie unter amnioskopischer Kontralle. *Arch. Gynak*, 1964.
- BOSE, C.; CORBET, A.; BOSE, G. et al. Improved outcome at 28 days of age for very low birth weight infants treated with a single dose of a synthetic surfactant. *J. Pediatr.*, 1990.
- BOTELLA, J. Un nuevo caso de hermafroditismo verdadero. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 1960.
- BOTELLA, J. & NOGALES, F. Síndrome de pseudohermafroditismo masculino con feminización total. *Acta Ginecológica*, 1952.
- BOYD, W. *Patologia cirúrgica*. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1946.
- BRADBURY, S. & EGGLESTON, C. Postural hipotension. *Am. Heart J.*, 1925.
- BRAIN W. R. Sleep: normal and pathological. *Brit. Med. J.*, 1939.
- BRESSAN, P. G. & RIBEIRO, E. B. Rutura traumática do rim. In: *Estudos cirúrgicos*, 6.ª série. São Paulo Ed., 1951.
- BREWWER, J. L. *Comunicación personal*. 1960.
- _____. *Testbook of gynecology*. 3. ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1961.
- BRIAND, J. & CHAUDÉ, E. *Manuel complet de médecine légale*. Paris, J. B. Baillière et Fils, 1869.
- BRIQUET, R. *Obstetricia operatória*. Ed. Nacional, 1932.
- BROCK, S. *Injuries of the brain and spinal cord and their coverings*. 3. ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1949.
- BROMBERG, W. W. Marihuana intoxication: clinical study of cannabis sativa intoxication. *Am. J. Psychiat.*, 1934.
- BRUJAS, E. Disquinesias intestinales y embarazo imaginario. *Medicina Clínica*, 1947.
- BRUNO, A. *Direito penal*. Rio de Janeiro, Ed. Nacional, 1956.
- BRUYN, G. W. *Ansiedade e dor na clínica neurológica*. Amsterdam, Excerpta Médica Foundation, 1975.
- BUR, G. *Histopatologia do testículo humano normal e patológico*. Tese de doutorado, 1953.
- BURGET, G. & MENICK, K. F. Aesthetic restoration of one half the upper lip. *Plast. Rev. Surg.*, 1986.
- BURNET, M. D. & FENNER, F. *The production of antipodies*. London, MacMillan, 1949.
- BURSTEIN, C. L. *Fundamental considerations in anesthesia*. New York, MacMillan, 1949.
- CABALLERO, G. A. Preparación psicofísica al parto. *Acta Ginecológica*, 1958.
- _____. Hipofibrinogenemia en obstetricia. *Acta Ginecológica*, 1961.
- CABRAL, N. *Physica médica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1952.
- CANNON, A. *The science of hypnotism*. New York, E. P. Dutton, 1956.
- CANNON, W. B. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. London, Harper & Row, 1963.
- CARDOSO JÚNIOR, M. *O exercício legal da medicina e os honorários médicos*. Rio de Janeiro, Forense, 1955.
- CARITAT, R. J. La clavicula; sus funciones; indicaciones de su extirpación. *Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay*, XIX, 632, n. 6, 1948.
- CARRARA, M.; ROMANES, R. & CANUTO, T. *Medicine légale*. Torino, UTET, 1938.
- CARRER, A. *O Homem, esse desconhecido*. Porto, Ed. Educação Nacional.
- CAWADIAS, A. P. *Hermaphroditos. The human intersex*. London, Heinemann, 1946.
- CAZAL, P. *La masse sanguine et sa pathologie*. Paris, Masson, 1955.
- CECCALDI, P. F. Vestígios determinantes e não determinantes. In: *Enciclopédia da luta contra o crime*. Abril. n. 42.
- CHAMBERLAIN, J. W.; WELCH, K. & MORSE, T. S. The management of burns in children. *Clinical Symposia*. Ciba Pharmaceutical Products, 1961.
- CHAMBERS, R. & ZWEIFACH, B. W. Topography and function of the mesenteric capillary circulation. *Am. J. Anat.*, 75:132-205, 1944.
- CHARON, A.; TAEUSH, H. W.; FITZGIBBON, C. et al. Factors associated with surfactant treatment response in infants with severe respiratory distress syndrome. *Pediatrics*, 1980.
- CHARRIÈRE, H. *Papillon*. 3. ed. Edibolso.
- CHAVIGNY, P. *L'expertise des plaies par armes au feu*. Paris, Baillière et Fils, 1918.
- CHERTOK, L. *Los métodos psicossomáticos del parto sin dolor*. Barcelona, Ed. Científico--Médica, 1958.
- CHOLDEN, L. *Lysergic Acid Dithylamid and Mescaline*. New York, Grune & Stratton, 1956.
- CLARK, R. H.; GESTMANN, D. R., NULL, D. M. et al. Prospective randomized comparison of high-frequency oscillatory and conventional ventilation in respiratory distress syndrome. *Pediatrics*, 1992.
- CLYMAN, M. J. Electron microscopy of the human foplopian tube. *Fertil & Steril.*, 1966.
- COCKSHOT, W. P.; EVANS, K. T. & HENDRICKSE, J. P. Arteriography of trophoblastic tumors. *Clin. Radiol.*, 1954.
- COLMEIRO, L. *El diagnóstico precoz del embarazo*. La Coruña, Imprenta Moret, 1950.
- CONIL, V. *Embarazo ectópico*. Barcelona, Salvat, 1940.
- COOPER, A. J. & MORRIS, J. M. Syndrome of testicular feminization in male pseudohermaphrodites. *Am. J. Obst. & Gynecol.*, 1953.
- COOPER, A. J.; MORRIS, J. M. & MAESH, V. B. Further observations of syndrome "testicular feminization". *Am. J. Obst. & Gynecol.*, 1963.
- COOPER, A. S. Factors in male sexual inadequacy: a review. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 149/4, 337, 1969.
