



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção de Recursos Humanos
Departamento de Formação

Manual de Formação Para Técnicos de Medicina Legal

5º. Semestre Medicina Legal



FICHA TÉCNICA

O presente Manual faz parte do currículo de formação inicial do Técnico de Medicina Geral (TMG), baseado em competências, que consiste em 5 semestres de formação clínica, compostos por 36 disciplinas, lecionadas de forma linear e modular com actividades na sala de aula, laboratório humanístico e multidisciplinar e estágio clínico.

O Programa de Formação inicial do TMG é fruto da colaboração do I-TECH (International Training and Education Center for Health), uma colaboração entre a Universidade de Washington e a Universidade da Califórnia em São Francisco, com o MISAU (Ministério de Saúde de Moçambique), para melhorar as capacidades clínicas do TMG no diagnóstico e tratamento das principais doenças, incluindo as relacionadas ao HIV/SIDA, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da população moçambicana.

Copyright 2012

©2012 Ministério da Saúde

Esta publicação foi realizada com o financiamento do Acordo de Cooperação U91H06801 do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA, a Administração dos Recursos e Serviços de Saúde (HRSA), no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR). Foi desenvolvido em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique e com o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças dos EUA (CDC). O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não representa necessariamente a opinião do CDC ou HRSA.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direcção de Recursos Humanos

Departamento de Formação

Repartição de Planificação e Desenvolvimento Curricular (RPDC)

Av. Eduardo Mondlane, 4º andar

Maputo-MZ

Coordenação

Maria Fernanda Alexandre (I-TECH)

Ana Bela Amude (I-TECH)

Carlos Norberto Bambo (DRH-Departamento de Formação)

Suraia Mussa Nanlá (DRH-Departamento de Formação)

Christopher Pupp (I-TECH)

Marzio Stefanutto (I-TECH)

Elaboradores de Conteúdo:

Lurdes Craveirinha

Revisores Clínicos:

Virgilio Seia

Bonefácio Rodrigues
Cebola

Revisores Pedagógicos:

Estela Tayob Lagrosse da
Fonseca

Formatação e Edição:

Ana Bela Amude

António Paunde Júnior

Adelina Maiela

PREFÁCIO

Exmos Senhores

Professores e Estudantes dos Cursos de Técnicos de Medicina Geral

Um dos grandes desafios que o Ministério da Saúde (MISAU) enfrenta é o número insuficiente de profissionais de saúde qualificados para a provisão de cuidados de saúde, em resposta às principais necessidades da população moçambicana. É neste contexto que a Direção dos Recursos Humanos do MISAU tem vindo a conduzir reformas para adequar os diferentes currículos, para modalidades baseadas em competências, como forma de trazer ao Sistema Nacional de Saúde, profissionais com conhecimentos e habilidades para cuidar do paciente.

Este manual que vos é entregue, apresenta conteúdos necessários para que o futuro técnico adquira as competências básicas de prestação de cuidados de saúde primários e secundários, de qualidade, ao paciente em ambulatório e em regime de internamento na Unidade Sanitária do Serviço Nacional de Saúde.

Este manual é um instrumento de apoio aos docentes, na preparação das aulas que se destinam à formação de Técnicos de Medicina Geral (TMG) e visa desenvolver nestes profissionais, conhecimentos, atitudes e práticas necessárias à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em conformidade com o perfil profissional de TMG, estabelecido pelo MISAU. O manual resultou da reestruturação do anterior currículo de TMG para um currículo baseado em competências. Este, integra, entre outros aspectos, o piano analítico, os objectivos e conteúdos das aulas teórico-práticas, algumas sugestões pedagógico-didácticas, instruções para a facilitação das aulas de laboratório humanístico, multidisciplinar e sala de informática. Para o aluno, este manual é um instrumento de estudo e de consulta para a aquisição de conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes que lhe permitirão, uma vez formado, prestar um atendimento de qualidade ao paciente e consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados em Moçambique, tanto no que diz respeito à prevenção, como à provisão de cuidados e tratamento, incluindo o aconselhamento sobre as doenças mais frequentes no país.

Assim, esperamos que o presente manual sirva de suporte para o alcance dos objectivos da disciplina por um lado e por outro como fonte de suporte donde o docente e o aluno possam buscar o fortalecimento de conhecimentos, garantia de uma dinâmica uniformizada tanto na transmissão como na assimilação da matéria. No entanto, docente e aluno devem procurar outras fontes bibliográficas para aprofundar e enriquecer os conhecimentos aqui contidos.

O manual foi escrito numa linguagem simples e acessível, para que seja de fácil compreensão para docentes e alunos das instituições moçambicanas de formação em Saúde.

Maputo, Março de 2013


Alexandre L. Jaime Manguele

Ministro da Saúde

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA.....	2
PREFÁCIO.....	4
ÍNDICE.....	6
PLANO ANALÍTICO.....	7
Terminologia.....	10
Introdução a Medicina Legal.....	10
Organização do Poder Judicial.....	15
Terminologia tanatológica.....	22
Certificado de óbito.....	22
Reconhecimento cadavérico.....	35
Classificação das Lesões Traumáticas-Parte 1.....	40
Classificação de Lesões Traumáticas-Parte 2.....	49
Certificação das Lesões.....	61
Feridas produzidas por agentes explosivos.....	67
Feridas produzidas por agentes que emitem energia de ordem física.....	67
Feridas produzidas por agentes que emitem energia de ordem química.....	68
Terminologia dos Delitos Sexuais Contemplados no Código Penal.....	74
Gravidez, Aborto e Parto de Interesse Médico-legal.....	85
Infanticídio.....	85
Abusos e Maus tratos.....	95
Asfixia Mecânica.....	104
Crimes contra a honestidade (violação sexual, estupro e atentado ao pudor).....	111

Plano Analítico

NOME DA DISCIPLINA: Medicina legal

DURAÇÃO DA DISCIPLINA: 1 semana

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA: 27 horas, 1 hora

NÚMERO TOTAL DE HORAS: 28 h

NOME E CONTACTO DO COORDENADOR DA DISCIPLINA:

NOMES E CONTACTOS DOS DOCENTES DA DISCIPLINA:

COMPETÊNCIAS A SEREM ALCANÇADAS ATÉ AO FINAL DA DISCIPLINA:

O Técnico de Medicina deve ser capaz de realizar as seguintes tarefas:

1. Confirmar os óbitos intra- e extra-hospitalares e emitir parecer sobre a causa da morte, tendo em conta os sinais, a história clínica e a informação fornecida pelos familiares e outros acompanhantes e preenchimento de certificados de óbito.
2. Integrar-se nas equipas da polícia de investigação criminal para realizar o reconhecimento cadaverico de óbitos extra-hospitalares e emitir parecer sobre a causa da morte (tendo em conta os sinais visíveis externamente no óbito – não executam autópsias).
3. Examinar vítimas de agressões físicas incluindo agressões sexuais e emitir parecer médico ou certificação de assistência da primeira intenção.
4. Examinar e emitir guia de transferência com o seu parecer para o médico legista mais próximo, em caso de incapacidade permanente e doenças profissionais.
5. Examinar pacientes e emitir atestados médicos, segundo as normas hospitalares vigentes e emitir guias de transferência, em casos de necessidade de seguro médico.
6. Denunciar as suspeitas de crimes contra honestidade nas crianças, aborto criminal, infanticídio e violência doméstica
7. Oferecer as vítimas de violência sexual e doméstica assistência médica tendo em conta o pacote integrado
8. Sugerir a interrupção da gravidez em circunstâncias especiais se houver condições (ex. aborto eugénico).
9. Fazer avaliação quando se tratar de aborto ilegal, baseando-se em sinais colhidos durante o exame visual, informação fornecida pela polícia, familiares e acompanhantes, no caso de aborto ilícito.
10. Fazer a investigação e referência aos Serviços de Acção Social de casos suspeitos de abuso ou negligência de crianças, deficientes físicos ou mentais, idosos e pessoas sofrendo de invalidez.
11. Fazer revisão da organização do poder judicial em Moçambique, desde a localidade até ao centro e saber em que situações e circunstâncias poderão abordar cada um desses sistemas.

DESCRÍÇÃO DA DISCIPLINA:

A disciplina de Medicina legal é considerada um elo de ligação ou interacção entre a Medicina e o Direito, ambos orientados para a aplicação de leis com vista a realização da justiça.

Têm importância no currículo do Técnico de Medicina, pois este precisa de adquirir capacidades para apurar a verdade nos casos ou situações requeridas pela justiça, através de uma investigação ou avaliação imediata como por exemplo o de um dano corporal como consequência de um delito; de lesões resultantes de acidentes automobilísticos, aéreos ou marinhos para chegar a uma conclusão e resolver dentro das suas competências ou referir a um nível superior.

Data / Hora	Número da aula	Tópicos e Conteúdo	Duração da Aula	Tipo de aula
	1	Introdução ao estudo da Medicina legal: ● Terminologia ● Introdução	2	Teórica
	2	Poder Judicial em Moçambique: Organização do poder judicial	2	Teórica
	3	Tanatologia e Certificação da Morte: ● Terminologia tanatológica ● Certificado de óbito	3	Teórica
	4	Tanatologia Reconhecimento cadavérico	2	Laboratório Humanístico
	5	Traumatologia Forense: Classificação das lesões traumáticas	2	Teórica
	6	Traumatologia Forense (continuação): Classificação das lesões traumáticas (cont)	2	Teórica
	7	Traumatologia Forense Certificação das lesões	3	Laboratório -Humanístico
	Avaliação		1	Teórica
	8	Asfixiologia Forense Sexologia Forense: Terminologia dos Delitos Sexuais contemplados no Código Penal	2	Teórica
	9	Obstetrícia Forense: ● Gravidez, Aborto e Parto de interesse médico-legal ● Infanticídio	2	Teórica
	10	Medicina Legal do Trabalho e Seguro Médico: ● Doença Profissional, Acidentes de Trabalho e Seguro Médico ● Abusos e Maus tratos	2	Teórica
	11	Asfixiologia: Asfixia mecânica	2	Laboratório Humanístico
	12	Sexologia forense Crimes contra a honestidade (violação sexual, estupro e atentado ao pudor)	2	Laboratório Humanístico
	Avaliação		1	Teórica
	Total		28	horas

Livros de Referência para a disciplina

Leituras para o docente aprofundar no tópico

Leituras adicionais para o aluno (se necessário)

BIBLIOGRAFIA:

Texto principal da disciplina

1. Temas de Medicina Legal e Seguros – António Eugénio Zacarias, Imprensa Universitária, 2004.

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	01
Tópico	Introdução ao estudo da Medicina Legal	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Terminologia - Introdução a Medicina Legal	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir o conceito de Medicina Legal
2. Mencionar as características da Medicina Legal
3. Descrever a importância da Medicina Legal
4. Mencionar as áreas de produção de provas na Medicina Legal

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Disciplina		
2	Introdução à Aula		
3	Terminologia		
4	Introdução ao Estudo da Medicina Legal		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

1. Temas de Medicina Legal e Seguros - António Zacarias, Imprensa universitária, 2004;
2. França – Medicina Legal, 9^a edição, Guanabarakoogan editora, 1998.
3. <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAcBwAJ/medicina-legal-introducao>

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À DISCIPLINA

- 1.1. Apresentação do docente
- 1.2. Apresentação dos alunos
- 1.3. Introdução breve da disciplina, incluindo a importância para os Técnicos de Medicina
- 1.4. Apresentação do plano temático e analítico: tópicos, conteúdos e laboratórios
- 1.5. Apresentação da estrutura da disciplina incluindo o cronograma e inter-relações com outras disciplinas teóricas.
- 1.6. Explicar o que se espera dos alunos para esta disciplina e os métodos de avaliação

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À AULA

- 2.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 2.2 Apresentação da estrutura da aula
- 2.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 3. TERMINOLOGIA

A Medicina Legal é uma especialidade que estuda as questões legais de natureza biológica tanto no vivo como no cadáver, restos ósseos e fragmentos humanos. Ela tem como sinónima as seguintes designações: Medicina Forense, Patologia Forense, Medicina Legal e Toxicologia, Medicina Legal e Ética Medica, Jurisprudência Medica, Medicina Judiciaria, Medicina Critica entre outras; nosso país é designada Medicina Legal e Seguros.

3.1 Definição

Medicina Legal ou Forense

A Medicina Legal ou Forense é definida como sendo a aplicação dos conhecimentos médicos ou biológicos e de outras ciências auxiliares na investigação, interpretação e desenvolvimento da justiça social, bem como na aplicação das leis no aperfeiçoamento das mesmas. A actuação médica com a finalidade de produção de provas denomina- se perícia.

3.2 Características da Medicina Legal

- É uma especialidade que se subsidia de conhecimentos médicos das diferentes especialidades médicas e de outras ciência auxiliares (física, balística, direito, química etc.).
- É heterogénea nos seus propósitos
- Não tem como finalidade a cura do doente, mas sim o esclarecimento da pura verdade para o benefício da moral social

BLOCO 4. INTRODUÇÃO AO ESTUDO DE MEDICINA LEGAL

4.1 Medicina Legal em Moçambique

Em Moçambique surge em Maio de 1968 sob o Decreto nº 5023, com a criação do Conselho Medico Legal.

Actualmente existem no país três Serviços de Medicina-legal, nomeadamente:

Serviço de Medicina Legal de Maputo, Serviço de Medicina Legal da Beira e Serviço de Medicina Legal de Nampula, que funcionam nos respectivos Hospitais Centrais.

O serviço de Medicina Legal em Maputo por exemplo, está localizado no recinto do Hospital Central de Maputo e no período de 1975 a 1989 era constituído por pessoal médico e serventuário dependente do serviço de Anatomia Patológica.

Em 1989, devido aos problemas da guerra civil, houve cisão destes dois serviços, passando o serviço de Medicina legal a ter dupla subordinação nomeadamente, do Ministério da Saúde que contratava médicos legistas e peritos e do Ministério do Interior que administrava e controlava o serviço por meio dos Agentes da Policia de Investigação Criminal (PIC) e controlava o pessoal serventuário (evisceradores).

Em 1994 por decisão do MISAU, o serviço de Medicina Legal foi integrado na Direcção de Saúde da Cidade de Maputo/Departamento de Higiene Ambiental e Exames médicos (CHAEM).

EM 1998, o mesmo serviço foi transferido para o Departamento de Assistência Médica, passando a ser autónomo no Hospital Central de Maputo e cria-se as Unidades Médico Judiciais nos Hospitais.

4.2 Importância da Medicina Legal e sua aplicação

- A Medicina Legal contribui para a elaboração, interpretação e aplicação das leis. No quadro da aplicação, pode sugerir absolvição ou condenação do arguido, retribuição e/ou retirada de honra, liberdade e/ou a fortuna em dependência dos resultados periciais.
- É importante tanto para os operadores do direito quanto para os médicos ou técnicos. Os juristas e/ou advogados devem ter conhecimento da matéria para formular os quesitos duvidosos, saberem pedir e interpretar os laudos periciais, isto é, aquilo que o médico deve responder. Qualquer profissional de saúde pode ser solicitado pela justiça para auxilia-la na produção e interpretação de prova de natureza biológica.

4.3 Actividades da perícia médico-legal

A medicina legal nasceu para solucionar os problemas colocados pelo Direito em conciliação com outras ciências auxiliares e envolve um diversificado leque de actividades complementares.

A produção de provas pode ser produzida nas seguintes áreas:

- **Antropologia Forense**

Estuda a identidade e a identificação do homem. A identificação médico-legal é determinada através de métodos, processos e técnicas de estudo dos seguintes caracteres: idade, sexo, raça, altura, peso, sinais individuais, sinais profissionais, dentes, tatuagens e outros.

- **Traumatologia Forense:**

Dedica-se ao estudo das lesões corporais (alterações anatómicas e funcionais) causadas por uma força externa, como por ex: queimaduras, lesão por arma de fogo, objecto contundente (ex. pau), cortante (faca), atropelamento, etc., de interesse para a justiça.

- **Sexologia Forense**

Estuda os aspectos da sexualidade que tem interesse jurídico tal como: violência sexual, anomalias de diferenciação sexual e transtornos de instinto sexual.

- **Tanatologia Forense**

Estuda os aspectos médico-legais da morte: fenômenos cadavéricos, autópsias, embalsamamento, direitos as leis que regulam o manuseamento e posse sobre o cadáver, eutanásia e distanásia.

- **Toxicologia Forense**

Estuda os aspectos legais das intoxicações (envenenamentos, intoxicações accidentais e abuso de drogas).