- COPE, O. Care of the victims of the cocoanut grove fire at the Massachuset General Hospital. *New England J. Med.*, 1943.

- CORBERT, A.; BUCCIARELLI, R.; GOLDMAN, S. et al. Decreased mortality rate among small premature infants treated at birth with a single dose of sybthetic surfactant: a multicenter controlled trial. *J. Pediat.*, 1991.
- COUVELAIRE, R.; PATEL, J. & PETIT, P. Pathologie de l'appareil urinaire et de appareil génital masculin. Pathologie de l'appareil génital de la femme. In: *Nouveau précis de pathologie chirurgicale*. 2. ed. Paris, Masson, 1957. t. 6.
- CREYSSEL, J. & SUIRE, P. *Choc traumatique: l'étude clinique physiopathologique et thérapeutique*. 2. ed. Paris, Masson, 1949.
- CROCE, D. *Manual de medicina legal*. Rio de Janeiro, Forense, 1990.
- CROCE, D. & CROCE JR., D. *Vocabulário médico-forense*. São Paulo, Saraiva, 1994.
- _____. *Medicina legal para provas e concursos*. São Paulo, Saraiva, 1994.
- CROSBY, W. H. & AKEROYD, S. H. Somme immunohematologic results of large transfusions of groupe O blood in recipients of other blood groups. A study of battle casualties in Korea. *Blood*, 9:103-16, 1954.
- CSAPÓ, A. Actomyosine of the uterus. *American Journal of Psysiology*, 1950.
- DACK, C. M. *Food poisoning*. Chicago, University of Chicago Press, 1949.
- DAETWYLER, J. J. Impressões palmares. In: *Enciclopédia da luta contra o crime*. Abril, n. 44.
- DATTNER, B. *The management of neurosyphilis*. New York, Grune & Stratton, 1944.
- DAUSSET, J. HLA — *Le complex majeur d'histocompatibilité de l'homme*. Paris, Flammarion, 1982.
- DAWBBER, R. P. R. & CONNOR, B. L. *Brit. Med. J.*, 4:234, 1971.
- DECOURT, J. & GUINET, P. *Les états intersexuels*. Paris, Molineo, 1962.
- DELASCIO, D. Radiações ionizantes e malformações congênitas. In Lacaz, C. S., Corbert, C. E. & Teixeira, P. A. *Doenças iatrogênicas*, São Paulo, Edigraf, 1959.
- DELFS, E. Quantitative chorionic gonadotropin; prognostic value in hydatiform mole. *Obst. & Gynecol.*, 1957.
- DELMANTO, C. *Código Penal anotado*. 5. ed. São Paulo, Saraiva, 1987.
- _____. *Código Penal comentado*. São Paulo, Ed. Renovar, 1986.
- DE LUCA, L. A.; LIMA, O. A. & CHIORBOLT, E. Contribuição para o estudo anatomo-clínico da intersexualidade humana. *Rev. Paul. Med.*, 76:37, 1970.
- DEUTSCH, H. *The psychology of woman*. New York, Grune & Stratton, 1944/1945. v. 1 e 2.
- DICZFALUSY, E. Assay for human chorionic gonadotropin. *Endocrinology*, 1941.
- _____. Endocrine functions of the human fetoplacental unit. *Fed. Proc.*, 1964.
- DONADIO, N. *Fator masculino de esterilidade*. V Tutorial e 38.º Encontro de Especialistas, Ed. Laboratório Aché, 1983.
- DOUGLAS, G. W. Diagnosis and management of hydatiform mole. *Surg. Clin. Amer.*, 1957.
- DOUGLAS, K. S. Transsexualism, sex reassignment surgery and the law. *Cornell Law Review*, 56:963, 1971.
- DOYLE, J. B. Exploratory culdotomy for observations of tubovarian physiology at ovulation time. *Fertil. & Steril.*, 1951.
- DRINKER, C. K. *Carbon monoxide asphyxia*. New York, Oxford University Press, 1938.
- DUARTE, J. F. Conceitos de normalidade e de anormalidade em psicologia e em psicopatologia forense. *Revista da Universidade São Francisco*, v. 5, 1987.
- DUNBAR, F. *Emotions and bodily changes*. New York, Columbia University Press, 1946.
- DUNN, M.; SHENNAN, A.; ZAYACK, D. & POSSMAYER, F. Bovine surfactant replacement therapy in neonates of less than 30 weeks gestation: a randomized controlled trial of prophylaxis versus treatment. *Pediatrics*, 1991.
- DUNPHY, J. E. & VAN WINKLE, W. *Repair and regeneration: the scientific basis for surgical practice*. New York, McGraw-Hill, 1968.
- DU SAULLE, L. *Traité de médecine légale*. Paris, Masson, 1909.
- EISALO, A. et al. *Brit. Med. J.*, 3:561, 1971.
- ELLIS, L. B. & HAYNES, F. W. Postural hipotension. *Arc. Int. Med.*, 1936.
- EMERSON, H. *The alcohol and man*. New York, MacMillan, 1932.
- ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA. 1966.
- ENGLER, E. T. *Conference on diagnosis in sterility*. Springfield, Charles C. Thomas, 1946.
- ENHORNING, G.; SHENNAN, A.; POSSMAYER, F. et al. Prevention of neonatal respiratory distress syndrome by tracheal instillation of surfactant randomized clinical trial. *Pediatrics*, 1985.
- ESCALANTE, J. M. *Satanismo erótico*. Barcelona, Libr. Ameller, 1932.
- ESPÍNOLA FILHO, E. *Código de Processo Penal anotado*. Rio de Janeiro, Borsoi, 1954.
- ESTABROOKS, G. H. *Hypnotism*. New York, E. P. Dutton, 1956.
- EVANGELISTA DE JESUS, D. *Código de Processo Penal anotado*. 4. ed. São Paulo, Saraiva, 1987.
- _____. *Direito penal*. São Paulo, Saraiva, 1985. v. 1.
- EY, H. *Manual de psiquiatria*. Paris, Masson, 1981.
- FARABOEUF, L. H. & VORMIER, H. *Introduction a l'étude clinique et a la pratique des accouchements*. Paris, George Steibheil Ed., 1891.
- FARIA, J. L. de. *Aneurismas dissecentes*. Tese da Faculdade de Medicina. São Paulo, 1958.
- FARINA, R. *Transexualismo: do homem à mulher normal através dos estados de intersexualidade e das parafilias*. São Paulo, Ed. Novalunar, 1982.
- FÁVERO, F. *Medicina legal*. 6. ed. São Paulo, Livr. Martins, 1958. 3 v.
- FERNANDES, Iara de Toledo. Novos rumos do direito processual civil. *Jornal do Advogado*, out. 1991, p. 27.
- FERNÁNDEZ RUIZ, C. *El aborto criminal: estudio medicosocial*. Madrid, Biblioteca de Medicina, 1940.
- FERNÁNDEZ RUIZ, C. & DE VEGA, L. *Embarazo extrauterino*. Barcelona, Ed. Científico-Médica, 1955.
- FERREIRA, A. A. *Da técnica médico-legal na investigação forense*. Revista dos Tribunais, 1962. 2 v.
- FERRI, H. *Princípios de direito criminal*. São Paulo, Saraiva, 1931.
- FILLITI-WURMSER & JACQUOT-ARMAND, Y. Étude quantitative de l'hétérogénéité des agglutinines anti-A, ou anti-B immunes des sérums humaines. *Rev. d'Hematologie*, 15:25-39, 1960.
- FINE, J. Endotoxins in traumatic shock. *Symposium on Biochemical Response to Surgery*. Washington D. C., 1960.
- FISCHER, A. *Compêndio de embriologia humana*. 2. ed. Barcelona-Madrid, Labor, 1951.
- FISHER, A. *Laboratório (análises clínicas)*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1955.
- FOLLIS JR., R. H. *The pathology of nutritional disease*. Springfield, Charles C. Thomas, 1948.
- FORGUE, E. *Manual de patologia externa*. Madrid, Espasa-Calpe, 1955.
- FORTUNA, A. Choc terminal d'occlusion intestinal traité par le pendiomide. *Anest. Analg. Réanim.*, 14:161-3, 1957.
- _____. A morte em anestesia. *Rev. Bras. Cir.*, 76(4):149-202, 1986.
- FRANÇA, R. L. *Instituições de direito civil*. São Paulo, Saraiva, 1988.
- FREIMAN, D. C. *Pathologic observations on experimental and human thromboembolism in pulmonary embolic disease*. New York, Grune & Stratton, 1965.
- FREUD, A. *The ego and the mechanisms of defense*. Translated from the German by Cecil Bains. New York, International University Press, 1946.
- FREUD, S. Three contributions to the theory of sex. In: *Basic writings*. New York, Modern Library, 1938.
- FUGIVARA, T.; MAETA, H.; CHIDA, S. et al. Artificial surfactant therapy in hyaline membrane disease. *Lancet*, 1980.
- FÜHRER, M. C. A. *Resumo de direito civil*. 3. ed. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989.
- GALATIUS-SENSEN, F. *The haptoglobins, a genetical study*. Dousk Videnskabs, Kobenhavn, 1960.
- GARSON, N. & BARTON, G. D. Problemas del diagnóstico y tratamiento de la blenorragia. *Bol. of Sanit. Panamer.*, 1960.
- GIANQUINTO, N. A. Valove diagnosticco dell'amnioscopia. *Attual. Obst. Gin.*, 1964.
- GILBERT, J. A. & PATRICK, G. I. W. On the effects of loss of sleep. *Psychol. Rev.*, 1896.
- GIL VERNET, E. *Incontinencia urinaria en la mujer*. Madrid, Editorial Paz Montolvo, 1955.
- GOLDSMITH, N. F. et al. *Fertil. & Steril.*, 21:292, 1970.
- GOLE, L. Syphilis des organs génitaux. In: *Encyclopedie médique-chirurgicale*, 1955.
- GOMES, H. *Medicina legal*. 23. ed. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1985.
- GOODMAN, L. & GILMAN, A. *As bases farmacológicas da terapêutica*. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1953.
- GORE, H. & HERTIG, A. T. Problemas na interpoção histológica do trofoblasto. *Clínica Obstétrica y Ginecológica*. México, Ed. Interamericana, 1967.
- GORI, R. M. Estudio sobre la cristalización del moco cervical. *Obst. y Gin. Latino Amer.*, 1953.
- GRANVILLE-GROSSMAN, K. *Recent advance in clinical psychiatric*. London, Churchill, 1971.
- GRAY, J. A. *The structure of emotions and the limbic system*. 1972.
- GUÉNIOT, P. Fausses grossesses et grossesses peureses. *Médecine*, 1932.
- HAIN, A. M. & SCHOFIELD, J. C. Case of intersexuality: clinical and hormonal study. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp.*, 44:97, 1947.
- HALMANN, M. The severy of RDS during the first two neonatal days in relationship to fluid intake. *Acta Paediatr. Scand.*, 1989.
- HAMBLÉN, E. C. *Endocrinology of woman*. Springfield, Thomas, 1945.
- HARRIS, G. H. Electrical stimulation of hypothalamic and mechanism of neural control of adenohipophysis. *S. Physiol.*, London, 1948.
- HARRISON, T. T. et al. *Medicina interna*. México, La Prensa Médica Mexicana, 1966.
- HAWARD, R. C. L. Alguns aspectos psicológicos da prova testemunhal. *Revista Brasileira de Criminologia e Direito Penal*, 5:17.
- HEFFERMAN, R. J. & LYNCH, W. A. What is the states of therapeutics abortion in modern obstetrics? *Am. J. Obst. & Gynecol.*, ago. 1953.
- HEISS, H. & LEICHNER, H. Zur Frage der Gehirnschädigung bei Zangenentwischung. *Geburtsh. u. Frauenhk.*, 15:425, 1955.