- **Psicologia Judiciária**

Estuda a capacidade civil e responsabilidade penal, psicologia do testemunho e da confissão.

- **Psiquiatria Forense**

Estuda a alteração mental ou suposta com repercussão na esfera jurídica, crimes no curso de psicoses, personalidades psicopáticas, simulação, dissimulação.

- **Infortunística / Medicina Legal do Trabalho:**

Estuda os aspectos legais das alterações de saúde causadas pela actividade laboral; acidentes de trabalho.

- **Obstetrícia Forense**

Estuda os aspectos jurídicos relacionados com a gravidez, desde a concepção até a forma como termina (fecundação, gravidez, aborto, parto e infanticídio).

- **Asfixiologia Forense**

Estuda as mortes resultantes da Síndrome asfíctica provocadas por asfixias mecânicas

BLOCO 5. PONTOS-CHAVE

- 5.1 A Medicina Legal surgiu da necessidade de solucionar as questões médicas com interesse jurídico.
- 5.2 A Medicina Legal coopera para cumprimento e execução das leis já existentes, interpreta material legal de relevância médica e biológica e contribui para a elaboração, interpretação e aplicação das leis.
- 5.3 Para os médicos/técnicos o conhecimento da Medicina Legal é importante para a produção de provas que auxiliem no esclarecimento da verdade em casos ou situações requeridas pela justiça de natureza biológica.
- 5.4 É importante que o médico ou técnico conheça os limites legais no exercício da sua profissão, porque pode servir de perito e oferecer ao advogado um amplo repertório de provas médicas de contestação ou defesa da vítima.

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	02
Tópico	Poder Judicial em Moçambique	Tipo	Teórica
Conteúdos	Organização do Poder Judicial	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a organização do poder judicial em Moçambique, desde o nível da localidade até ao nível central.
2. Listar a função de cada um dos componentes deste sistema (Tribunais e Procuradoria/Ministério Público).
3. Explicar a relação entre a Medicina Legal e o Poder Judicial.
4. Enumerar os documentos médico-legais que o Técnico de Medicina terá que preencher e a sua utilidade para o sistema judicial:
 - a) Notificações
 - b) Atestados

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Organização do Poder Judicial em Moçambique		
3	Medicina-Legal e Poder Judicial		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia :

1. Temas de Medicina Legal e Seguros - António Zacarias, Imprensa universitária, 2004
2. <http://www.bing.com/search?q=documentos+medicolegais&form=CMDTDF&pc=CMDTDF&src=IE-SearchBox>

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2. ORGANIZAÇÃO DO PODER JUDICIAL EM MOÇAMBIQUE

2.1 Organização do Poder Judicial em Moçambique

O poder Judicial em Moçambique é constituído ao nível localidades, ao nível distrital e ao nível provincial.

Ao nível das Localidades é constituído pelos Tribunais Comunitários, geridos pela própria comunidade e a justiça é feita pelos membros eleitos pela Comunidade, envolvendo questões mais leves (por ex: disputas entre vizinhos) e não crimes de pena maior (homicídios, agressão física, violações sexuais entre outras).

Ao nível distrital o Poder Judicial é representado pelo Ministério Público (Procuradorias Distritais) que na maior parte das vezes partilham o mesmo edifício com os Tribunais Judiciais distritais. É neste nível que o Poder Judicial começa a ser exercido oficialmente, na resolução de questões de natureza penal, civil de certa gravidade. Neste nível já começa-se a solicitar perícias médico-legais na produção de provas, com intervenção da Polícia de Investigação Criminal (PIC).

Ao nível Provincial encontram-se as Sedes Provinciais, as Procuradorias Provinciais, os Tribunais Judiciais Provinciais, que resolvem casos, desde ao menor nível de gravidade até aos que merecem as penas mais altas. Os peritos médico-legais estão sempre envolvidos na averiguação oficiosa dos casos.

Em três províncias do País nomeadamente, Maputo, Beira e Nampula, para além dos Tribunais provinciais, encontram-se ainda os Tribunais de Recurso, para onde são encaminhados os casos que na instância inferior não encontraram um desfecho desejável (os advogados de defesa recorrem a elas para resolução mais satisfatória).

A nível Central, encontra-se a Procuradoria da República como defensora do Estado (Ministério Público).

O Tribunal Supremo, situado na Província de Maputo, é a instância mais alta da administração da justiça em Moçambique. Recorre-se a este tribunal como última instância do Poder Judicial isto é, nos casos em que na instância inferior (nesse caso tribunais de recursos) não foram encontrados desfecho desejáveis.

2.2 Órgãos de administração da justiça

2.2.1 Tribunais

Os Tribunais são órgãos cuja finalidade é exercer a jurisdição ou seja resolver litígios com eficácia. Alguns tribunais podem ter competências para cumprir atos não contenciosos.

Função

Os tribunais têm como função garantir e reforçar a legalidade como factor de estabilidade jurídica, garantir o respeito pelas leis, assegurar os direitos e liberdade dos cidadãos, assim como os interesses jurídicos dos diferentes órgãos e entidades em existência legal.

Os tribunais penalizam as violações da legalidade e decidem de acordo com o estabelecido na lei.

2.2.2 Ministério Público

O Ministério Público constitui uma magistratura hierarquicamente organizada, subordinada ao Procurador-Geral da República.

Função

Nos termos do art.236 da Constituição da República de Moçambique, ao Ministério Público compete o seguinte:

- Representar o Estado junto dos Tribunais e defender os interesses que a lei determina;
- Controlar a legalidade e os prazos das detenções;
- Dirigir a instrução preparatória dos processos-crime;
- Exercer a acção penal;
- Assegurar a defesa jurídica dos menores, ausentes e incapazes;
- Instruir processos de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Salientar que a PIC (Policia de Investigação Criminal) mesmo não sendo um órgão do poder judicial, colabora na instrução de processo.

BLOCO 3. MEDICINA LEGAL E PODER JUDICIAL

3.1 Relação entre a Medicina Legal e o Poder Judicial

A saúde é um direito fundamental e constitui um vector para a justiça social, sendo assim, a Medicina Legal constitui a ponte de ligação entre Ciências Médicas e o Direito, auxilia na produção de provas científicas dos delitos, com componente biológica, através de actividade pericial previamente solicitada pela autoridade competente (PROCURADORIA, TRIBUNAL, PIC, PRIVADOS), bem como na elaboração de documentos médico-legais.

A medicina legal coloca os conhecimentos científicos à disposição do estudo e do esclarecimento de inúmeros fatos de interesse jurídico, nas diferentes áreas do Direito e poder judicial e é a autoridade competente para solicitar a perícia e fazer o uso dela.

3.2 Documentos Médico-legais

Documento é uma declaração escrita, oficialmente reconhecida, que serve de prova de um estado, facto ou acontecimento, isto é, todo o instrumento que tem a faculdade de reproduzir e representar uma manifestação de pensamento.

Do ponto de vista médico-legal representam manifestações públicas ou privadas, que tem um carácter representativo de um facto a ser avaliado em juízo.

Os documentos médico-legais são todas informações escritas, fornecidas por um médico ou Técnico de Medicina, que relata matéria clínica de interesse jurídico-legal (atestados, notificações, relatórios e pareceres) fruto do cumprimento de encargo deferido pela autoridade competente.

Os documentos de interesse da Justiça são:

1. Notificações
2. Atestados
3. Relatórios
4. Pareceres

1. Notificações

São comunicações obrigatórias feitas pelos médicos ou Técnicos de Saúde as autoridades competentes de um facto profissional, por necessidade social, de saúde pública ou jurídico-legal, tais como: acidentes de trabalho, doenças profissionais, doenças infecto-contagiosas, uso habitual ou não de substâncias psicotrópicas licitas sob controle.

Em alguns crimes de natureza pública (como os casos de aborto criminal, envenenamento, homicídio, violência doméstica e sexual nos menores), o profissional da saúde que tomar conhecimento em virtude do exercício das suas funções ou não, deve relatar por escrito o que observou e constatou e notificar ao Ministério Público, titular da ação penal pública para desencadear o respectivo procedimento criminal.

Ainda não existe, no nosso país, um modelo oficial de Notificação em Medicina Legal deste modo as notificações são feitas em uma folha A4 conforme o modelo em Anexo.

2. Atestados

São documentos assinados sob responsabilidade, pelo qual se certifica ou se atesta alguma coisa. É elaborado pelo médico ou Técnico de Saúde e tem como fim provar um estado mórbido real, presente ou anterior, para fins de licença, dispensa, justificativo de um estado de saúde.

Por exemplo:

Na área do trabalho o atestado ou certificado é passado:

- Em caso de aborto não-criminoso; repouso remunerado da mulher e retorno à função anterior em caso de ameaça de aborto;
- Para evitar o rompimento do contrato da mulher grávida se este é apresentado;
- Justificação - Ausência no Trabalho - - Atestado Médico de Doença;
- Para obtenção dum emprego- Atestado de aptidão.

Os atestados são classificados em:

- Oficioso: serve como prova ou justificativo por ausências no local de trabalho ou serviço, por exemplo: atestado de doença;
- Administrativo: serve geralmente para a Administração Pública, para efeitos de licença, reforma ou justificativo de faltas;
- Judiciário: de interesse da Administração da justiça, requisitado pelo Juiz.

3. Relatórios

Relatório médico-legal é a exposição escrita e minuciosa de uma perícia médico-biológica a fim de responder a solicitação da autoridade policial ou judicial, de uma entidade pública ou privada.

Existem dois tipos de relatório: (1) AUTO quando é ditado pelo perito ao escrivão, durante ou logo após, e (2) LAUDO quando é redigido pelo(s) próprio(s) perito(s), posteriormente ao exame.

4. Pareceres

O parecer médico-legal é uma opinião escrita sobre uma perícia previamente realizada.

BLOCO 4. PONTOS-CHAVE

- 4.1 Os principais órgãos de administração da justiça são os Tribunais e o Ministério Público.
- 4.2 A nível distrital o Poder Judicial é representado pelo Ministério Público (Procuradorias Distritais e Tribunal judicial Distrital).
- 4.3 A nível da província: Procuradorias Provinciais, Tribunais Judiciais Provinciais e os de recurso em Maputo, Sofala e Nampula.

- 4.4 A nível Central, existe a Procuradoria da República como defensora do Estado (Ministério Público), o tribunal supremo, para além dos provinciais.
- 4.5 O Ministério Público tem funções de entre outras representar o Estado junto dos Tribunais e defender os interesses que a lei determina; controlar a legalidade e assegurar a defesa jurídica dos menores, ausentes e incapazes.
- 4.6 Existe uma relação estreita entre a medicina legal e o poder judicial, sendo a medicina legal uma ciência que aplica os conhecimentos médicos e biológicos à resolução das questões do Direito, através da perícia, previamente solicitada pela autoridade competente.
- 4.7 Os documentos médico-legais usados para fornecer informação de carácter jurídico são: notificações, atestados, relatórios e pareceres.

MINISTÉRIO

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Entidade que notifica:

Assunto a considerar:

Identificação do doente:

Resumo do historial:

Diagnóstico provisório

Assinatura do Técnico:

Data:

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	03
Tópico	Tanatologia e Certificação da Morte	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Terminologia tanatológica - Certificado de óbito	Duração	3h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir morte.
2. Identificar os sinais que caracterizam a morte.
3. Diferenciar a morte natural da morte violenta.
4. Diferenciar o reconhecimento do levantamento cadavérico.
5. Descrever os destinos a dar ao cadáver.
6. Descrever as normas e procedimentos no manuseio de cadáver
7. Descrever o propósito do certificado de óbito
8. Ter noções básicas do preenchimento do certificado de óbito

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Morte		
3	Certificado de Óbito		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia :

1. Temas de Medicina Legal e Seguros - António Zacarias, Imprensa universitária, 2004;
2. França – Medicina Legal, 9^a edição, Guanabara koogan editora, 1998

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejá para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2. MORTE

2.1 Introdução

A morte é o fenômeno natural que mais se tem discutido tanto em religião, ciência, opiniões diversas. O Homem, desde o princípio dos tempos, tem a caracterizado com misticismo, magia, mistério e segredo.

Para os célicos, a morte compreende o cessar da consciência, exactamente quando o cérebro deixa de executar suas funções.

A morte do homem como destino final, transcende a um mero processo biológico, visto que ela tem repercussões morais, sociais, jurídicas, que torna quase impossível que nos sintamos numa situação de neutralidade ou indiferença perante ela. "A morte é uma situação em que se sente mais do que se pensa".

Não existe cultura ou sociedade, que esteja isenta de enfrentar este fenómeno – a morte, visto que ela está rodeada e integrada num sistema de crenças e de outras manifestações socioculturais, antropológicas, religiosas, políticas e jurídico-legais, que tem como objectivo ou finalidade o de ajudar o homem e a sociedade a enfrentar o seu destino final.

Ao se abordar os efeitos legais da morte, é necessário considerar o conceito jurídico segundo o artigo nº68 do Código Civil – "fim da personalidade jurídica". Com a morte termina a existência jurídica de alguém e ocorrem mudanças relativas ao património (bens), obrigações, processos jurídicos, compromissos de responsabilidade penal ou civil e testamentos.

Daí a importância de certificar a morte (diagnosticar com base nos sinais de morte abaixo apresentados).

2.2 Definição

A morte é definida como sendo a cessação definitiva e irreversível das funções vitais (respiratória, cardiorrespiratória e encefálica).

Este conceito foi substituído gradualmente com o surgimento de processos modernos de transplante de órgãos e tecidos, dando lugar a polémica e controvérsias sobre o exacto momento de considerar alguém morto.

Atualmente o conceito de morte abrange com grande relevância a avaliação da actividade nervosa devido a *morte encefálica*: que é a ausência total e irreversível de resposta nervosa, comprometendo a vida de relação e a coordenação da vida vegetativa, com perda da consciência, durante um período não inferior a 24h diferenciando da morte cerebral, que corresponde a cessação definitiva da função nervosa só com comprometimento das funções de vida de relação quer dizer que não é necessário que cessem as actividades dos três sistemas mencionados, para se considerar que o indivíduo está morto, bastando apenas que cesse a actividade encefálica, para se considerar morte irreversível (morte encefálica).

2.2.1 Sinais que caracterizam a Morte

Na prática existem algumas dificuldades para confirmar o diagnóstico de morte, sendo necessário seguir um padrão uniforme e elucidativo que abranja todos os sistemas determinantes deste processo. Sendo assim, para o diagnóstico de morte é necessário a cessação das seguintes funções:

- Função Nervosa: ausência total de resposta cerebral, como perda absoluta da consciência; abolição dos reflexos cefálicos, como hipotonia muscular e pupilas fixas e indiferentes ao estímulo luminoso;
- Função cardiocirculatória: ausência de batimentos cardíacos e pulsos periféricos;
- Função respiratória: ausência da respiração espontânea por 5 min, após hiperventilação com oxigénio a 100%.

2.3 Tipos de Morte- Terminologia tanatológica

Existem diferentes tipos de morte sob o ponto de vista Médico-legal em termos de conceito. Entre eles os mais destacados: Morte natural e morte violenta, desde ponto de vista da sua natureza ou origem.

a) Morte Natural

Morte Natural é a morte ou cessação das funções vitais provocada por uma doença ou enfermidade ou ainda, devido a idade avançada (diminuição da renovação celular com a idade).

b) Morte violenta ou morte não natural (no mundo actual usa-se mais morte violenta).

Morte violenta é a morte ou cessação de funções vitais provocada por causas externas (por ex: acidentes de viação, mordedura canina, picada de abelhas, esfaqueamentos, alergia a penicilina, intoxicação alcoólica, etc).

2.4 Reconhecimento e levantamento cadavérico

É denominado **reconhecimento cadavérico** o exame que é efectuado ao cadáver depois que este tenha sido removido do local de facto, isto é do local onde se supõe que tenha ocorrido a morte.

Levantamento cadavérico é o exame efectuado no local de facto antes da remoção do cadáver por uma equipe multidisciplinar composta por Médicos legistas, criminalistas, procurador e Policia de Investigação criminal. Este procedimento está consagrado na lei, a sua não aplicação demonstra a fraqueza judicial do sistema. Actualmente realiza-se em algumas jurisdições.

2.5 Fenómenos Cadavéricos

São os sinais ou transformações que se observam no organismo após a extinção dos processos bioquímicos vitais, que ocorrem de uma forma passiva devido a influência dos factores ambientais.