- HELDT, G. P.; MERRIT, T. A.; GOLENBESKI, D. et al. Distribution of surfactant, lung compliance and aeration of preterm rabbit lungs following surfactant therapy and conventional and high frequency oscillatory ventilation. *Pediatr. Res.*, 1992.
- HEMPLEMANN, L. H.; LISCO, H. & HOFFMAN, J. G. The acute radiation syndrome. *Am. Int. Med.*, 1952.
- HENNESY, G. Effects of changes in allitude on hemopoietic activity. *Medicine*, 1951.
- HERKOWITS, M. *Antropologia cultural*. São Paulo, Jou, 1973.
- HERRÁIZ, A. & ISLA, J. L. R. de. Mortalidad perinatal en el fôrceps. *Acta Ginecológica*, 1961.
- HOFFMANN, E. *Médecine légale*. Paris, Bailliére et Fils, 1881.

- HOFFMAN, J. *Female endocrinology*. Filadelfia, Saunders, 1944.
- HOFSTAETTER, R. Uber das verhalten des Arztes bei eingebildete Schwangerschaft. *Psychotherapeut, Praxis*, 1934.
- HOLCOMB, B. Causes and diagnosis of various forms of coma. *JAMA*, 1921.
- HOLMAN, E. J. Medicolegal aspects of abortion. *JAMA*, 1954.
- HOOGWERF, P. E. *Canad. Med. Asso. J.*, 97:978, 1963.
- HORSLEY, J. S. The causes of cicatricial contraction. *An. Surg.*, 84:125-202, 1926.
- HOTCHKISS, R. S. *Fertility in men*; a clinical study of the causes, diagnosis and treatment of impareid fertility in men. Filadelfia, Ed. Lippincott, 1957.
- HOUSSAY, B. A. et al. *Fisiologia humana*. 3. ed. El Ateneo, 1957.
- HOWARD, B. H. K. Shock due supine hypotensive syndrome. *Clin. Obst. & Gynecol.*, 4:944, 1961.
- HUANG, W. Y. & PEARLMAN, W. H. Corpus luteum and steroid formation. II. Studies of the human corpus luteum in vitro. *J. Biol. Chem.*, 1963.
- HUFF, R. L.; LAURENCE, J.; SIRI, W. E.; WASSERMANN, L. R.; JAUREGUIL, G. R. & WAIS, J. Anorexia nervosa y glândulas suprarrenales. *Rev. Argent. Endocrinol. y Metab.*, 1955.
- IKEGAMI, M.; JOBE, A.; JACOBS, H. & LAM, R. A protein from airways of premature lambs that inhibits surfactant function. *J. Appl. Physiol. Resp. Environ. Exercise Physiol.*, 1984.
- IKEGAMI, M.; SILVERMAN, J. & ADAMS, F. H. Restoration of lung pressure-volume characteristics with various phospholipids. *Pediatrics*, 1979.
- INHOLZ, G. Erst erfahrungen mit der amnioskopie. *Gynaecologie*, 1965.
- JASPERS, K. *Psychopathologie générale*. Paris, Alcan.
- JEFFCOAT, T. N. A. A clinician concept of intersex. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 54:893, 1961.
- JEFFREYS, A. J.; WILSON, V. & THEIN, S. L. Hypervariable "minisatellite" regions in human DNA. *Nature*, 14:67-73, 1985.
- _____. Individual-specific "fingerprints", of human DNA. *Nature*, 16:76-9, 1985.
- JELINECK, J. *Accidentes por eletricidad*. Ed. Jabor, 1935.
- JETTER, W. W. Studies in alcohol; diagnosis of acute alcohol intoxication by correlation on clinical and chemical findings. *Am. J. Med. Sc.*, 1938.
- JOHANNSEN, R. & AGBEDAR, A. The HLA system and tissue typing. *Laboratory Notes for Medical Diagnostics*, Hoechst, West-Germany, June 1976.
- JOST, A. Recherches sur la differentiation sexuelle de l'embryon de lapin. Rôle des gonades dans la differentiation sexuelle somatique. *Arch. d'Anat. Micr. Morph. Exp.*, 36:271, 1947.
- JU, D. M. The physical basis of scan contraction. *Plast. Reconst. Surg.*, 1951.
- KAHN, E. *Psychopatia personalities*. New Haven, Yale University Press, 1931.
- KAHN, Mário. *Higiene mental*. 3. ed. São Paulo, Edigraf, 1973.
- KATEEN, H. Lymphogranuloma venereum. *Médecine*, 1945.
- KEELER, C. E. Heredity in dentistry. *Dental Cosmos*, 1935.
- KINSEY, A. C. *Conduta sexual da mulher*. Trad. port. A. V. Ramos. Rio de Janeiro, Livr. Ateneu, 1954.
- KJAERGAARD, H. Spontaneous pneumothorax in the apparently healthy. *Acta Med. Scand.*, 1932.
- KLABIN, A. A. L. *Aspectos jurídicos do transexualismo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, 1977.
- KLINFELTER, H. F. et al. Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without aleydigism and increased excretion of follicle stimulating hormone. *J. Clin. Endocrinol.*, 1942.
- KLINFELTER, H. F.; REIFENSTEIN E. C. & ALBRIGT, F. Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without aleydigism and increased excretion of follicle stimulating hormone. *J. Clin. Endocrinol.*, 2:615, 1942.
- KROGER, W. S. *Psychosamitic obstetrics, gynecology and endocrinology*. Springfield, Charles C. Thomas, 1962.
- KROGG, A. *The anatomy and physiology of capillaires*. 3. ed. Yale Univ. Press, 1936.
- KRUGMAN, R. D. *Manual de autoavaliação. Pediatría*. Tiragem exclusiva Roche, 1985.
- LABORIT, H. *Reaction organique à l'agression et choc*. 2. ed. Paris, Masson, 1955.
- LACASSAGNE, A. & MARTIN, É. *Précis de médecine légale*. Paris, Masson, 1921.
- LANGER, R. Subdivision of the MN blood groups. *Nature*, London, 1947.
- LAWRENCE, J. S.; DAWDY, A. H. & VALENTINE, W. N. Effects of radiation on the hemopoiesis. *Radiology*, 1948.
- LEADBEATER, C. W. *El plano astral y el plano mental*. Buenos Aires, Ed. Kier, 1950.
- LERICHE, R. *Des bases physiologiques de la chirurgie: pourquoi une aseptique est elle suivie de cicatrization?* Paris, Presse Méd., 1927.
- LEVY-VALENSI. *Précis de psychiatrie*. Paris, Ed. Bailliére.
- LIEBOW, A. A.; WARREN, S. & DE COURSEY, E. Pathology of atomic bomb casualties. *Am. J. Path.*, 1949.
- LIMA, G. R. de. Considerações sobre os progestágenos sintéticos. In: *Temas de obstetricia, ginecologia e pediatria neonatal*. São Paulo, Fundo Editorial Prociencx, 1964. v. 1.
- LOCARD, E. *A investigação criminal e os métodos científicos*. Trad. port. São Paulo, Livr. Acadêmica, 1939.
- _____. *Traité de criminalistique*. Lyon, Dévigne, 1931.
- LODOVICI, O. Cicatrizaçao das feridas. In: *Clínica cirúrgica*. São Paulo, Fundo Editorial Prociencx, 1965. v. 1.
- LOMBROSO, C. *L'uomo delinquente*. Torino, Fratelli Bocca, 1897.
- LONG, W.; CORBET, A.; ALLEN, A. et al. Retrospective search for bleeding diathesis among premature newborn infants with pulmonary hemorrhage after synthetic surfactant treatment. *J. Pediatr.*, 1992.
- LUND, C. C. & BROWDER, N. C. The estimation of burns. *Surg. Gynec. & Obst.*, 79(4):352-8, 1944.
- LUNDSGAND, C. & VAN SLYKE, D. D. Cyanosis. *Médecine*, 1923.
- LUSENA, G. *Tratado de traumatologia clínica*. Madrid, Labor, 1933.
- MAETA, H.; ASAKURA, K.; KONISHI, M. & FUGIWARA, T. Effect of surfactant TA on alveolar stability of premature rabbit fetus: comparison with term rabbit fetus and dry surfactant (70% DPPC and 30% PG). *Acta Neonatal*, 1983.
- MAGNI, E. & DONTUOMO, L. M. Postabortal septicotemia. *Amer. J. Obst. & Gynec.*, 1955.
- MAGNUSON, H. J. Current concepts of immunity in syphilis. *Am. J. Med.*, 1948.
- MALTHUS, T. R. *Princípios de economia política e considerações sobre sua aplicação prática*; Ensaio sobre a população. 2. ed. São Paulo, Nova Cultural, 1986.
- MARGULIES, D. L. & STEIN, L. Cholinergic synaps of a periventriculos punishment system in the medial hypothalamus. *Am. J. Physiol.*, 1969.
- MARTIN, Étienne. *Précis de médecine légale*. Paris. G. Doin, 1938.
- MASTROIANNI JR., L. Structure and function of the fallopian tube. *Clin. Obst. Gynec.*, 1962.
- MAYER, A. *Reifungsprobleme im Leben der Frau*. München, Lehmann, 1959.
- MEDAWAR, P. B. Biological aspects of the repair process. *Br. Med. Bull.*, 1945.
- MÉLEGA, J. M. & CARMELO DE MACEDO, A. Queimaduras complexas. In: *Cirurgia plástica reparadora e estética*. 2. ed. São Paulo, Medsi, 1992.
- MERRIT, H. H. Diagnostic considerations in patients with head injury. *A Research Nerv. & Ment. Dis. Proc.*, 1943.
- MERRIT, H. H.; ADAMS, R. D. & SOLOMON, H. C. *Neurosyphilis*. New York, Oxford University Press, 1946.
- MERRIT, T. A.; HALLMAN, M.; BERRY, C. et al. Randomized, placebo-controlled trial human surfactant given at birth versus rescue administration in very low birth weight infants with lung immaturity. *J. Pediatr.*, 1991.
- MERRIT, T. A.; HALLMAN, M.; BLOOM, B. T. et al. Prophylactic treatment of very premature infants with human surfactant. *N. Engl. J. Med.*, 1986.
- MICHAUT, P. *Contribution à l'étude des manifestations de l'hystérie chez l'homme*. Paris, G. Steinheil, 1890.
- MILES, W. R. *Psychological effects of alcohol on man*. New York, MacMillan, 1932.
- MIOTTI, T. Lo sperma. *Biologia. Patologia. Clínica. Att. Sc. Med.*, 1942.
- MIRABETE, J. F. *Manual de direito penal*. 6. ed. Atlas, 1986.
- _____. *Processo penal*. Atlas, 1991.
- MIRA Y LOPEZ, E. *Manual de psicologia jurídica*. Buenos Aires, El Ateneo, 1945.
- MODOLIN, M. & BEVILACQUA, R. G. Cicatrizaçao das feridas. Síntese das aquisições recentes. *Rev. Bras. Clin. Ter.*, 1985.
- MOGLIE, G. *Manuale di psichiatria*. Roma, Ed. Pozzi.
- MONGE, C. *Climatization in the Andes*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1948.
- MONTALTO B. & BENCINI, A. Transexualidade: aspectos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clin.*, 5:45, 1976.
- MONTEIRO, W. de B. *Curso de direito civil*. 23. ed. São Paulo, Saraiva, 1982/1984. 6 v.
- MOON, V. H. Shock. The pathology of secondary shock. *Am. J. Path.*, 24:235-73, 1948.
- MORLEY, C. J.; ROBERTSON, B.; LACHMANN, B.; NILSSON, R.; BANGHAM, A.; GROSSMANN, G. & MILLER, N. Artificial surfactant and natural surfactant-comparative study of the effects on premature rabbit lungs. *Arch. Dis. Child.*, 1980.