Os fenómenos cadavéricos ou sinais da morte são classificados em sinais abióticos ou negativos e bióticos ou positivos.

2.5.1 Os fenómenos cadavéricos abióticos

por sua vez são classificados em imediatos e tardios segundo a descrição abaixo:

1. Sinais Negativos imediatos

São sinais que não dão a certeza de que o individuo está morto pois podem existir em indivíduos em coma profunda devido a diminuição da sua perceptibilidade.

Podem ser observados no organismo devido a cessação das funções vitais e subdividem-se em:

- o Para função nervosa (perda de consciência, que se mede pelos reflexos corneanos, tendinosos, relaxamento dos esfíncteres; perda da sensibilidade; abolição da motilidade e do tono muscular);
- o Para a função cardiocirculatória (cessação da circulação sanguínea, ausência de batimentos cardíacos -5 minutos em cada válvula- e ausência do pulso);
- o Para a função respiratória (será ausência da respiração, medida pela ausência de expansão do tórax, auscultação pulmonar com ausência de murmúrios vesiculares)
- o Para a função cerebral (comprovada pelo eletroencefalograma – EEG).

2. Sinais Negativos tardios

São aqueles que não são influenciados pela biota (ou microflora normal do organismo e enzimas do organismo que geralmente iniciam a putrefação).

São sinais simples e mais seguros, permitindo o diagnóstico correcto e de certeza da morte. Entre eles destacam-se:

- o **Algor Mortis ou Esfriamento cadavérico**

Com a morte, cessa no organismo o sistema de regulação que mantinha a temperatura constante e o metabolismo celular que é fonte de calor. A cessação deste fenómeno dá lugar a um progressivo esfriamento do cadáver, que se inicia nos pés, mãos e face, duas horas após a morte e estende-se depois para as extremidades, região peitoral e dorsal e finalmente para o abdómen, axilas e pescoço. Em média ocorre 6 a 12 horas após a morte.

- o **Desidratação cadavérica ou Evaporação**

Ocorre o apergaminhamento da pele, ressecamento das mucosas e globos oculares. A secura da pele e mucosas é devido ao facto de não existir mais a circulação do fluxo de humor e a cessação da circulação sanguínea, associada a condições ambientais externas caracterizadas por elevadas temperaturas e intensa ventilação que causam evaporação dos líquidos nos tecidos, com maior evidência nas partes descobertas do cadáver, onde a pele é mais fina, por ex: mucosas, escrotos, formando nódos ou manchas que se assemelham a escoriações.

- o **Livor Mortis, Lividez Cadavérica , Hipostase Macha cadavérica.**

São manchas cutâneas de hipóstase, encontradas na parte de declive dos cadáveres, as quais começam a aparecer sob a forma de pontilhado e, em seguida, coalescem para formar placas vermelho-arroxeadas, que desaparecem pela compressão antes de fixar-se. Surgem na 1^a hora após o óbito e tornam- se evidentes no fim de 2 a 3 horas.

Ocorrem devido a paragem da circulação, a gravidade e a permeabilidade deficiente dos tecidos (Com a paragem da actividade cardíaca inicia-se um processo de contracção progressiva muscular, levando ao deslocamento da massa sanguínea, que esvazia as artérias e origina uma hiper-reflecção das veias, e, por influência da gravidade há um refluxo passivo de sangue e dos líquidos corporais para as regiões ou partes do corpo em declive).



Figura 1. Livor Mortis ou Hipóstase

Fonte: <http://temasdireito.blogspot.com/p/medicina-legal.html>

o Rigor Mortis ou Rigidez Cadavérica

Logo após a morte produz-se um estado de relaxamento e flacidez muscular em todo o corpo, mas passado algum tempo, dependendo de vários factores, inicia-se lentamente um processo de contractura muscular que se chama de Rigidez cadavérica ou Rigor Mortis, que é resultante de múltiplos factores, sendo o principal a depleção de ATP, que resulta na inestabilidade do complexo actina-miosina. Inicia geralmente 1 a 2 horas após a morte e atinge o máximo por volta das 24 horas, desaparecendo depois de 24 horas, devido a putrefação.

Manifesta-se primeiro na face, mandíbula e no pescoço, seguindo-se os membros superiores, o tronco e finalmente os membros inferiores. É um processo que afecta todos os tipos de músculos e a sua regressão realiza- se no mesmo sentido.



Figura 2. Rigor Mortis ou Rigidez cadavérica

Fonte: <http://temasdireito.blogspot.com/p/medicina-legal.html>

2.5.2 Sinais Positivos ou Transformativos

Os fenómenos transformativos podem ser de duas ordens: destrutivos (autólise, putrefação e maceração) e conservadores (mumificação, saponificação, calcificação e corificação).

a) Destrutivos

o Autólise

É um conjunto de processos de decomposição ou fermentação anaeróbica que ocorre no interior da célula produzidas por enzimas celulares, como resultado de cessar circulatório.

o Putrefação

É um processo de decomposição ou fermentação pútrida de origem bacteriana, os germes responsáveis desenvolvem-se na matéria orgânica e produzem enzimas que actuam selectivamente sobre os princípios orgânicos-proteínas, lípidos e carbohidratos, que conduzem a destruição do cadáver.



Figura 3. Processo de Putrefação

Fonte(fig1 e 2): Cortesia da Medicina Legal, HCM



Figura 4. Processo de putrefação numa fase avançada



Figura 5. Processo de putrefação em fase avançada

Fonte: Cortesia da Medicina Legal, HCM



Figura 6. Maceração no recém-nascido

Fonte: <http://temasdireito.blogspot.com/p/medicina-legal.htm>

- b) **Conservadores ou anormais de putrefação** Em determinadas circunstâncias a putrefação é interrompida ou em algumas ocasiões nunca se inicia; Ex: maceração, mumificação, corificação, saponificação e calcificação.

o Mumificação

Ocorre em meio quente e seco, quando o cadáver é ressecado naturalmente ou pelo embalsamento. Os tecidos ficam com aspecto de couro curtido.



Figura 7. Mumificação de um cadáver

Fonte: <http://temasdireito.blogspot.com/p/medicina-legal.htm>

o Saponificação

É a transformação do cadáver em substância untuosa, mole e quebradiça, de tonalidade amarelo-escura, dando uma aparência de cera ou sabão.

Ocorre em geral na sexta semana após a morte, em local húmido, argiloso e mal ventilado.



Figura 8. Cadáver em saponificação

Fonte: <http://myrustysieve.blogspot.com/2011/01/lather-cadaver.html>

2.6 Destinos do cadáver

Após a morte, o corpo inanimado do homem pode ter os mais variados destinos, tais como:

- **Inumação simples (enterro)**

Este é o destino mais comum.

Verificado o óbito, processam-se as formalidades legais e, com a apresentação do atestado de óbito pela família ou interessados, o cadáver é levado ao cemitério público. Em caixões próprios, é inumado em sepulturas comuns.

O sepultamento não deve ocorrer antes das 24h nem depois das 36h, a não ser por motivos especiais. No caso de epidemias, conflitos, atritos sociais, a inumação pode ser realizada antes daquele prazo ou pode exceder aquele tempo.

- **Cremação**

O sistema de cremação de cadáveres foi adoptado por muitos países. Nesse processo o cadáver é transformado em cinzas, em fornos. A seguir as cinzas são depositadas numa caixa de metal e ficam na posse da família. Segundo a lei vigente, nunca se deve cremar as mortes de causa violentas ou suspeitas antes de autopsia Medico Legal.

Outros destinos actualmente pouco usados:

- **Imersão**

Antigamente, quando não existia um melhor aperfeiçoamento dos transportes marítimos, após a morte e formalidades legais, os corpos eram submersos na água. Sua finalidade era evitar a putrefação dentro da embarcação.

- **Mausoléu: Heróis**

Em Moçambique apenas três destinos são usados, inumação, exposição no Mausoléu e cremação. Porém em situações como doenças epidemiologicamente perigosas como a cólera ou meningite meningocócica o estado pode determinar o destino a ser dado o cadáver devido a perigo que eles constituem para a Saúde Pública.

2.7 Normas e procedimentos Legais para o manuseamento do cadáver

Existem no país uma série de Normas e Procedimentos Legais para manusear cadáveres e devem ser observados para não infligir a lei. O cadáver configura um estado de semi-possessão (não é de todo á família e tão pouco do estado). Tais normas e procedimentos centram-se na origem de morte, se natural ou violenta, sendo:

- a) Nas mortes naturais, aquelas de causa patológica, senil ou ainda por prematuridade, o corpo depois das formalidades médica sanitária pertence imediatamente a família, que a seguir pode dar o destino desejado respeitando sempre a lei, após a emissão do certificado de óbito por parte do médico assistente.
- b) Nas mortes violentas, aquelas que ocorrem sob influência de causas externas (por ex: acidente de viação, boleamento, esfaqueamento), deve ser realizada uma investigação exaustiva das causas básicas e jurídicas da morte, após esse processo o corpo pode ser entregue a família. (essa investigação que chamaremos adiante de autópsia médico- forense ou médico-legal, deve ser levado a cabo por profissionais especialistas nessa matéria).

Neste caso o corpo só é liberado para a família depois de terminadas as investigações e de se ter chegado a uma conclusão. É do interesse do estado investigar as causas jurídicas de toda a morte de causa externa, se por homicídio, suicídio ou acidental, que trazem consigo responsabilização penal ou civil, artigo 68 código civil; artigo 127 código do registo civil.

Salientar que, em certas situações como nas mortes por doenças que constituem perigo para a Saúde Pública tal é o caso da cólera ou meningite meningocócica os médicos devem assessorar aos familiares, de modo a evitar que se propague a epidemia e em ocasiões que perigam a vida, pode determinar o destino a dar ao cadáver, como nas mortes por Vírus de Ebola que devem ser cremadas.

BLOCO 3. CERTIFICADO DE ÓBITO

3.1 Introdução

A morte é considerada sob um perfil Jurídico como o fim da personalidade, porque ela termina a *existência jurídica da pessoa, segundo o artigo 68 do código civil* – Termo da personalidade, ocorrendo mudanças relativas aos bens, propriedades, obrigações, compromissos de responsabilidade penal ou civil.

Por isso é fundamental certificar na realidade a morte, a fim de se fixar com mais precisão possível o tempo/data em que ela ocorreu. Para tal é usado o certificado de óbito.

É através do certificado de óbito que se estabelece o fim da existência jurídica da personalidade. É uma forma de garantir a família e a sociedade que não há possibilidade de um indivíduo determinado conhecido estar vivo, podendo-se processar legalmente a inumação (enterro). Após a família adquirir o certificado do óbito seja por via médica-legal ou por médico assistencial deve dirigir-se ao registo civil para obtenção do Boletim de óbito. O certificado de óbito é um documento que juridicamente, transmite direitos e obrigações. É de importância sanitária e tem como finalidades principais:

- Confirmar a morte;
- Põe fim a personalidade jurídica de um individuo;
- Definir as causas de Morte;
- Permitir os trâmites dos direitos sucessórios;
- Proceder a inumação;
- Satisfazer o interesse médico-sanitário (possibilita aos organismos de saúde pública elaborar com precisão uma estatística perfeita de causa de morte, revelando o padrão epidemiológico da morbidade).

Outra finalidade do atestado de óbito é esclarecer a origem de morte: se natural ou violenta.

As mortes violentas, (homicídio, suicídio e acidentes ou mortes suspeitas de criminalidade) são da competência das autoridades policiais e judiciais de exigir estudos forenses a fim de esclarecer a existência ou não de crime, por isso, a Medicina Legal é chamada a colaborar na investigação das causas de morte. Aos médico-legistas ou aos peritos legalmente nomeados cabe-lhes a tarefa de realizar estudos e de passar o certificado de óbito.

Nos lugares onde não existe o Instituto de Medicina Legal será o médico/técnico indicado, o “perito ocasional” (pela procuradoria provincial/distrital) que levará a cabo essas diligências, estudo do cadáver a fim de diagnosticar as causas de morte e certificar o óbito, mediante reconhecimento.

Se a morte é natural, o certificado de óbito é passado pelo médico assistente. Nos casos em que o médico-assistente coloque dúvida sobre a natureza da morte, neste caso merecerá autópsia médico-legal. Nos casos em que a família reclame da má prática médica, o médico assistente deverá estar interditado de passar certificado de óbito e deverá igualmente haver a necessidade de remeter o corpo para realização da autópsia médico-legal (entende-se por autópsia médico-legal como o conjunto de técnicas e procedimentos que se realizam no cadáver, com a prévia solicitação da autoridade competente com a finalidade de responder as questões de interesse Legal. Este procedimento inclui a informação, exame do local de facto, exame do vestuário e habito externo, finalmente a abertura das cavidades).

3.2 Registo do Certificado de Óbito

Por lei o certificado de óbito é passado pelo médico assistente depois de observar e certificar o óbito, onde são colocados os diagnósticos das causas de morte (básica, intermédia e directa). Nas mortes naturais e nas mortes violentas para além dessas causas deve ser mencionada a causa jurídica da morte.

Onde não existe médico assistente, outra pessoa devidamente capacitada pode confirmar o óbito e passar o certificado. Não existe lei que impeça que assim seja.

O Atestado de óbito é constituído por nove partes nomeadamente (1) entidade emissora, (2) identificação do falecido, (3) residência habitual, (4) local de ocorrência de óbito, (5) fetal ou menor que um ano, (6) mulher, (7) condições e causa da morte, (8) médico, (9) causas externas. Vide o atestado em anexo).

BLOCO 4. PONTOS-CHAVE

- 4.1 A morte é definida como sendo a cessação definitiva das funções vitais respiratória, cardiovascular e nervosa.
- 4.2 Os sinais para o diagnóstico da morte dividem-se em negativos ou abióticos e sinais positivos ou transformativos.
- 4.3 A inumação é o destino mais comum dado aos cadáveres.
- 4.4 Existem normativas legais que regulam o manuseamento do cadáver.
- 4.5 Nas mortes violentas e suspeitas é do interesse do estado investigar as causas jurídicas se por homicídio, suicídio ou acidental que podem trazer consigo responsabilização penal ou civil.
- 4.6 O certificado de óbito é um documento jurídico ou legal que confirma na realidade a morte, a fim de se fixar com maior precisão possível o tempo/data em que ela ocorreu e põe fim a existência jurídica da pessoa e com ele os seus direitos e deveres.
- 4.7 Se a morte é violenta, por homicídio, suicídio e acidentes ou mortes suspeitas é da responsabilidade dos serviços médico-legais ou de peritos legalmente nomeados a emissão do certificado de óbito.
- 4.8 Os Técnicos de Medicina na ausência de médicos, poderão ser solicitados para realizar o levantamento cadavérico.

Anexo: Certificado de óbito



CERTIFICADO
DE ÓBITO

COO. 11 0016467
Código de US: 364 / 12

I Entidade emissora

Provincia de
Distrito de
Localidade de

Haputo
Haputo
Haputo

II Identificação do falecido

III Tipo de Óbito

NID

IV Fetal

Não fetal

55/12

V Nacionalidade

Mozambique

VI Naturalidade

Haputo

VII Nome completo do falecido

Paulo

VIII Nome do Pai

Alberto Pandala Zandamela

IX Nome da Mãe

Alice Haccia

X Data de Nascimento

17/07/1975

XI Idade

37

Years
completos

Meses
Dias
Horas
Minutos

XII Sexo

Masculino

XIII Raça/Cor

Branca

XIV Nacionalidade

Moçambique

XV Estado Civil

Solteiro

XVI Escolaridade (nível de estudos concluídos)

Nenhuma

EP1

EP2

Nível Básico

Nível Médio

Superior

Ignorado

XVII Ocupação habitual ou ramo de actividade

Brincar, jogar e passeio

Outros

XVIII País

Moçambique

XIX Distrito

Haputo

XX Bairro

Chalanehe

XXI Província

Inhambane

XXII Cidade

Inhambane

XXIII N.º da casa/CEP

18

XXIV Local de ocorrência do óbito

U.S. ou Domicílio

U.S. Privada

Domicílio

Via Pública

Local de trabalho

Outros

XXV Código de US

19012012

XXVI NID

112

XXVII Departamento

112

XXVIII Serviço

112

XXIX Data de Internamento

17/01/2012

XXX Tipo de admissão

Directa de US

Transferido de outra US

XXXI Data de Óbito ou aparecimento do cadáver

19/01/2012

XXXII Endereço da ocorrência, se fora da US ou domicílio (Rua/Av/Praça)

Avenida 24 de Julho

XXXIII Cidade

Central

XXXIV País

Moçambique

XXXV Província

Haputo

XXXVI Distrito/Cidade

Haputo

XXXVII Fetal ou menor que 1 ano

XXXVIII INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

XXXIX Idade

Anos

XL Escolaridade (nível de estudos concluídos)

Nenhuma

EP1

EP2

Nível Básico

Nível Médio

Superior

Ignorado

XLII Ocupação habitual ou ramo de actividade

Brincar, jogar e passeio

XLIII Número de filhos tidos

Nascidos Vivos

Nascidos Mortos

XLIV Duração da gestação (em semanas)

20-28

29-37

>37

XLV Tipo de gravidez

Gravidez

Dupla

Tripla e +

Ignorada

XLVI Tipo de parto

Vaginal

Cesárea

Ignorado

XLVII Peso do feto/bebé ao nasc.