- MOSES, D.; HOLM, B. A.; SPITALE, P.; LIU, M. & ENHORING, G. Inhibition of pulmonary surfactant function by meconium. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1991.
- MOSSO, A. *Life of man on the high Alps*. London, Fisher, 1893.
- MULLER, P. & FRANCK, R. *Répercussions sur le nouveau-né de l'accouchement instrumental par voie basse: forceps ou ventouse?* Strasbourg, Medical, 1960.
- MUNRO, D. *Cranio-cerebral injuries: their diagnosis and treatment*. New York, Oxford University Press, 1938.
- MUNTHE, A. *O livro de San Michele*. 14. ed. Porto Alegre, Globo, 1979.
- MURRAY, E. G. *El ciclo vaginal humano*. Buenos Aires, López, 1942.
- NASCIMENTO, W. V. do. *A embriaguez e quatro questões penais*. Rio de Janeiro, Forense, 1990.
- NEGRÃO, T. *Código Civil e legislação civil em vigor*. 8. ed. Revista dos Tribunais, 1988.
- _____. *Código de Processo Civil e legislação processual em vigor*. 18. ed. Revista dos Tribunais, 1988.
- NELSON, W. W. & GREENE, R. R. The human ovary in pregnancy. *Internat. Obst. Surg.*, 1953.
- NILSEN, J. M. *Agnosia, aphasia, apraxia. Their value in cerebral localization*. New York, Paul B. Hoeler, 1948.
- NILSSON, R.; GROSSMAN, G. & ROBERTSON, B. Lung surfactant and the pathogenesis of neonatal bronchiolar lesions induced by artificial ventilation. *Pediatr. Res.*, 1978.
- OLIVEIRA, J. de. *Código de Processo Civil*. 16. ed. São Paulo, Saraiva, 1986.
- _____. *Código de Processo Penal*. 25. ed. São Paulo, Saraiva, 1986.
- _____. *Código Penal brasileiro*. 23. ed. São Paulo, Saraiva, 1986.
- OTTENSOOSER, F.; VERSIANI, V. & CESARINO NETO. Rh e paternidade. Caso de exclusão pelo Hr. *Conf. Soc. de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo*, 1947.

- OTTOLENGHI, S. *Trattato de polizia scientifica*. Milano, SEL, 1910.
- OVERZIER, C. et al. *Die Intersexualität*. Stuttgart, Geog. Thieme, 1961.
- PACIORNICK, M. Pseudogravidez. Considerações sobre um caso. *Rev. Bras. Med.*, 16:491-4, 1950.
- _____. Choque em obstetricia. *Rev. Bras. Ginec. e Obst.*, 11:1129, 1956.
- PAGE, E. W. et al. *Human reproduction*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1972.
- PALOMBA, G. A. *Psiquiatria forense (noções básicas)*. Sugestões Literárias, 1992.
- PANNAIN, A. *Studio clinico-ormonale della mola vesicolare*. Napoli, Pironte e Figlio, 1959.
- PARÉ, A. *Oeuvres complètes*. Paris, Bailliére, 1840.
- PARISER, H. & BEERMAN, H. Granuloma inguinale. *Am. J. M. Sc.*, 1944.
- PASQUALINI, R. Q. *Endocrinologia*. 4. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1956.
- PATEL, J. Varicocele. In: *Nouveau précis de pathologie chirurgicale*. 2. ed. Paris, Masson, 1957, t. 6.
- PATEL, J.; PETIT, P. & CENDROU, J. Les malfaçons congénitales. In: *Nouveau précis de pathologie chirurgicale*. 2. ed. Paris, 1957.
- PAULSON, M. J. & LIN, T. T. Frigidity: a factor analytic study of a psychosomatic thery. *Psychosomatics*, 1970.
- PEACOCK, E. E., JR. & VAN WINKLE, W. *Wound repair*. Filadelfia, Saunders, 1976.
- PEIXOTO, A. *Medicina legal*. 8. ed. Francisco Alves, 1940. 2 v.
- _____. *Novos rumos da medicina legal*. 3. ed. São Paulo, Ed. Nacional, 1933.
- _____. *Sexologia forense*. 3. ed. São Paulo, Ed. Nacional, 1940.
- PENROSE, L. S. *Mental defect*. New York, Farrar e Rinehart, 1934.
- PERALTA, R. A. El abuso de las indicaciones quirúrgicas en la obstetricia actual. *Acta Ginecológica*, 1950.
- PERNET, A. *Cirurgia de urgência em traumatologia da mão*. São Paulo, Fundo Editorial Prociex, 1964.
- PESSAT, R. E. Galactocele. *El Dia Medico*, 1946.
- PFANNENSTIEL, J. Ueber die Vortheile des suprasynphysaren Fascienquerschnitts für die gynakologischen Koeliotomien. *Gynak*, 1900.
- PIÉDELÉVRE, R. & DESSOILES, H. Blessures par coups de feu. In: *Études médique-légales*. Paris, Bailliére, 1939.
- PINCUS, G. The physiology of ovarian hormones. In: *The hormones*. New York, Academic Press, 1950.
- POLLACK, M. S. *Complexities of the histocompatibility (HLA) antigens*. New Jersey, Ortho Diagnostic in Raritan, May 1977.
- PONSOLD, A. *Manual de medicina legal*. Barcelona, Ed. Científico-Médica, 1955.
- PRESTES, M. *Problemas do lar*. São Paulo, Livr. Martins, 1969.
- PRITCHARD, J. A. Deglutition by normal and anencephalic fetuses. *Obst. & Gynec.*, 1965.
- RESENDE ALVES, J. B. de. *Cirurgia geral*. São Paulo, Ed. Prociex, v. 2.
- RIBEIRO, E. B. Tratamento da fratura da clavícula pela ressecção parcial do osso. In: *Estudos cirúrgicos*. 6.ª série. São Paulo Ed., 1952.