Ignorado

XLVIII Morte do feto/bebé em relação ao parto

Antes

Durante

Depois

Ignorado

XLIX Obitos em Mulheres

XLX A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?

Sim

Não

Ignorada

XLXI DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR

XLXII Autópsia

Sim

XLXIII Anatomopatológico

Não

XLXIV Médico legal

Sim

XLXV Sem autópsia

XLXVI CAUSAS DA MORTE

XLXVII ANOTE SÓMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

XLXVIII CAUSA DIRECTA

a Cheguei ao diajene

XLXVIX CAUSA INTERMÉDIA

b Fezida transfixiva do coração

XLXVX CAUSA BÁSICA

c Disparo de Projectil de arma de fogo

XLXVXII

XLXVXIII

XLXVXIV

XLXVXV

XLXVXVI

XLXVXVII

XLXVXVIII

XLXVXVIX

XLXVXVX

</div

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	04
Tópico	Tanatologia	Tipo	Laboratório -
Conteúdos	Reconhecimento cadavérico	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Fazer o exame do hábito externo
2. Identificar no cadáver os sinais tanatológicos
3. Familiarizar-se com as técnicas de reconhecimento cadavérico
4. Elaborar o relatório do reconhecimento cadavérico

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	5 min
2	Introdução à Técnica (Revisão)	25min
3	Demonstração da Técnica pelo Docente	30 min
4	Ensaio da Técnica pelos Alunos	60 min

Material e Equipamento:

- Máscaras
- Barrete
- Aventais,
- Luvas
- Quadro de anotações ou papel gigante; marcadores: 1 por cada grupo
- Bloco de notas e caneta (1 por grupo)
- Cinco (5) Exemplares de certificados de óbitos.

Preparação:

- Ao finalizar a aula N°3, os alunos serão orientados a rever o conteúdo desta aula como forma de preparação para a aula prática (4) a ser realizada na morgue
- Organizar com antecedência todo o material a ser usado.
- Preparar os cadáveres a reconhecer (02)
- Conferir se os conteúdos a serem abordados que foram completamente leccionados.
- Elaborar um breve roteiro que guiará a execução das tarefas
- Explicar a importância e a relação com as autoridades judiciais

- Descrever com detalhe cada uma das partes constituintes e a função de cada uma delas.
- Explicar como a família pode ter acesso ao certificado de óbito e como manuseá-lo

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

5 min

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula prática.
- 1.3 Apresentação dos equipamentos e dos materiais

BLOCO 2. INTRODUÇÃO A TÉCNICA (REVISÃO)

25 min

2.1 CONCEITO DE MORTE

2.1.1 Sinais que caracterizam a Morte

Para diagnosticar a morte é necessário a cessação das seguintes funções:

- Função Nervosa: ausência total de resposta cerebral, como perda absoluta da consciência; abolição dos reflexos cefálicos, como hipotonia muscular e pupilas fixas e indiferentes ao estímulo luminoso.
- Função cardiocirculatória: ausência de batimentos cardíacos e pulsos periféricos.
- Função respiratória: ausência da respiração espontânea por 5 min, após hiperventilação com oxigénio a 100%.
- Nem sempre se necessita a cessação dos três sistemas para diagnosticar a morte, Ex. na morte encefálica

Para se constatar a certeza da morte, é necessária a observação cuidadosa dos fenómenos cadavéricos.

2.2 Tipos de Morte

Quanto a origem, as mortes podem ser de causa natural ou violenta. Quando é de causa violenta suscita-se a etiologia médico-legal da mesma.

2.3 Reconhecimento e levantamento cadavérico.

Um reconhecimento cadavérico é um exame que se realiza ao cadáver quando este tiver sido movido, a diferença do levantamento, quando o corpo não foi mexido, encontrando-se no local da ocorrência.

Fenómenos Cadavéricos

São os sinais ou transformações que se observam no organismo após a extinção dos processos bioquímicos vitais, que ocorrem de uma forma passiva devido a influência dos factores ambientais.

Os fenómenos cadavéricos ou sinais positivos da morte são classificados em sinais abióticos ou bióticos, e estes por sua vez são classificados em:

2.3.1 Sinais Negativos de vida ou abióticos imediatos

São sinais que não dão a certeza de que o individuo está morto pois estes podem existir em indivíduos em coma profunda devido a diminuição da sua perceptibilidade. Os sinais são:

- o Para função nervosa (perda de consciência, que se mede pelos reflexos corneanos, tendinosos, relaxamento dos esfíncteres; perda da sensibilidade; abolição da motilidade e do tono muscular).

- o Para a função cardíocirculatória (cessação da circulação sanguínea, ausência de batimentos cardíacos e ausência do pulso).
- o Para a função respiratória (será ausência da respiração, medida pela ausência de expansão do tórax, auscultação pulmonar com ausência de murmúrios vesiculares).
- o Para a função cerebral (comprovada pelo eletroencefalograma – EEG).

2.3.2 Sinais abióticos tardios consecutivos

São aqueles que não são influenciados pela biota (ou microflora normal do organismo e enzimas do organismo que geralmente iniciam a putrefação).

São sinais simples e mais seguros, permitindo o diagnóstico correcto e de certeza da morte. Entre eles destacam-se:

o **Algor Mortis ou Esfriamento cadavérico**

A cessação deste fenómeno dá lugar a um progressivo esfriamento do cadáver, que se inicia nos pés, mãos e face, duas horas após a morte e estende-se depois para as extremidades, região peitoral e dorsal e finalmente para o abdómen, axilas e pescoço.

Em média ocorre 6 a 12 horas após a morte.

o **Desidratação cadavérica ou Evaporação**

Ocorre o apergaminhamento da pele, ressecamento das mucosas e globos oculares.

o **Livor Mortis ou Lividez Cadavérica ou Hipóstase**

São manchas cutâneas de hipóstase, encontradas na parte de declive dos cadáveres que surgem na 1 hora após o óbito e se tornam evidentes no fim de 2 a 3 horas após devido a influência da gravidade há um refluxo passivo de sangue e dos líquidos corporais para as regiões ou partes do corpo em declive).

o **Rigor Mortis ou Rígidez Cadavérica**

É um processo de contractura muscular resultante de múltiplos factores: a diminuição de oxigénio; glicólise anaeróbica; permeabilidade das membranas.

Inicia geralmente 1 a 2 horas após a morte e atinge o máximo apos 8 horas, desaparecendo depois de 24 horas, devido a putrefação.

Manifesta-se primeiro na face, mandíbula e no pescoço, seguindo-se os membros superiores, o tronco e finalmente os membros inferiores.

2.3.3 Sinais Positivos ou Transformativos

Os fenómenos transformativos podem ser de duas ordens: destrutivos (autólise, putrefação e maceração) e conservadores (mumificação, saponificação, calcificação e corificação).

Destrutivos:

o **Autólise**

É um conjunto de processos de decomposição ou fermentação anaeróbica que ocorre no interior da célula produzidas por enzimas celulares.

o **Putrefação**

É um processo de decomposição ou fermentação pútrida de origem bacteriana.

Conservadores:

o **Mumificação**

Ocorre em meio quente e seco, Os tecidos do cadáver ficam com aspecto de couro curtido.

o Maceração

Ocorre com o cadáver imerso no líquido. Observa-se no afogado e feto no útero materno. Os tecidos se enrugam e se desprendem facilmente.

o Saponificação

É a transformação do cadáver em substância untuosa, mole e quebradiça, de tonalidade amarelo-escura, dando uma aparência de cera ou sabão.

o Calcificação

É caracterizado pela petrificação ou calcificação do corpo. Ocorre mais frequentemente nos fetos mortos e retidos na cavidade uterina.

2.4 Certificado de óbito

A morte é considerada sob um perfil Jurídico como o fim da personalidade, porque ela termina a *existência jurídica da pessoa, segundo o artigo 68 do código civil* – Termo da personalidade, ocorrendo mudanças relativas aos bens, propriedades, obrigações, compromissos de responsabilidade penal ou civil.

Por isso é fundamental certificar na realidade a morte, a fim de se fixar com mais precisão possível o tempo/data em que ela ocorreu. Para tal é usado o certificado de óbito.

É através do certificado de óbito que se estabelece o fim da existência jurídica do homem e da personalidade civil. É uma forma de garantir a família e a sociedade que não há possibilidade de alguém estar vivo, podendo-se processar legalmente a inumação (enterro).

O certificado de óbito é um documento que juridicamente, transmite direitos e obrigações. É de *importância sanitária* e tem como finalidades principais:

- Confirmar a morte
- Definir as causas de Mortis
- Permitir os trâmites dos direitos sucessórios
- Proceder a inumação
- Investigar se existe alguma documentação sobre a herança e a partir da data de morte que consta no certificado de óbito que esses direitos passam a fazer-se cumprir
- Verificar se o malogrado tinha algum processo judicial em curso, para que possa ser suspenso e arquivado a posterior
- Satisfazer o interesse médico-sanitário (possibilita aos organismos de saúde pública elaborar com precisão uma estatística perfeita de causa de morte)
- Contribuir para fins epidemiológicos/ de Saúde Pública (associado a doenças endémicas)

Outra finalidade do atestado de óbito é esclarecer as causas de morte: se natural ou violenta.

As mortes violentas, (homicídio, suicídio e acidentes ou mortes suspeitas de criminalidade) são da competência das autoridades policiais e judiciais em exigir estudos científicos a fim de esclarecer a existência ou não de crime, por isso, a medicina legal é chamada a colaborar na investigação das causas de morte. Aos médico-legistas ou aos peritos legalmente nomeados cabe-lhes a tarefa de realizar estudos e de passar o certificado de óbito.

Nos lugares onde não existe o Instituto de Medicina Legal será o médico/técnico indicado, o “perito ocasional” (pela procuradoria provincial/distrital) que levará a cabo essas diligências, estudo do cadáver a fim de diagnosticar as causas de morte e certificar o óbito.

Se a morte é natural, o certificado de óbito é passado pelo médico assistente. Nos casos em que o médico-assistente não duvide do diagnóstico ou não tenha tido tempo suficiente para fazer o diagnóstico neste caso merecerá autópsia médico-legal. Nos casos em que a família reclame da má prática médica, o médico assistente deverá estar interdito de passar certificado de óbito e deverá igualmente haver a necessidade de remeter o corpo para realização da autópsia médico-legal.

2.5 Registo do Certificado de Óbito

Por lei o certificado de óbito é passado pelo médico assistente depois de observar e certificar o óbito, onde são colocados os diagnósticos das causas de morte (básica, intermédia e directa). Nas mortes naturais e nas mortes violentas para além dessas causas ainda teremos de mencionar a causa jurídica da morte.

Onde não existe médico assistente, outra pessoa devidamente capacitada pode confirmar o óbito e passar o certificado. Não existe lei que impeça que assim seja.

O Atestado de óbito é constituído por 9 partes nomeadamente (1) entidade emissora, (2) identificação do falecido, (3) residência habitual, (4) local de ocorrência de óbito, (5) fetal ou menor que um ano, (6) mulher, (7) condições e causa da morte, (8) médico, (9) causas externas. A 7^a parte que corresponde as causas de óbito, designa-se em:

- Causa directa ou imediata de morte (devida a);
- Causa intermedia da morte: são as lesões sofridas directamente relacionadas com a causa básica de morte;
- Causa básica de morte, é o evento que descompensa a saúde duma pessoa culminando com a morte.

Nota : consulte o certificado de óbito na aula 3.

BLOCO 3: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA PELO DOCENTE

(30 min)

Demonstração do reconhecimento cadavérico

O professor explorará todos os sinais tanatológicos e as lesões traumáticas presentes no cadáver, assim como o exame da roupa.

Estimará, com base nos achados o tempo transcorrido após a morte e a provável etiologia Médico-legal.

BLOCO 4: ENSAIO DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(60 min)

Similarmente como procedeu o professor, os estudantes devem executar a técnica no segundo cadáver, registando os seus achados para posterior discussão um grupo de cada vez.

No final os alunos devem apresentar por escrito (relatório) e oralmente os aspectos relevantes da prática, que inclui: sinais tanatológicos, eventuais lesões traumáticas e a presunção da etiologia Médico-legal.

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	05
Tópico	Traumatologia Forense	Tipo	Teórica
Conteúdos	Classificação das Lesões Traumáticas-Parte 1	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir traumatologia desde ponto de vista médico-legal
2. Classificar os agentes que produzem lesões
3. Classificar as lesões contusas
4. Identificar as diferentes lesões traumatismáticas.
5. Reconhecer as lesões produzidas pelos principais agentes no nosso meio

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Traumatologia Forense		
3	Lesões Contusas Complexas		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia :

1. Temas de Medicina Legal e Seguros - António Zacarias, Imprensa universitária, 2004
2. França – Medicina Legal, 9^a edição, Guanabarakoogan editora

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2. TRAUMATOLOGIA FORENSE

A traumatologia é um dos capítulos mais significativos da Medicina Legal, constituindo mais de dois terços das perícias requisitadas, visto haver um aumento, cada vez maior, de casos de violência e acidentes de viação no nosso meio.

É o capítulo que estuda as energias e efeitos que resultam da sua exposição na saúde humana de interesse para a justiça.

Em Medicina Legal a energia, pode ser definida como uma entidade capaz de produzir lesão ou trama sobre o organismo.

A convivência no meio ambiente pode causar ao homem as mais variadas formas de lesões produzidas por diferentes energias. Estas energias dividem-se em:

- Energias de ordem mecânica (agentes contundentes, armas brancas e armas de fogo);
- Energias de ordem física (calor, frio, ruído, som e pressão, electricidade);
- Energias de ordem química (ácidos);
- Energias de ordem bioquímica (veneno de serpente);
- Energias de ordem biodinâmica (Rotura de músculo por de exercício físico intenso);
- Energias de ordem mista (físico-química, explosivo)

Energias de ordem mecânica

As energias de ordem mecânica são aquelas capazes de modificar o estado de repouso ou de movimento de um corpo, produzindo lesões em parte ou no todo devido ao efeito de massa e aceleração.

As lesões produzidas por acção mecânica podem ter duas repercuções nomeadamente externa ou interna.

Ex. Um traumatismo por agente contundente pode causar uma escoriação ou ferida contusa (lesão externa) e a rutura de baço com hemoperitoneo (lesão interna).

Os meios mecânicos acima mencionados, actuam por pressão, percussão, tracção, torção, compressão, descompressão, explosão, deslizamento e contra-choque.

Das lesões acima mencionadas será apenas aprofundada as lesões produzidas por instrumentos como a seguir se apresenta:

1. Lesões produzidas por instrumentos ou agentes contundentes

Entre os agentes mecânicos, os instrumentos contundentes são os maiores causadores de dano. Sua acção é quase sempre produzida por um corpo de superfície e suas lesões mais comuns se verificam externamente.

Os instrumentos contundentes são aqueles que actuam por meio de uma superfície mais ou menos extensa que pode ser lisa, áspera ou irregular a qual actua sobre o corpo humano, produzindo as mais diversas modalidades de lesões.

Por ex: pedras, paus, coronha de arma de fogo, cassetetes e outros. Agem por pressão, deslizamento, percussão, compressão, descompressão, torção, contragolpe ou de forma mista.

O resultado da acção dos diferentes meios ou instrumentos é conhecido geralmente por **contusão**.

2. Tipos de contusão:

A contusão pode ser activa, passiva ou mista, de conformidade com o estado de repouso ou de movimento do corpo ou do meio contundente:

- A contusão é activa quando apenas o meio ou o instrumento se desloca.
- A contusão é passiva quando só o corpo humano está em movimento
- A contusão é mista, quando o corpo humano e o instrumento se movimentam com certa violência.