- RIBOT, T. *Maladies de la mémoire*. Paris, Alcan, 1924.
- RICARDO, D. *Notas aos principios de economia politica de Malthus*. 2. ed. São Paulo, Nova Cultural, 1986.
- RODBERY, E. *The mechanism of labour*. Springfield, Charles C. Thomas, 1954.
- RODHES, R. H. *Hipnosis*. México, Aguilar, 1954.
- RODRIGUES DE ALCÂNTARA, H. *Pericia médica judicial*. Guanabara Koogan Dois, 1982.
- ROE, O. Methanol poisoning. *Acta Med. Scandinav*, 126 Suppl., 182, 1946.
- ROEMMER, H. *Gynäkologischen Organneurosen*. Stuttgart, Geog. Thieme, 1953.
- ROF CARBALLO, J. *Patología psicossomática*. Madrid, Ed. Paz Montolvo, 1956.
- ROJAS, N. *Medicina legal*. 5. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1953.
- ROUSSY, G. & D'OELSNITZ, M. *Traitement des psychonevroses de guerre*. Paris, Masson, 1918.
- RUSSO, A. C. *Queimaduras*. Ed. Luso-Espanhola e Brasileira, 1959.
- SABATÉ MANUBENS, R. O ruído ocupacional e as perdas auditivas. *Boletim 94*, São Paulo, ProLabor News, 1996.
- SALDANHA, P. K. & OLAZÁBAL, L. C. Valor do estudo citogenético no transexualismo. *Arg. Neuro-Psiquiat.*, 34:251, 1976.
- SAMICO, A. *Da hereditariedade das arcadas dento-maxilo-facial*. Recife, 1950.
- SCHNEIDER, C. L. Etiology of fibrinopenia: fibrination-defibrination. *Ann. N. Y. Acad. Sc.*, 1959.
- SCHNEIDER, K. *Psychiatrische Vorlesunger fuer Aerzte*. 2. ed. Thieme, 1939.
- SCLIAR, M. *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo, Companhia das Letras, 1966.
- SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO*. 20. ed. São Paulo, Atlas, 1991.
- SELYE, H. *Stress*. Montreal, Acta Inc. Medical Publisher, 1956.
- _____. *Syndrome d'adaptation générale*. Montreal, J. Clin. Endocr., 1946.
- _____. *The story of the adaptation syndrome*. Montreal, Acta, 1952.
- SENO, M. & ISHIZU, H. Sex identification of a human tooth. *Internat. Journal of Forensic Dentistry*, v. 1, jul. 1973.
- SHAPIRO, L. H. & LENTZ, J. W. Fluorescent antibody technic in diagnosis of gonorrhea in females. *Obstet. & Gynec.*, 1963.
- SILVA FRANCO, A. et al. *Código Penal e sua interpretação jurisprudencial*. 2. ed. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1987.
- SILVEIRA, E. C. *Direito penal: crimes contra a pessoa*. 2. ed. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1973.
- SILVEIRA, V. C. da. *Tratado de responsabilidade criminal*. São Paulo, Saraiva, 1955.
- SIMON, A.; JORDAN, H. & PFORTE, K. Succesful identification of a bite mark in a sandwich. *Internat. Journal of Forensic Dentistry*, v. 2, n. 3, jan. 1974.
- SIMONIN, C. *Médecine légale judiciaire*. 3. ed. Paris, Livr. Maloine, 1955.
- SMITH, C. A. *The physiology of the newborn infant*. Blackwell, Oxford, 1959.
- SOGNAES, R. F. Dental science as evidence in court. *Internat. Journal of Forensic Dentistry*, 3:14-6, 1976.
- _____. The case for better bite and bite mark preservatons. *Internat. Journal of Forensic Dentistry*, 4:17-9, 1977.
- _____. Forensic bite mark measurements. *Dental Survey*, abr. 1977.
- SOMMER, K. H. *Die Gonorrhoe der frau*. Liepzig, G. Thieme, 1939.
- SOUZA LIMA, A. J. *Tratado de medicina legal*. Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1933.
- SPINOZA, B. de. *Ethics*. v. 3.
- STAMN, O. Physiological properties of amniotic fluid. *Gynecologia*, 1953.
- STANNUS, H. S. *A sixty venereal disease*. London. Bailliére, Tindall & Cox., 1933.
- STOCKINGS, G. T. A clinical study of mescaline psychosis, with special reference to the mechanism of the genesis of schizophrenic and other psychotic states. *J. Ment. Sc.*, 1940.
- TABACU, C. & CHIOTON, N. L'atteinte hépatique au cours du syndrome d'agression. *Press Méd.*, 66:871-5, 1958.
- TANZI, E. *Psichiatria forense*. Milano, Vallardi, 1911.
- TATUM, H. J. Postpartum vasomotor collapse. *Clin. Obst. & Gynec.*, 1.005, 1961.
- TAUSSIG, F. J. *Abortion: spontaneous and induced*. St. Louis, C. V. Mosley, 1963.
- TAYMOR, M. L. Valoración biológica e imunológica de gonadotrofina coriónica humana. (HCC). *Clinicas Obstétrica y Ginecológica*, México, Ed. Interamericana, 1967.
- TESSAROLO, G. Trattamento ed esiti delle frature della clavicola in raporte alla levo valutazione infortunistica. *L'Informatore Medico*, Genova, III, fev. 1949.
- TESTUT, L. & LATARJET, A. *Anatomia humana*. 9. ed. Barcelona, Salvat, 1954. 4 t.
- THOINOT, L. *Tratado de medicina legal*. Barcelona, Salvat, 1927.
- THOMS, H. *Pelvimetry*. New York, Hoeler-Harpers, 1956.
- TORIGNOLI, M. C. C. & TOKAI, A. H. Da praticidade em criminalística dos testes para residuografias. *Arquivos da Policia Civil de São Paulo*, v. 32, 1.º semestre, 1979.