As lesões contusas/ contundentes podem ser simples ou complexas. Em dependência de número de mecanismo lesional em causa. Sendo simples as lesões provocadas por um mecanismo.

2.1 Lesões contusas simples

As lesões contusas simples podem classificar-se em: lesões contusas simples com integridade da pele e lesões contusas simples com afectação da pele.

Lesões contusas simples com integridade da pele classificam-se em Rubefação, Equimoses, Petéquia, Hematoma, e Hemorragias intracavitárias e Derrames serrosos.

Rubefação

Não chega a ser uma lesão, sob o ponto de vista anatomo-patológico, por não apresentar significativas e permanentes modificações de ordem estrutural, mas o é sob o ângulo da Medicina legal.

Caracteriza-se pela congestão repentina e momentânea dos vasos subcutâneos devido ao traumatismo contundente de pouca intensidade, evidenciada por uma mancha avermelhada, efémera e fugaz, que desaparece em alguns minutos. Ex: bofetada na face ou nádega. Dai a necessidade de averiguação imediata.



Figura. 1 Rubefação

Fonte:http://pjbrunomartins.vilabol.uol.com.br/material_de_estudo/acao_mecanica1.htm

Equimoses

Trata-se de lesões que se traduzem por infiltração hemorrágica nas malhas dos tecidos, resultante de ruptura de vasos de pequeno calibre.

Em geral, são superficiais, mas podem surgir nas massas musculares, nas vísceras e no periosteio.

Exemplo. Sugilação (chupão)

A tonalidade da equimose é de importância médico-legal, inicialmente é avermelhada, posteriormente adquire uma tonalidade vermelho-escura, violácea ou azulada, desaparecendo em média entre 15 e 20 dias.

A forma das equimoses é de grande significado pois, pode imprimir com fidelidade a forma dos objectos que lhes deram origem (por ex: fivelas, cintos, sapatos, estrias de pneus de automóveis e trancas de corda).



Figura 2. Equimoses

Fonte: Cortesia da Medicina Legal, HCM

Petéquias

São infiltrações de sangue nos tecidos, de pequeníssimas dimensões com forma de cabeça de alfinete. Sufusão hemorrágica: extravasamento sanguíneo de disposição laminar resulta dos rompimentos dos vasos de maior calibre. Ex. Hemorragia subaracnoidea.

Hematomas

É uma colecção de sangue coagulado numa cavidade limitada por tecido subcutâneo ou outro, em cavidades pré-existentes ou que se formam, devido a ruptura de vasos de médio calibre.

O hematoma, em geral, faz relevo na pele, tem delimitação mais ou menos nítida e é de absorção mais demorada que a equimose. Pode também ser profundo e encontrado nas cavidades ou dentro dos órgãos, e, por isso, chamado hematoma intraparenquimatoso.



Figura 3. Hematoma do antebraço, olhos



Figura 4. Hematoma do braço esquerdo

Fonte: <http://www.google.co.mz/imgres?start=137&um=1&hl=pt>

Hemorragias intracavitárias sem solução de continuidade da pele

São hemorragias localizadas em distintas cavidades, por ex: cavidade pleural – hemotórax, e craniana.

Hemorragias que se manifestam nos orifícios e nas vias dos aparelhos e sistemas, por ex: canal auditivo externa: otorragia, narinas: rinorragia ou epistaxes.

Derrames serosos

Resultam da lesão tangencial dos instrumentos contundentes nos vasos linfáticos com derrame da linfa.

Lesões contusas simples com comprometimento da pele classificam-se em escoriação e Feridas contusas

Escoriação

Resulta da acção tangencial dos meios contundentes, define-se como o arrancamento da epiderme e o desnudamento da derme, de onde fluem serosidade e sangue.

Pode ser encontrada isolada ou associada a outras modalidades de lesões contusas mais graves.



Figura 4. Escoriações na face e ferida contusa do couro cabeludo
Cortesia da Medicina Legal, HCM



Figura 5. Escoriações do joelho e coxa

Fonte: <http://www.google.co.mz/imgres?um=1&hl=p>

Feridas contusas

Trata-se de lesões abertas cuja acção contundente foi capaz de vencer a resistência e a elasticidade dos planos moles (da pele), a força do traumatismo é que causa a penetração do instrumento.

São uma solução de continuidade da pele, tem forma irregular com desigualdade e descolamento dos bordos, que se apresentam escoriados com derrames hemorrágicos e ligados com pontes de tecido lesado ou por vasos.



Figura 6. Ferida contusa do joelho Cortesia da Medicina Legal, HCM

Fonte. http://pjbrunomartins.vilabol.uol.com.br/material_de_estudo/acao_mecanica1.htm



Figura 7. Ferida contusa da região hipogástrica

Fonte. http://pjbrunomartins.vilabol.uol.com.br/material_de_estudo/acao_mecanica1.htm

BLOCO 3. LESÕES CONTUSAS COMPLEXAS

3.1 Lesões contusas complexas (actuam mais de um mecanismo de acção)

As lesões contusas complexas são as feridas dilacerantes, fracturas, luxações, entorses e arrancamentos e lacerações dos tecidos moles como a seguir se apresenta:

Feridas dilacerantes

Os mecanismos mais freqüentes são a **compressão e tração**: a pele é esmagada de encontro ao plano subjacente, ou por: por rasgo ou arrancamento tecidual. As bordas são irregulares, com mais de um ângulo; constituem exemplo clássico as mordidas de cão.

Fracturas (Ex. Fractura espiralada, obliqua)

Decorrem de mecanismos de compressão, flexão ou torsão e caracterizam-se pela solução de continuidade dos ossos.

As fracturas são chamadas (1) directas quando se verificam no próprio local do traumatismo e (2) indirectas, quando provém da violência numa região mais ou menos distante do local fracturado.

Elas podem estar reduzidas a um simples traço ou a vários traços, ou ainda a vários fragmentos, tomando a denominação de fratura cominutiva.

As fracturas podem ainda ser classificadas em fechadas (subcutâneas) e abertas, denominadas expostas.



Figura 8. Fractura exposta
Fonte: Cortesia da Medicina Legal, HCM

Luxações

São caracterizadas pelo deslocamento de dois ossos cujas superfícies de articulação deixam de manter suas relações de contacto que lhes são comuns.

São denominadas completas, quando as superfícies de contacto se afastam totalmente e incompletas, quando a perda de contacto das superfícies articulares é parcial.

Podem ser fechadas e expostas. Nos casos mais graves pode ocorrer ruptura dos ligamentos e outras lesões intra-articulares.

Entorses

São lesões articulares provocadas por movimentos exagerados dos ossos que compõem uma articulação, incidindo apenas sobre os ligamentos.

Por ex: Uma flexão intensa de uma mão sobre o antebraço.

Arrancamentos e Lacerações dos tecidos moles

Os arrancamentos ocorrem por acção de tração de máquinas ou de veículos em movimento, pode ocorrer arrancamento de tecidos ou membros, uma variedade rara é o escalo, isto é, o arrancamento dos cabelos com o couro cabeludo.

Por acção de veículos e corpos pesados produzem-se esmagamentos.

BLOCO 4. PONTOS-CHAVE

- 4.1 É o capítulo que estuda as energias e efeitos que resultam da sua exposição na saúde humana que interessam a justiça.
- 4.2 Os principais grupos de energias causadoras de danos são: mecânica, física, química, bioquímica, biodinâmica, sendo a energia mecânica a mais implicada como causadora de lesões humanas.
- 4.3 Dentro do primeiro grupo (energias mecânicas), figuram as armas brancas, de fogo e agentes contundentes. Sendo os últimos os mais frequentes.
- 4.4 Os agentes contundentes podem causar lesões com ou sem integridade da pele.
- 4.5 São exemplo de lesões com integridade da pele: equimose, petequias, hematomas, hemorragias intracavitárias e derrames serosos. As escoriações, feridas contusas, são exemplos de lesões sem integridade da pele.

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	06
Tópico	Traumatologia Forense (continuação)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Classificação de Lesões Traumáticas-Parte 2	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir conceitos de arma branca e de fogo
2. Listar as armas brancas mais frequentes no nosso meio
3. Descrever as lesões produzidas por armas brancas.
4. Identificar as características das feridas provocadas por arma de fogo
5. Descrever as lesões causadas por agente físico e químicos

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Lesões por Armas Brancas		
3	Lesões por Armas de Fogo		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia :

1. Temas de Medicina Legal e Seguros - António Zacarias, Imprensa universitária, 2004

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejear para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: LESÕES POR ARMAS BRANCAS

As armas brancas constituem o segundo grupo de agente mecânico que mais lesões causam sendo superadas pelos agentes contundentes, tal como foi exposto previamente. A facilidade de fabricação, o seu custo barato para além da deficiente legislação que regula a sua posse, favorece a maior circulação destes instrumentos entre as populares.

O conceito de armas brancas, parece ter surgido depois das armas de fogo, pois dos últimos se percebe que ao lançar o projétil, libertava chama de fogo. Por outro lado a sua forma silenciosa de actuação assim como o brilho do material de que se derivam (brilho metálico), se invoca na génesis do conceito.

As armas brancas são instrumentos que actuam por meio de gume, lâmina ou folha cortante; por meio de ponta ou extremidade, combinando as anteriores (ponta e gume) e outros ainda quando além da ponta e gume, se acrescenta o peso.

2.1 Tipos de armas brancas

- Por meio da lâmina ou folha do objecto: instrumento cortante
- Por meio da extremidade ou ponta do objecto: instrumento perfurante
- Em simultâneo a lâmina e a extremidade do objecto: instrumento corto-perfurante
- Em simultâneo a lâmina e o peso do objecto: instrumento corto-contundente
- Em simultâneo a extremidade e o peso do objecto: instrumento perfuro-contundente
- Em simultâneo a lâmina, a extremidade e o peso do objecto: instrumento corto-perfuro-contundente.

2.2 Principais lesões causadas por armas brancas

As lesões provocadas por armas brancas são produzidas por instrumentos cortantes (exemplo: lâmina, bisturi, pedaços ou fragmentos de vidro) que produzem as feridas cortantes (exemplo: degolação, ferida cortante na região cervical) ou feridas incisas (exemplo a laparotomia).

As feridas incisas são produzidas com objectivo terapêutico, enquanto que as feridas cortantes são feitas fora deste objectivo.

Este tipo de lesão apresenta como característica: bordos lisos, mais profundos no centro que causam muita hemorragia.



Figura 1: Ferida cortante

Fonte: http://www.google.co.mz/imgres/Instrumentos_perfurantes

2.3 Instrumentos perfurantes

São aqueles que apresentam as seguintes características: têm maior profundidade que a extensão superficial, causando hemorragias internas que podem ser graves. O orifício de entrada é de pequenas dimensões e o canal de penetração normalmente não é visível quando não se faz dissecção e pode ter orifício de saída quando atravessa o alvo.

Exemplos: agulhas, pregos, alfinetes, ponta de esferográfica ou de lápis.



Figura 2: Ferida perfurante



Figura 3: Ferida perfurante

Ferida perfuro cortante: actuam por um mecanismo misto e apresentam características de uma ferida cortante na superfície da pele e de uma ferida perfurante desenhando a forma e o tipo de instrumento usado. Exemplo: canivete, punhal, faca, espada



Figura. 4: Ferida perfurante

Fonte: <http://www.google.co.mz/imgres>

2.4 Instrumentos corto-perfurantes

Actuam por um mecanismo misto isto é cortante e perfurante, agindo por secção e pressão (por ex: canivete, punhal ou lima).

Estas feridas tem características de uma ferida cortante na superfície da pele e de uma ferida

perfurante desenhando a forma e o tipo de instrumento usado



Figura 5: Ferida corto-perfurante

Fonte: <http://www.google.co.mz/imgres>

2.5 Instrumentos corto-contundentes

Actuam por um mecanismo misto, cortante e contundente derivado do peso do instrumento ou da força activa de quem o maneja.

As feridas corto-contundentes tem as características de uma ferida cortante associada as lesões típicas produzidas por agente contundente ou actuando como tal, de forma variável dependendo da região atingida a da inclinação, da lâmina ou gume, do peso e da força activa que actua.

Exemplos: catana, machado, enxada, rodas de um comboio



Figura 6: Feridas corto-contundentes

Fonte: <http://www.google.co.mz/imgres>

2.6 Instrumentos perfuro-contundentes

Actuam por um mecanismo misto, perfurante ou penetrante e contundente derivado do peso do instrumento ou da força activa de quem o maneja.

As feridas perfuro-contundentes tem características de uma ferida perfurante, com um orifício associado às lesões típicas produzidas por agente contundente.

Exemplos: ponteira de um guarda-chuva, dentes incisivos, os projécteis de arma de fogo isoladamente, seta, dentes de ancinho



Figura 7: Ferida produzida por arma de fogo, com orifício de entrada e de saída

Fonte: <http://www.google.co.mz/imgres>

BLOCO 3: LESÕES POR ARMAS DE FOGO

As armas de fogo são instrumentos que lançam violentamente projécteis aproveitando a força expansiva de gases resultantes de combustão de substâncias inflamáveis num espaço confinado.

Os ferimentos por projécteis de arma de fogo são motivo, com alguma frequência, para perícias médico-legais.

Além do projétil ou projécteis da boca do cano escapam também os gases da explosão super-aquecidos, a chama, os grânulos de pólvora incombusta e a bucha.

3.1 Lesões ou feridas produzidas por projectéis de arma de fogo.

De um modo geral, os ferimentos ou lesões dos projécteis de arma de fogo compreendem:

- Orifício de entrada do projétil;
- O trajecto ou canal de penetração do projétil
- Orifício de saída do projétil

3.2 Lesões de entrada ou de Orifício de entrada do projétil

Em função da distância que é efectuado o disparo de arma de fogo, os orifícios de entrada apresentam diferentes características:

3.2.1 Orifício de entrada disparado a boca tocante ou cano encostado:

Quando o disparo é efectuado com a boca do cano encostado, em consequência da acção simultânea do projétil e dos gases de explosão, forma-se um ferimento largo, estrelado e de contornos irregulares e lacerados, denominado orifício em boca de mina de Hofmann, em que todos os elementos da carga penetram no orifício do projétil, mostrando-se escurecido, com aspecto de uma cratera de mina. A volta do orifício pode existir crepitação gasosa subcutânea (resultante da infiltração dos gases); na pele pode estar impresso a marca do cano e os bordos do orifício evertidos e irregulares, devido ao levantamento dos tecidos pela explosão dos gases. Isto acontece quando a lesão afecta uma área que tem o tecido ósseo subjacente por exemplo na cabeça.

Na ausência de tecido ósseo subjacente as características mais frequentes neste tipo de lesões são:

- Orifício regular, circular ou ovalar dependendo do grau de incidência do projétil ao atingir a pele;
- Os bordos do orifício estão virados para dentro ou invertidos;
- No orifício existe orla de contusão ou orla escoriativa resultante da penetração do projétil que actua como agente perfuro-contundente, e uma zona escura, apergaminhada as vezes, que circunda o orifício;

- Halo de enxugo, devido a passagem do projétil nos tecidos, que limpa neles as impurezas;
- O orifício no seu interior encontra-se escurecido, devido a penetração de todos os elementos que escapam pela boca do cano, nomeadamente gases super-aquecidos, a fumaça, a chama, os grânulos de pólvora incombustiva tendo estes elementos a designação de tatuagem.



Figura 8: Ferimento por arma de fogo orifício de entrada a tiro encostado ou boca tocante

Fonte: <http://www.google.co.mz/imgres>



Figura 9: Ferimento por arma de fogo

Fonte: <http://www.google.co.mz/imgres>

3.2.2 Orifício de entrada disparado a curta distância ou disparado a uma distância entre 1 a 75cm: Considera-se que o tiro foi disparado a curta distância, quando além da lesão de entrada produzida pelo impacto do projétil – efeito primário- encontram-se também manifestações provocadas pela acção dos resíduos de combustão ou semi-combustão da pólvora, da chama, da fumaça, que é a tatuagem expelida pelo cano da arma- efeito secundário- que esta a volta do orifício.

Neste orifício, se além da zona de tatuagem e de esfumaçamento, encontra-se queimadura da pele ou crestação (chamusquear) dos pelos e cabelos provocados pela elevada temperatura dos gases, diz-se que o disparo a curta distância foi feito a queima-roupa.