- TOURINHO FILHO, F. da C. *Processo penal*. 9. ed. São Paulo, Saraiva, 1976. v. 3.
- TRABUCCO, E. A. Insuficiência espermática. *Semana Méd.*, 1952.
- _____. *Esterilidade conjugal*. Ed. Sociedad Argentina para el Estudio de Esterilidad. Buenos Aires, Editorial Médica-Panamericana, 1964.
- TREDGOLD, A. F. *A text-book of mental deficiency*. Paris, Bailliére.
- TUTHILL, J. F. Impotence. *Lancet*, 1955.
- ULLERY, J. C. *Stress incontinence in the female*. New York, Grune & Stratton, 1953.
- VALLE, G. Problemi porti all'obstetrico dai neonati intersessuali. *Urol. Int.*, 19:190, 1965.
- VANDER VEER, J. B. & KUO, P. T. Cardiac disease in pregnancy. *Am. Heart J.*, 1950.
- VAN LIERE, E. J. *Anoxion. Its effects on the body*. Chicago, University of Chicago Press, 1942.
- VAN PELT, S. J. *Usted y el hipnotismo*. Barcelona, A. H. F., 1956.
- VARELA, M. H. *Fundamentos de la hematología*. 8. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1955.
- VASCONCELOS, G. *Lições de medicina legal*. 2. ed., Forense, 1976.
- VEIGA DE CARVALHO, H. et al. *Lições de medicina legal*. São Paulo, Serv. Gráf. da Secretaria de Segurança Pública, 1963.
- _____. *Compêndio de medicina legal*. São Paulo, Saraiva, 1992.
- VELOSO BASTOS, J. A. Queimaduras: tratamento geral. In: *Cirurgia plástica reparadora e estética*. 2. ed. São Paulo, Medsi, 1992.
- VELOSO DE FRANÇA, G. *Direito médico*. 2. ed. Ed. Byk-Prociex, 1978.
- _____. *Medicina legal*. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985.
- VERISSIMO GIMENEZ, E. *Prática das infrações no trânsito*. Edipro, 1996.
- VIBERT, Ch. *Précis de médecine légale*. Paris, Bailliére et Fils, 1924.
- VICTOR, M.; ADAMS, R. D. The effect of alcohol on the nervous system. *A. Research Nerv. & Ment. Dis. Proc.* (Metabolic and Toxic Diseases of the Nervous System), 1953.
- VIDYASAGAR, D.; MAETA, H.; RAJU, T. N. K. et al. Bovine surfactant (Surfactant TA) therapy in immature baboons with hyaline membrane disease. *Pediatrics*, 1985.
- VIEIRA NETO, M. A. *Código Civil brasileiro*. 35. ed. São Paulo, Saraiva, 1985.

- VON HOFFMANN, E. & FERRI, C. *Trattato de medicina legale*. Milano, SEL, 1914.
- VON KRAFT-EBING. *Psicopathies sexuelles*. Paris, Payot, 1931.
- WAKEFIELD, A. R. Estados intersexuales y problemas relacionados. *Clínicas Quirúrgicas de Norte América*, abr. 1967.
- WALD, A. *Curso de direito civil brasileiro*; direito de família. 5. ed. Revista dos Tribunais, 1985.
- WAND, J. P. The effects of toxic doses of benzyl methyl carbinamine (benzedrine) in man. *JAMA*, 1938.
- WARKANY, J. *Congenital malformations*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1971.
- WARREN, S. The effects of radiation on normal tissues. *Arc. Path.*, 1943.
- WEGEMETH, R. O valor da biópsia de testículo no julgamento de esterilidade masculina. *Arq. Brasil. Endocrinol.*, 1954.
- WELLESLEY, G. Em busca do sexo no ocultismo. *Planeta Pesquisa*, Editora Três, n. 32-A.
- WENGRAF, F. Brief clinical psychoterapy based on consideration of puberty. In: *Handbook of correctional psychology*. New York, Intern. Univ. Press, 1947.
- WHITE, R. F.; HERTIG, A. T. & ROCK, J. Histological and histochemical observations on the corpus luteum of pregnancy. *Contrib. to Embryol.*, 1951.
- WIBEBSKY, E.; KLENSKOJ, N. C. & SWANSON, P. Preparation and transfusion of save universal donor. *JAMA*, 1941.
- WICKER, F. G. *Il mondo psichico dell'infanzia*. Roma, Astrolabio, 1948.
- WIENER, A. S. Rh-Hr Blood Types. In: *Applications in clinical and legal medicine and anthropology*. New York, Grune & Stratton, 1956.
- WITSCH, E. Embryogenesis of adrenal and reproductive glands. *Rec. Progr. Horms. Res.*, 6:1, 1951.
- WOOD, C.; BOOTH, R. T. & PINKERTON, J. H. M. Induction of labour by intra-amniotic injection of hypertonic glucose solution. *Brit. Med. J.*, 1962.
- YGGE, J.; BRODY, S.; KORSON-BENGTSEN, K. & NILSSON, L. Changes in blood coagulation and fibrinolysis in women receiving oral contraceptives. Comparison between treated and untreated women in a longitudinal study. *Am. J. of Obst. and Gynecol.*, 104:87, 1969.
- ZACCHIAS, P. *Quaestiones medico-legales*. Venetiis, Ed. Bonifacii Vieyzeri, 1737.
- ZAMARIEGO, J. Sufrimiento fetal. *Acta Ginecológica*, 1959.
- ZENO, L. Cicatrices retráteis de la región cérvico-facial. *Anales de Cirurgia*, 6:341-9, 1940.
- ZOLLINGER, R. & GROSS, R. E. Traumatic subdural hematoma: explanation of late onset of pressure symptoms. *JAMA*, 1934.
- ZWEIFACH, B. M. & HESCHEY, S. G. Protective mechanisms in shock. *Am. N. Y. Acad. Sc.*, 66:1010-21, 1957.