Figura 10: Ferimento por arma de fogo a queima-roupa/ a curta distância

As características encontradas no local de entrada do projétil dos tiros a distância inferior a 75cm e superior a 1cm são:

- Orifício circular ou ovalar, de bordos mais ou menos regulares;
- Os bordos do orifício estão virados para dentro ou invertidos;
- Orla de contusão ou orla escoriativa é o ferimento derivado do arrancamento da epiderme, uma zona escura devido a acção perfuro-contundente do projétil;
- Halo de enxugo ou de limpeza, zona escura que se sobrepõe a orla de contusão;
- A tatuagem é formada por partículas de pólvora incombustas que se incrustam a roda ou a volta do orifício, associado ao depósito de fumo de pólvora queimada, fumaça e chama. Se o projétil atingir inicialmente a roupa, a tatuagem estará cravada no vestiário a volta do orifício.

3.2.3 Orifício de entrada a longa distância ou disparado a uma distância superior a 75cm:

Quando o orifício de entrada não apresenta todas as características anteriores descritas, considera-se que o projétil foi disparado a longa distância ou a uma distância superior a 75cm, características:

- Orifício com bordos virados para dentro ou invertidos;
- Orla de contusão ou orla escoriativa;
- Halo de enxugo ou de limpeza.



Figura 11: Ferimento por arma de fogo a distância

Fonte: <http://temasdireito.blogspot.com/p/medicina-legal.html>

a) Trajecto ou canal de penetração do projétil

É o caminho percorrido pelo projétil no interior do corpo. É variável e depende de vários factores como: a distância a que foi proferido o disparo e a região do corpo atingida.

A luz do canal do trajecto apresenta um sinal de vitalidade importante que é a presença de sangue coagulado.

b) Lesão de saída ou orifício de saída do projétil

Estes orifícios apresentam geralmente as seguintes características:

- o Forma irregular, devido ao facto do projétil ao entrar no corpo humano e durante o seu trajecto deformar-se.
- o Os bordos do orifício estão virados para fora ou evertidos, pelo facto da acção do projétil ser de dentro para fora, isto é, em sentido contrário ao da entrada.
- o Não apresenta halo de enxugo, porque as impurezas do projétil ficam retidas ao longo do trajecto da bala. Não apresenta orla de contusão, pois a acção do projétil no complexo dermo-epidérmico é de dentro para fora.

- o O orifício de saída é maior, pelo facto de poder haver maior sangramento através dele.

o



Figura 12: Ferimento por arma de fogo – orifício de saída

Fonte: <http://temasdireito.blogspot.com/p/medicina-legal.html>

BLOCO 4: OUTROS AGENTES QUE PRODUZEM LESÕES

4.1 Lesões produzidas por agentes explosivos

As explosões são devidas a produção brusca de grande quantidade de gases e a dilatação súbita de gases ou vapores fortemente comprimidos. Podem ser provocadas por: gás de iluminação, éter, álcool, amoníaco, petróleo, acetileno, gasolina, gases mefíticos (fossas, poços), máquinas a vapor e substâncias explosivas propriamente ditas (pólvora, dinamite).

As lesões produzidas por agentes explosivos são de diversa ordem, dependendo das causas e das circunstâncias do local em que se encontram as vítimas, podendo ser queimaduras de diversos graus, lesões do tipo contundente, desde escoriações, fracturas, feridas, lacerações viscerais, arrancamento dos membros e outros. Podem ser directamente produzidas por acção dos gases, da chama ou da substância que explode, indirectamente por efeito dos corpos deslocados ou projectados ou ainda em consequência da projecção da própria vítima de encontro as superfícies duras.

4.1.1 Lesões produzidas por agentes que emitem energia de ordem física

Agentes que emitem energia de ordem física podem ser: temperatura (frio, calor); electricidade; pressão atmosférica; radioatividade; luz e som.

- **Temperatura:** as lesões produzidas pela temperatura são resultantes do frio, do calor e oscilação de temperatura.

- o **Lesões produzidas pelo frio**

As lesões produzidas por frio podem ser de origem accidental ou criminosa. São raras no nosso meio, e as mais comuns poderão ser eventualmente por abandono do recém-nascido, resultando gangrena das extremidades e levando a morte por hipotermia.



www.malthus.com.br

Figura 13: Congelação III grau
Fonte: www.Malthus.com.br

o Lesões produzidas pelo calor

O calor pode produzir lesões ao actuar de forma difusa ou directa:

- ✓ **Calor difuso:** o efeito de altas temperaturas actuando no organismo de forma difusa provoca duas síndromes:
 - A **insolação**, que é o resultado do excesso de calor ambiental em locais abertos ou fechados, associados a factores intrínsecos, por ex: patologias cardiorrespiratórias pré-existentes.



Figura 14: Insolação

- A **intermação**, resulta de excesso de calor ambiental em lugares mal arejados ou pouco abertos e a influência de factores intrínsecos tais como a idade, alcoolismo, adaptação ambiental.
- ✓ **Calor directo:** as queimaduras podem ser produzidas por diferentes tipos de agentes: os raios solares ou ultravioleta, líquidos fervescentes (por ex: cáusticos - água de bateria), sólidos quentes (velas, xiphefo), gases super-aquecidos, calor irradiante e chamas.



Figura 15: Queimadura por líquido fervescente



Figura 16: Queimadura por objecto

✓ Temperaturas oscilantes

Aquelas produzidas por ex: em contentores e camaras frigoríficas, durante a actividade laboral sem a devida protecção, como capas, luvas e botas de borracha.

- **Electricidade**

As lesões podem ser produzidas por electricidade natural ou cósmica e por electricidade artificial ou industrial.

As lesões produzidas por energia natural, como por ex: trovoadas ou relâmpagos, são denominadas fulminação.

Por acção directa do raio pode causar queimaduras de vária ordem ate carbonização total do corpo; fracturas e lacerações dos órgãos e grandes vasos.

Por acção indirecta pode causar morte por inibição nervosa periférica ou paragem cardíaca.

As lesões produzidas por electricidade artificial são designadas eletrocussão, cuja lesão mais simples é a marca elétrica de Jellinek, com a forma circular, elíptica ou estrelada, de consistência endurecida, bordos altos e de cor branco-amarelado, indolor.

Quando a electricidade é de alta tensão pode haver lesões mistas, ou seja, marca eléctrica e queimaduras de vários graus.



Figura 17: lesão provocada por electricidade

- Lesões produzidas por agentes que emitem energia de ordem química

- ✓ **Cáusticos**

Os cáusticos são substâncias que dependendo da natureza química produzem lesões tegumentares. Elas são classificadas em função dos efeitos que produzem em coagulantes e liquefacentes.

Os cáusticos coagulantes são os que desidratam os tecidos, produzindo escaras endurecidas, por ex: o nitrato de prata, o acetato e outros.

Os cáusticos liquefacentes são os que produzem escaras húmidas, translúcidas e moles, por ex: a soda caustica.



Figura 18: Necrose seca por substância cáustica

✓ **Os ácidos:**

Como o Ácido sulfúrico, muito frequente em casos de ofensas corporais.



Figura 19: Necrose por Queimadura por ácido Sulfúrico

O *Sinal de Lichember*, associa- se com lesões causadas por electricidade natural cuja forma é arboriforme, e por outro lado, a marca eléctrica de Jellineck, é a forma típica de lesões causadas por electricidade artificial.



Figura 20: Sinal de Lichember

BLOCO 4. PONTOS-CHAVE

- 4.2 As armas brancas constituem a segunda causa de lesões no nosso meio superado pelos agentes contundentes.
- 4.3 As armas brancas actuam por meio de folha, ponta, combinação das anteriores e em ocasião unido ao efeito de massa; causando feridas cortantes, perfurantes, corto-perfurante e corto-perfuro-contundente, respectivamente.
- 4.4 As armas de fogo, são agentes que lançam violentamente os projéteis, causando lesões a diferentes distâncias.
- 4.5 Os orifícios de entrada de projétil (das armas de fogo) disparado a boca tocante apresentam bordos regulares, invertidos, orla de contusão e halo de enxugo quando não apresenta plano ósseo subjacente e bordos irregulares, mina de Hoffman, quando apresenta plano ósseo subjacente.
- 4.6 Orifício de entrada do projétil a curta distância apresenta orifício regular geralmente pequeno, orla de contusão, halo de enxugo e tatuagem.
- 4.7 Orifício de entrada do projétil a longa distância apresenta morfologia similar sem a tatuagem.
- 4.8 As lesões de saída do projétil têm os bordos virados para fora ou evertidos, não apresentam halo de enxugo nem orla de contusão.

4.9 As lesões causadas por electricidade são maioritariamente de etiologia médico-legal accidental.

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	07
Tópico	Traumatologia	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Certificação das Lesões	Duração	3h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 1 Identificar as várias lesões causadas pelas principais energias.
- 2 Agrupar os diferentes agentes traumáticos de acordo com o tipo de energia
- 3 Elaborar a guia de transferência dos casos graves e certificar as lesões

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	10 min
2	Introdução a Técnica (Revisão)	60 min
3	Demonstração da Técnica pelo Docente	30 min
4	Prática da Técnica pelos Alunos	80 min

Material e Equipamento:

- Data show
- Computador
- Quadro de anotações ou papel gigante; marcadores: 1 por cada grupo
- Bloco de notas e caneta (1 por estudante)

Preparação:

- Organizar com antecedência todo o material a ser usado
- Conferir se os meios audiovisuais estão em condições de serem usados
- Conferir se os slides estão completos e em ordem de projeção
- Preparar os cartazes/albuns seriados tanto dos agentes como das lesões por elas causadas a serem usados, pendurando-os em local adequado (haverá necessidade de produzir cartazes)
- Conferir se os conteúdos a serem abordados foram completamente leccionados

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

10 min

- 1.2 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.3 Apresentação da estrutura da aula
- 1.4 Apresentação dos equipamentos e dos materiais

BLOCO 2. INTRODUÇÃO A TÉCNICA (REVISÃO)

60 min

O reconhecimento das diferentes energias e das lesões por elas causadas constitui a premissa para uma boa realização da perícia no âmbito da traumatologia forense.

Nesta aula serão revistos conteúdos sobre a Medicina Legal especificamente os da traumatologia e certificação das lesões, abordados nas aulas 3, 4 e 5 com a parte prática, de forma que os alunos apliquem os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas.

2.1 Classificação dos agentes lesivos

Os principais agentes lesivos envolvidos nos traumas são classificados de, entre outros, agentes mecânicos, agentes físicos e agentes químicos. Por sua vez os agentes mecânicos classificam-se de: agentes contundentes; armas brancas; projéteis de arma de fogo e agentes explosivos.

Os **agentes contundentes** são os agentes mecânicos que mais causam dano, por ex: pedras, paus, coronha de arma de fogo, casquetes e outros. Agem por pressão, deslizamento, percussão, compressão, descompressão, torção, contragolpe ou de forma mista.

2.1.1 As lesões contusas classificam-se em:

- **Lesões contusas simples com integridade da pele:**
 - o **Rubefação**

Caracteriza-se pela congestão repentina e momentânea dos vasos subcutâneos devido ao traumatismo contundente de pouca intensidade, evidenciada por uma mancha avermelhada, efémera e fugaz, que desaparece em alguns minutos. Ex: bofetada na face ou nádega. Dai a necessidade de averiguação imediata.

o **Equimoses**

Trata-se de lesões que se traduzem por infiltração hemorrágica nas malhas dos tecidos, resultante de ruptura de vasos de pequeno calibre.

Em geral, são superficiais, mas podem surgir nas massas musculares, nas vísceras e no periósteo.

Quando se apresentam em forma de pequenos grãos, recebe o nome de sugilação e, quando em forma de estrias, toma a denominação de vibice.

A tonalidade da equimose e de importância médico-pericial, inicialmente é avermelhada, posteriormente adquire uma tonalidade vermelho-escura, violácea ou azulada, desaparecendo em média entre 15 e 20 dias.

As formas das equimoses são de grande significado, porque imprimem com fidelidade a marca dos objectos que lhes deram origem (por ex: fivelas, cintos, sapatos, estrias de pneus de automóveis e trancas de corda).

o **Petéquias**

São infiltrações de sangue nos tecidos, de pequeníssimas dimensões com forma de cabeça de alfinete.

- o **Hematomas**

É uma colecção de sangue coagulado numa cavidade limitada por tecido subcutâneo ou outro, em cavidades pré-existentes ou que se formam, devido a ruptura de vasos de médio calibre.

O hematoma, em geral, faz relevo na pele, tem delimitação mais ou menos nítida e é de absorção mais demorada que a equimose. Pode também ser profundo e encontrado nas cavidades ou dentro dos órgãos, e, por isso, chamado hematoma intraparenquimatoso.

- o **Hemorragias intra-cavitárias**

São hemorragias localizadas em distintas cavidades, por ex: cavidade pleural – hemotórax.

- o **Hemorragias**

Manifestam-se nos orifícios e nas vias dos aparelhos e sistemas, por ex: canal auditivo externo: otorragia, narinas: rinorragia ou epistaxes.

- o **Derrames serosos**

Resultam da lesão tangencial dos instrumentos contundentes nos vasos linfáticos com derrame da linfa.

- **Lesões contusas simples com comprometimento da pele**

- o **Escoriação**

Resulta da acção tangencial dos meios contundentes, define-se como o arrancamento da epiderme e o desnudamento da derme, de onde fluem serosidade e sangue.

Pode ser encontrada isolada ou associada a outras modalidades de lesões contusas mais graves.

- o **Feridas contusas**

Trata-se de lesões abertas cuja acção contundente foi capaz de vencer a resistência e a elasticidade dos planos moles (da pele), a força do traumatismo é que causa a penetração do instrumento.

São uma solução de continuidade da pele, tem forma irregular com desigualdade e descolamento dos bordos, que se apresentam escoriados com derrames hemorrágicos e ligados com pontes de tecido lesado ou por vasos.

- **Lesões contusas complexas**

- o **Feridas dilacerantes**

Os mecanismos mais frequentes são a **compressão e tracção**: a pele é esmagada de encontro ao plano subjacente, ou por rasgo ou arrancamento tecidual. As bordas são irregulares, com mais de um ângulo; constituem exemplo clássico as mordidas de cão.

- o **Fracturas**

Decorrem de mecanismos de compressão, flexão ou torsão e caracterizam-se pela solução de continuidade dos ossos.

São chamadas directas quando se verificam no próprio local do traumatismo e indirectas, quando provém da violência numa região mais ou menos distante do local fracturado.

A fractura pode estar reduzida a um simples traço ou a vários traços, ou ainda a vários fragmentos, tomando a denominação de fratura cominutiva.

Pode ainda ser classificada em fechada (subcutânea) e aberta, denominada exposta.

o Luxações

São caracterizadas pelo deslocamento de dois ossos cujas superfícies de articulação deixam de manter suas relações de contacto que lhes são comuns.

São denominadas completas, quando as superfícies de contacto se afastam totalmente e incompletas, quando a perda de contacto das superfícies articulares é parcial.

Podem ser fechadas e expostas. Nos casos mais graves pode ocorrer ruptura dos ligamentos e outras lesões intra-articulares.

o Entorses

São lesões articulares provocadas por movimentos exagerados dos ossos que compõem uma articulação, incidindo apenas sobre os ligamentos.

Por ex: Uma flexão intensa de uma mão sobre o antebraço.

o Arrancamentos e *Lacerações dos tecidos moles*

Os arrancamentos ocorrem por acção de tracção de máquinas ou de veículos em movimento, pode ocorrer arrancamento de tecidos ou membros, uma variedade rara é o escalpo, isto é, o arrancamento dos cabelos com o couro cabeludo.

Por acção de veículos e corpos pesados produzem-se esmagamentos.

2.2 Lesões produzidas por armas brancas

São definidos como armas brancas, os instrumentos que actuam por meio de uma lâmina, ponta e ou de forma mista.

As lesões podem ser:

- Por meio da lâmina ou folha do objecto: instrumento cortante;
- Por meio da extremidade ou ponta do objecto: instrumento perfurante;
- Em simultâneo a lâmina e a extremidade do objecto: instrumento corto-perfurante;
- Em simultâneo a lâmina e o peso do objecto: instrumento corto-contundente;
- Em simultâneo a extremidade e o peso do objecto: instrumento perfuro-contundente;
- Em simultâneo a lâmina, a extremidade e o peso do objecto: instrumento corto-perfuro-contundente.

2.2.1 Principais lesões causadas por armas brancas

As lesões provocadas por armas brancas são produzidas por **instrumentos cortantes** (exemplo: lâmina, bisturi, pedaços ou fragmentos de vidro) que produzem as feridas cortantes (exemplo: degolação, ferida cortante na região cervical) ou **feridas incisivas** (exemplo a laparotomia). As feridas incisivas são produzidas com objectivo terapêutico, enquanto que as feridas cortantes são feitas fora deste objectivo.

Este tipo de lesão apresenta como característica: bordos lisos, mais profundos no centro que causam muita hemorragia.

2.2.3 Lesões produzidas por projécteis de armas de fogo

As feridas perfuro-contusas são produzidas por um mecanismo de accão que perfura e contunde ao mesmo tempo. Na maioria das vezes, esses instrumentos são mais perfurantes que contundentes. Esses ferimentos são produzidos quase sempre por projécteis de arma de fogo.

De um modo geral, os ferimentos ou lesões dos projécteis de arma de fogo compreendem:

- Orifício de entrada do projéctil;
- O trajecto ou canal de penetração do projéctil;
- Orifício de saída do projéctil.

Em função da distância que é efectuado o disparo de arma de fogo, os orifícios de entrada apresentam diferentes características:

- Orifício de entrada disparado a boca tocante ou cano encostado ou ainda a menos de 1cm:

Quando o disparo é efectuado a menos de 1cm de distância ou a boca do cano encostado, em consequência da accão simultânea do projéctil e dos gases de explosão, forma-se um ferimento largo, estrelado e de contornos irregulares e lacerados, denominado orifício em boca de mina de Hofmann. Neste processo, todos os elementos da carga penetram no orifício do projéctil, mostrando-se escurecido, com aspecto de uma cratera de mina.

A volta do orifício pode existir crepitação gasosa subcutânea resultante da infiltração dos gases, na pele pode estar impresso a marca do cano, os bordos do orifício evertidos devido ao levantamento dos tecidos pela explosão dos gases.

Sendo assim as características mais frequentes neste tipo de lesões são:

- o Orifício regular, circular ou ovalar dependendo do grau de incidência do projéctil ao atingir a pele;
- o Os bordos do orifício estão virados para dentro ou invertidos;
- o No orifício existe orla de contusão ou orla escoriativa resultante da penetração do projéctil que actua como agente perfuro-contundente, e uma zona escura, apergaminhada as vezes, que circunda o orifício;
- o Halo de enxugo, devido a passagem do projéctil nos tecidos, que limpa neles as impurezas;
- o O orifício no seu interior encontra-se escurecido, devido a penetração de todos os elementos que escapam pela boca do cano, nomeadamente gases super-aquecidos, a fumaça, a chama, os grânulos de pólvora incombusta - tendo estes elementos a designação de tatuagem.
- Orifício de entrada disparado a curta distância ou disparado a uma distância entre 1 à 75cm:

Considera-se que o tiro foi disparado a curta distância, quando além da lesão de entrada produzida pelo impacto do projéctil – efeito primário, encontram-se também manifestações provocadas pela accão dos resíduos de combustão ou semi-combustão da pólvora, da chama, da fumaça, que é a tatuagem expelida pelo cano da arma – efeito secundário, a volta do orifício.

Neste orifício, se além da zona de tatuagem e de esfumaçamento, encontra-se queimadura da pele ou crestação dos pêlos e cabelos provocados pela elevada temperatura dos gases, diz-se que o disparo a curta distância foi feito a queima-roupa, ou seja, tiro a queima-roupa.

As características encontradas no local de entrada do projéctil dos tiros a distância inferior a 75cm e superior a 1cm são:

- o Orifício circular ou ovalar, de bordos mais ou menos regulares;
- o Os bordos do orifício estão virados para dentro ou invertidos;
- o Orla de contusão ou orla escoriativa é o ferimento derivado do arrancamento da epiderme, uma zona escura devido a acção perfuro-contundente do projéctil;
- o Halo de enxugo ou de limpeza, zona escura que se sobrepõe a orla de contusão;
- o A tatuagem é formada por partículas de pólvora incombustas que aderem a roda ou a volta do orifício, associado ao depósito de fumo de pólvora queimada, fumaça e chama. Se o projéctil atingir inicialmente a roupa, a tatuagem estará aderida ao vestiário a volta do orifício.
- Orifício de entrada a longa distância ou disparado a uma distância superior a 75cm:

Quando o orifício de entrada não apresenta todas as características anteriores descritas, considera-se que o projéctil foi disparado a longa distância ou a uma distância superior a 75cm.

Os elementos que escapam pela boca do cano aquando do disparo, nomeadamente os gases super-aquecidos, a pólvora, a chama, a fumaça e a bucha perdem-se ao longo do trajecto antes de atingir o alvo, só o projéctil ao atingir o corpo ou alvo deixa sinais, designados sinais comuns.

Tem como características típicas as seguintes:

- o Orifício circular, ovalar ou irregular, dependendo do grau de incidência do projéctil ao atingir o alvo;
- o Orifício com bordos virados para dentro ou invertidos;
- o Orla de contusão ou orla escoriativa;
- o Halo de enxugo ou de limpeza.

Trajecto ou canal de penetração do projéctil

É o caminho percorrido pelo projéctil no interior do corpo. É variável e depende de vários factores como: a distância a que foi proferido o disparo, região do corpo atingida.

A luz do canal do trajecto apresenta um sinal de vitalidade importante que é a presença de sangue coagulado.

Lesão de saída ou orifício de saída do projéctil

Estes orifícios apresentam geralmente as seguintes características:

- o Forma irregular, devido ao facto do projéctil ao entrar no corpo humano durante o seu trajecto deformar-se;
- o Os bordos do orifício estão virados para fora ou evertidos, pelo facto de a acção do projéctil ser de dentro para fora, isto é, em sentido contrário ao da entrada;
- o Não apresenta halo de enxugo, porque as impurezas do projéctil ficam retidas ao longo do trajecto da bala. Não apresenta orla de contusão, pois a acção do projéctil no complexo derme epidérmico é de dentro para fora;
- o O orifício de saída é maior, pelo facto de poder haver maior sangramento através dele.

Feridas produzidas por agentes explosivos

Agentes explosivos: as explosões são devidas a produção brusca de grande quantidade de gases e a dilatação súbita de gases ou vapores fortemente comprimidos. Podem ser provocadas por: gás de iluminação, éter, álcool, amoníaco, petróleo, acetileno, gasolina, gases mefíticos (fossas, poços), máquinas a vapor e substâncias explosivas propriamente ditas (pólvora, dinamite).

As lesões produzidas por agentes explosivos são de diversa ordem, dependendo das causas e das circunstâncias do local em que se encontram as vítimas, podendo ser queimaduras de diversos graus, lesões do tipo contundente, desde escoriações, fracturas, feridas, lacerações viscerais, arrancamento dos membros e outros. Podem ser directamente produzidas por acção dos gases, da chama ou da substância que explode., indirectamente por efeito dos corpos deslocados ou projectados ou ainda em consequência da projecção da própria vítima de encontro as superfícies duras.

Feridas produzidas por agentes que emitem energia de ordem física

Agentes que emitem energia de ordem física podem ser: temperatura (frio, calor); electricidade; pressão atmosférica; radioatividade; luz e som.

Temperatura

As lesões produzidas pela temperatura são resultantes do frio, do calor e oscilação de temperatura.

o Lesões produzidas pelo frio

As lesões produzidas por frio podem ser de origem accidental ou criminosa. São raras no nosso meio, e as mais comuns poderão ser eventualmente por abandono do recém-nascido, resultando gangrena das extremidades e levando a morte por hipotermia.

o Lesões produzidas pelo calor

O calor pode produzir lesões ao actuar de forma difusa ou directa.

✓ **Calor difuso:** o efeito de altas temperaturas actuando no organismo de forma difusa provoca duas síndromes:

- o A *insolação*, que é o resultado do excesso de calor ambiental em locais abertos ou fechados, associados a factores intrínsecos, por ex: patologias cardiorrespiratórias pré-existentes;
- o A *intermação*, resulta de excesso de calor ambiental em lugares mal arejados ou pouco abertos e a influência de factores intrínsecos tais como a idade, alcoolismo, adaptação ambiental.

✓ **Calor directo:** as queimaduras podem ser produzidas por diferentes tipos de agentes: os raios solares ou ultravioleta, líquidos fervescentes (por ex: cáusticos - água de bateria), sólidos quentes (velas, xiphefo), gases super-aquecidos, calor irradiante e chamas.

✓ **Temperaturas oscilantes**

Aquelas produzidas por ex: em contentores e camaras frigoríficas, durante a actividade laboral sem a devida protecção, como capas, luvas e botas de borracha.

✓ **Electricidade**

As lesões podem ser produzidas por electricidade natural ou cósmica e por electricidade artificial ou industrial.

As lesões produzidas por energia natural, como por ex: trovoadas ou relâmpagos, são denominadas fulminação.

Por acção directa do raio pode causar queimaduras de vária ordem ate carbonização total do corpo; fracturas e lacerações dos órgãos e grandes vasos.

Por acção indirecta pode causar morte por inibiçao nervosa periférica ou paragem cardíaca.

As lesões produzidas por electricidade artificial são designadas eletrocussão, cuja lesão mais simples é a marca elétrica de Jellinek, com a forma circular, elíptica ou estrelada, de consistência endurecida, bordos altos e de cor branco-amarelado, indolor.

Quando a electricidade e de alta tensão pode haver lesões mistas, ou seja, marca elétrica e queimaduras de vários graus.

Feridas produzidas por agentes que emitem energia de ordem química

✓ **Cáusticos**

Os cáusticos são substâncias que dependendo da natureza química produzem lesões tegumentares. Elas são classificadas em função dos efeitos que produzem em coagulantes e liquefacentes.

Os cáusticos coagulantes são os que desidratam os tecidos, produzindo escaras endurecidas, por ex: o nitrato de prata, o acetato e outros.

Os cáusticos liquefacentes são os que produzem escaras húmidas, translúcidas e moles, por ex: a soda caustica.

✓ **Os ácidos:**

Como o Ácido sulfúrico, muito frequente em casos de ofensas corporais.

BLOCO 3: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA PELO DOCENTE

(30 min)

Elaboração de uma guia de transferência

- 3.1 O docente deve explicar com base no modelo de guia de transferência usado, como preencher uma guia de transferência no caso de uma vítima de agressão física, orientando o aluno em como colocar a informação importante
- 3.2 Explicar a importância e para onde encaminhar a vítima
- 3.3 Explicar a relação com as autoridades judiciais

BLOCO 4: ENSAIO DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(80 min)

- 4.1 O docente deverá dividir a turma em 4 grupos e escolher um representante em cada grupo
- 4.2 Deve colocar a disposição de cada grupo os casos clínicos e projectar as imagens do álbum seriado correspondentes a cada um dos casos
- 4.3 Deve distribuir o seu tempo entre os grupos, indo rodando de mesa em mesa, orientando a prática e chamando atenção para os erros identificados
- 4.4 Deve incentivar a cada aluno para que tire notas da aula e esclareça as dúvidas
- 4.5 Cada grupo discutirá o seu respectivo caso sem deixar de atender os casos dos outros grupos
- 4.6 Por fim será feita a apresentação dos casos em plenária e discussão
- 4.7 O docente deve agir como um mediador, controlando o tempo da intervenção de cada grupo e opinando, quando necessário.

Seguem-se alguns casos clínicos para discussão e identificação de imagens de lesões produzidas por instrumentos ou agentes contundentes.

Caso clínico 1

A.M, sexo feminino, de 24 anos, casada e doméstica foi vítima de agressão física pelo seu marido que estava embriagado, há 2 dias atrás, tendo contraído as várias lesões corporais:

1. Identificar as lesões observadas
2. Descrever as características das lesões observadas
3. Explicar como irá manusear a informação obtida bem como o processo da guia de transferência do paciente (que fontes usará para obter informação e para onde será encaminhada a guia de transferência).

Caso clínico 2

F.M, sexo masculino, de 32 anos, solteiro, vendedor ambulante foi vítima de baleamento na região do tórax e abdómen pela polícia, quando tentava assaltar um contentor de bebidas no porto de Maputo. Teve morte imediata e o seu corpo levado para o Instituto de Medicina Legal para autópsia. Apresentava as seguintes lesões corporais:

1. Identificar as imagens projetadas
2. Descrever as características das lesões observadas
3. Explicar como irá manusear o certificado de óbito (que fontes usará para obter informação e a pedido de quem será passado o certificado).

Depois de projectados os slides com as diferentes lesões segue-se a discussão dos casos clínicos numa primeira fase em grupos e no final em plenária.

ANEXO1: ALBUM SERIADO DAS LESOES PROVOCADAS POR ENERGIA MECÂNICA



Fig.1



Fig.2



Fig 3

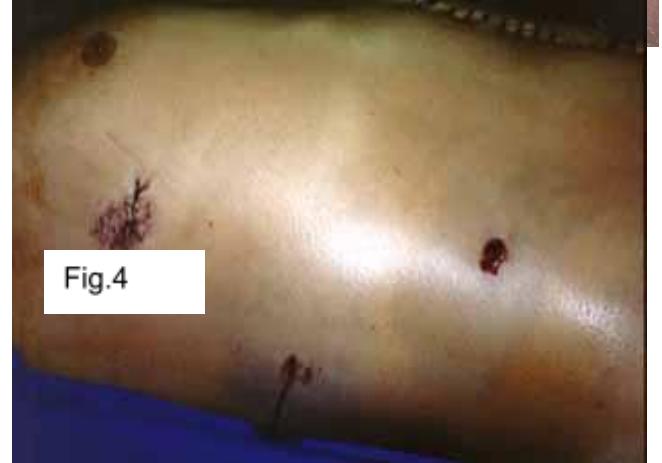


Fig.4



Fig.5

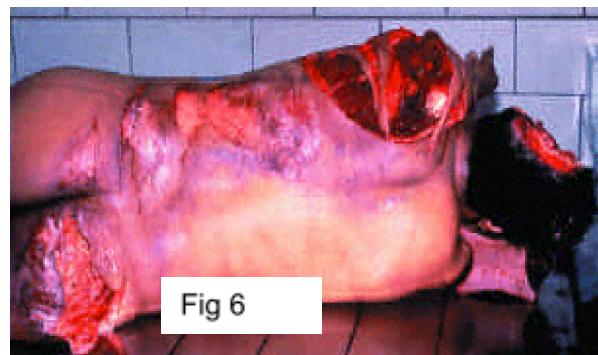


Fig 6



Fig 7



Fig 8



Fig 9



Fig 10



Fig 11

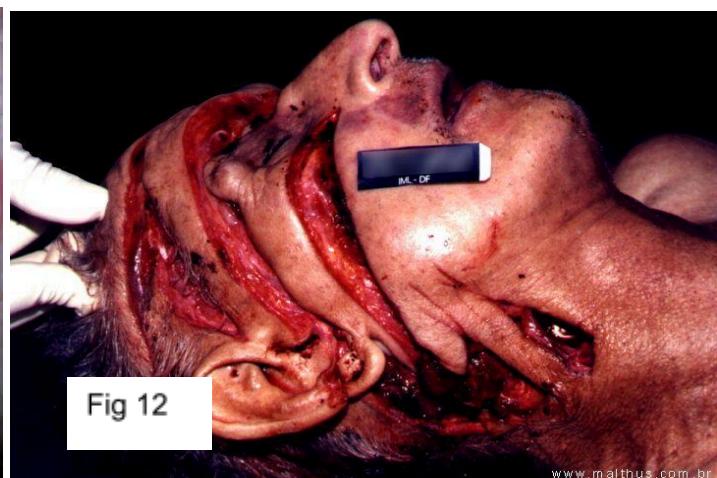
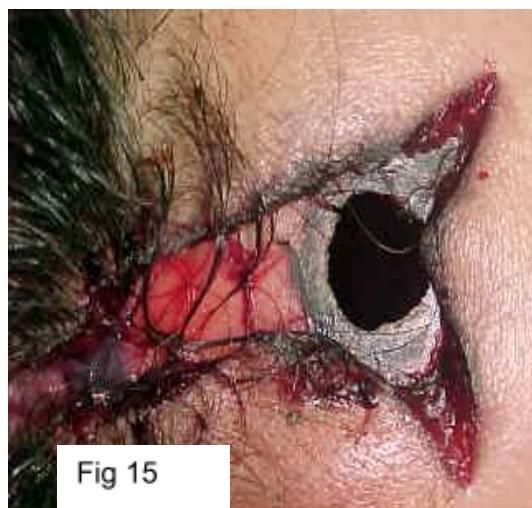
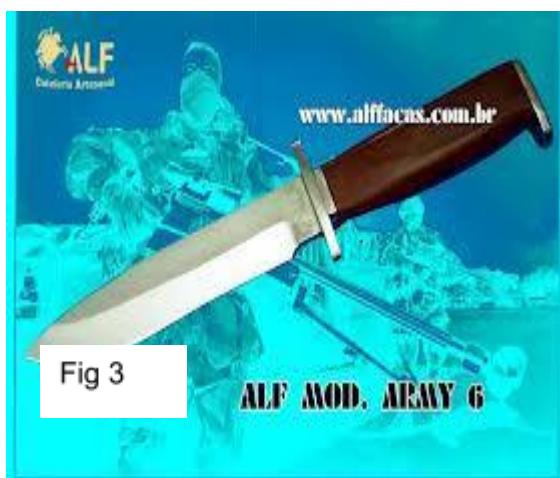
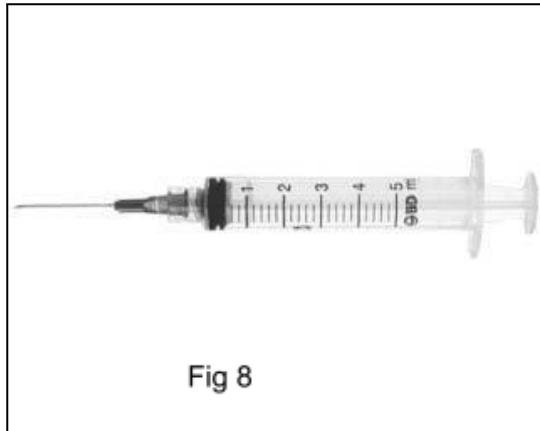


Fig 12



ANEXO2: ALBUM SERIADO DE DIFERENTES AGENTES DE ENERGIA MECÂNICA





Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	08
Tópico	Asfixiologia Forense Sexologia Forense	Tipo	Teórica
Conteúdos	Terminologia dos Delitos Sexuais Contemplados no Código Penal	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir Asfixias mecânicas
2. Classificar as Asfixias mecânicas
3. Identificar os sinais gerais e específicos das asfixias mais frequentes (enforcamento, afogamento, estrangulamento e esganadura).
4. Distinguir as prováveis etiologias médico-legais das asfixias.
5. Definir os seguintes termos:
 - a) Violência (segundo a OMS)
 - b) Violação sexual;
 - c) Estupro;
 - d) Atentado ao pudor.
6. Descrever os passos de um exame físico genital, anal e extra genital nos casos de suspeita de crimes sexuais

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Asfixiologia Forense		
3	Violação, Estupro e Atentado ao Pudor		
4	Exame Físico (genital, anal e extra genital) em casos de suspeita de crime sexual		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia :

1. Temas de Medicina Legal e Seguros - António Zacarias, Imprensa universitária, 2004
2. França – Medicina Legal, 9^a edição, GuanabaraKoogan editora, 1998.
3. Código Penal anotado – Republica de Moçambique, Clemente Rosa, Coimbra, 1996.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2. ASFIXIA FORENSE

Algumas energias de ordem mecânicas e químicas podem impedir a passagem do ar às vias respiratórias e alteram a bioquímica do sangue, produzindo um fenómeno chamado **asfixia**.

Inicialmente a expressão Asfixia foi utilizada para designar as mortes súbitas acompanhadas de paragem cardíaca. Posteriormente, com o desenvolvimento da ciência, foram relacionadas com as mortes em que havia uma dificuldade respiratória.

Asfixia literalmente significa "sem ou ausência do pulso", visto que os primeiros anatomistas pensavam que nas artérias circulava ar ou pneuma. A expressão correcta seria anoxemia (deficit total de oxigénio) ou hipoxemia (deficit parcial de oxigénio).

2.1 Definição

Asfixia mecânica é definida médico-legalmente como uma síndrome caracterizada pelos efeitos de ausência do oxigénio nos tecidos de causa fortuita, violenta e externa.

Este impedimento mecânico pode ocorrer nas mais diversas circunstâncias.

Fisiologia da respiração:

Para que a respiração decorra normalmente é fundamental que:

- O ambiente externo contenha ar respirável, com 21% de oxigénio. Quando a quantidade de oxigénio diminui ate 7% começam a surgir distúrbios respiratórios graves e a partir de 3% pode ocorrer a morte
- Permeabilidade dos orifícios respiratórios, boca e nariz
- Permeabilidade das vias respiratórias, laringe, traqueia e brônquios
- Elasticidade do tronco, músculos auxiliares da respiração da parede torácica e parede abdominal se possam contrair e relaxar
- Expansibilidade pulmonar. É importante que o tecido pulmonar esteja em boas condições, sem patologia ou outras situações clínicas que impeçam a expansibilidade pulmonar, por ex: hidrotórax.
- Circulação sanguínea normal, com volume circulatório em quantidade e qualidade suficientes para transportar oxigénio para os tecidos

2.2 Classificação das Asfixias

As asfixias podem ser classificadas com base no mecanismo fisiopatológico em:

1. **Asfixias puras:** em que o mecanismo fisiopatológico de morte é basicamente respiratório, com hipoxemia ou anoxemia. As asfixias puras podem ser provocadas:
 - **Asfixias em ambientes por gases irrespiráveis:**
 - o Confinamento
 - o Asfixia por monóxido de carbono

- **Obstáculo a penetração de ar nas vias respiratórias:**
 - Sufocação directa (obstáculo a nível dos orifícios e vias respiratórias)
 - Sufocação indirecta (compressão tóraco-abdominal)
 - **Transformação do meio gasoso em meio líquido ou semi-líquido:**
 - Afogamento
2. **Asfixias complexas:** em que o mecanismo fisiopatológico de morte resulta da constrição do pescoço por meio de um laço, intervindo o sistema circulatório com interrupção da irrigação cerebral; nervoso por inibição periférica devido a compressão das fibras nervosas e o respiratório por constrição das vias respiratórias.
- **Constrição passiva do pescoço exercida pelo peso do corpo**
 - Enforcamento
 - **Constrição activa do pescoço exercida pela força muscular:**
 - Estrangulamento
3. **Asfixias mistas:** o mecanismo fisiopatológico é com base na sobreposição dos três mecanismos de forma e intensidade variável.
- Esganadura

2.3 Sinais Gerais comuns nas asfixias mecânicas

As asfixias em geral, apresentam um conjunto de sinais que lhes são comuns, indicativos desta síndrome. Geralmente são classificadas em sinais externos e sinais internos. Não são sinais patognomónicos (sinais característicos da doença), mas alguns são de grande valia diagnóstica, que permitem orientar e diagnosticar a asfixia mecânica:

- **Sinais gerais externos**

Existem variados sinais externos que nos permitem fazer o diagnóstico da morte por asfixia, tais como: as manchas de hipóstase, cianose da face, infiltração hemorrágica das conjuntivas, as equimoses externas, cianose ungueal (das unhas), cogumelo de espuma, projeção da língua e exoftalmia.

- *Livor mortis ou manchas hipostáticas*

Aparecem precocemente, são abundantes e de tonalidade escura (devido a fluidez de sangue e ausência de oxigénio, com a presença de carboxihemoglobina).

Quando se localizam na face dorsal e nos membros inferiores são mais extensas. nas asfixias por monóxido de carbono a cor das manchas de hipóstase é vermelho carmim.



www.maltheris.com.br

Figura 1. Manchas hipostáticas
Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/Livor_mortis

o Cianose na face ou máscara equimótica

É constante, mais frequente em tipos especiais de asfixia, principalmente nas sufocações indiretas (na compressão torácoabdominal), dando em consequência a máscara equimótica da face, por estase mecânica da veia cava superior e outros vasos. Em algumas mortes de origem cardíaca pode aparecer cianose similar.

o Petéquias na pele e mucosas são devido as ropturas dos microcapilares devido a anoxemia. A hipoxia produz roptura dos vasos.

Na pele, são arredondadas e de pequenas dimensões, formando agrupamentos em determinadas regiões, principalmente na face, pescoço e tórax, tomando tonalidade mais escura nas partes de declive.

A nível das mucosas são sinais mais constantes, predominantemente na mucoso conjuntival palpebral, ocular e nos lábios.

O mecanismo de aparecimento é explicado pela queda do sangue, pela gravidade aos planos mais baixos do corpo e o peso da coluna sanguínea que rompe os capilares, extravasando-se nos tecidos vizinhos.

o Fenómenos cadavéricos

Assim se designa ao conjunto de alterações ou modificações que podem ocorrem em um cadáver, sob influência dos fenómenos ambientais uma vez extintas as funções vitais e processos bioquímicos.

O esfriamento geralmente é mais lento, a putrefação é precoce e rápida que nas demais causas de morte excepto no afogamento; a rigidez cadavérica também mas depois de instalada é muito intensa e prolongada.

o Cogumelo de espuma

É uma bola de finas bolhas de secreção espumosa que cobre a boca e narinas que se estende até as vias respiratórias inferiores.

É um sinal frequente e típico nas vítimas por afogamento mas pode aparecer em outras formas de asfixia em que é precedido de edema pulmonar agudo severo (que produz um encharcamento dos pulmões com migração de água para fora do sangue a caminho de vias respiratórias pela osmose) e nos casos de morte precedida de grandes convulsões.



Figura 2. Cogumelo de espuma numa vítima de afogamento

o *Projeção da língua e exoftalmia*

São achados comuns nas asfixias mecânicas do tipo enforcamento, estrangulamento, esganaduras mas pode aparecer nos cadáveres putrefeitos na fase gasosa ou enfisematosas.



Figura 3. Projecção da língua numa vítima de enforcamento
Fonte: Cortesia da Medicina Legal, HCM

● **Sinais internos**

Podem-se observar internamente os seguintes sinais:

o Petéquias da pleura visceral e epicárdio, denominadas manchas de Tardieu.

São designadas por manchas de Tardieu, com a forma de cabeças de alfinete.

Estão sempre presentes nas asfixias, predominantemente nos pulmões a nível da pleura visceral e coração. São de tonalidade violácea e de número variável.

São mais comuns na infância e na adolescência.

o Aspecto do sangue

Geralmente há fluidez do sangue, é de cor escura devido a abolição da fibrinólise e presença de carboxihemoglobina.

o Congestão polivisceral

Ocorre em todos os órgãos devido a fluidez do sangue.

- o Edema pulmonar como resultado fisiológico de anoxemia - pouco oxigénio no sangue, obriga ao aumento de batimentos cardíacos com incremento de volume-minuto de sangue para o pulmão a busca de oxigénio, por outro lado devido ao encharcamento dos pulmões por líquido proveniente de fora. Os pulmões estão distendidos, congestionados e edemaciados.
- **Sinais específicos**
 - o Enforcamento: sulco oblicuo ascendente, no 1/3 superior de pescoço, geralmente único, apergaminhado, podendo ser mole ou duro dependendo do material e com interrupção na área do nó. Principal etiologia medicolegal é suicídio.
 - o Estrangulamento: sulco horizontal mais frequente nos 2/3 inferiores, contínuo em toda sua extensão, frequentemente mais de um, apergaminhado. Principal etiologia é homicídio.
 - o Esganadura: estigmas ungueais ou equimose no pescoço. Principal etiologia é homicídio.
 - o Afogamento: cogumelo de espuma nasal e ou oral, accidental.
 - o Apesar dessas serem principais etiologias, há sempre a possibilidade de ocorrência de outras, excepto na esganadura.



Figura 4: enforcamento



Figura 5: estrangulamento.



Figura 6: esganadura

BLOCO 3. VIOLAÇÃO, ESTUPRO E ATENTADO AO PUDOR

Definições

3.1 Violência

A OMS define **Violência** como “o uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ameaça ou real, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem uma grande probabilidade em resultar em lesão, morte, dano psicológico, alterações no desenvolvimento ou privações”. Ainda segundo a OMS, a violência contra a mulher, é qualquer conduta ou acto – acção ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples facto de a vítima ser mulher. Podendo ser verbal, física ou sexual.

3.2 Violação.

Violação sexual é toda a cópula vaginal com qualquer mulher, contra a sua vontade, por meio de violência física, de intimidação, ou de qualquer fraude, que não constitua sedução, ou achando-se a mulher privada do uso da razão, ou dos sentidos.

Violação sexual é também a cópula vaginal com menor de doze anos, mesmo com o consentimento da mesma (nessa idade não é necessário que a penetração peniana seja completa).

Aquele que tiver cópula ilícita com qualquer mulher, contra a sua vontade, por meio de violência física, de veemente intimidação, ou de qualquer fraude, que não constitua sedução, ou achando-se a mulher privada do uso da razão, ou dos sentidos, comete o crime de violação e terá pena de prisão maior de 2 a 8 anos, segundo o artigo 393 do código penal.

3.3 Estupro

É a cópula vaginal, por meio de sedução, com mulher virgem menor de dezoito e maior de doze anos.

3.4 Atentado ao pudor

São todos os actos impúdicos praticados em indivíduos de ambos os sexos, menores de dezasseis anos ou com violência depois daquela idade, com o fim de satisfazer um prazer venéreo, lascivo (sensual, libidinoso), por curiosidade, vingança, depravação (perversão) ou distúrbios de instinto sexual.

BLOCO 4. EXAME FÍSICO (GENITAL, ANAL E EXTRA GENITAL) EM CASOS DE SUSPEITA DE CRIMES SEXUAL

O exame deve ser efetuado num gabinete ou consultório médico, em ambiente adequado, para preservar a privacidade da vítima, devidamente iluminado a luz natural ou artificial, com uma marquesa normal e marquesa ginecológica, sempre na presença de um familiar ou representante legal, se for da sua vontade.

- O TMG deve ser auxiliado por uma enfermeira ou outro técnico de saúde.
- O exame clínico deve ser completo, devendo ser observado o estado geral; o estado de consciência; a orientação no tempo e no espaço; o estado psicológico.
- A vítima deve estar completamente despida e em seguida descreve-se se o individuo examinado é ou não púbere, de consistência física regular de acordo com a idade, avaliando o desenvolvimento físico.

- A seguir a descrição se a vítima apresenta ou não lesões traumáticas extra-genitais, dando particular atenção ao tipo de lesões de ataque a nível da face, do pescoço (chupões), dos seios (escoriações a volta dos mamilos), das coxas e nádegas (rubor, escoriações); lesões de defesa nos membros superiores (antebraço e mãos) e de outras regiões do corpo.
- O TMG deverá precisar a ausência de lesões traumáticas extra-genitais pois tipificariam outro tipo de crime.

4.1 Exame em casos de sexo por via anal:

A introdução do pénis ou de um objecto pontiagudo pode ser por:

Sodomia passiva: que consiste na introdução do pénis ou de um objecto pontiagudo de diversa natureza tal como: dedos, pénis artificiais, garrafas, bananas, no ânus de um indivíduo, sem o consentimento da vítima ou mesmo com anuimento (consentir, aprovar) da mesma, causando lesões a nível dos músculos anais.



Figura 1. Sodomia passiva

Fonte: Cortesia da Medicina Legal, HCM

Sodomia activa: Pratica este tipo de sodomia o sujeito que introduz o seu pénis no ânus do sujeito passivo (penetrado).

- O exame anorectal deve ser feito com a vítima na posição genopeitoral ou de "prece maometana".
- Deve se verificar se o paciente apresenta:
 - o Sinais de sodomia violenta recente: estes sinais devem-se as lesões agudas produzidas por roturas das fibras musculares, caracterizam-se por contractura dolorosa do esfíncter anal com hemorragias das paredes anorectais e perineais; fissuras anais; equimose na mucosa ano-rectal e relaxamento doloroso do esfíncter anal;
 - o A descrição das lesões deve ser feita por quadrantes: superior ou inferior ou seguindo o sentido horário do relógio;
 - o Sinais de sodomia passiva não recente ou sodomia passiva habitual: apresenta os mesmos sinais dos indivíduos que praticam frequentemente este género de actividade sexual e caracterizam-se por: relaxamento do esfíncter anal com cicatrizes ou; desaparecimento das pregas anorectais -; feridas; equimoses; fissuras na mucosa anorectal,I.T.S;
 - o Verificar a existência de sémen na vítima antes das 24h;
 - o Questionar se a vítima defecou ou não;

- o Exame das manchas encontradas no corpo;
- o Conservar a roupa da vítima e aconselhar a não serem lavadas até a observação do médico.

4.2 Exame em casos de sexo genital:

- O objecto de exame é o hímen e a região vulvovaginal.
- O hímen é uma membrana fibro-elástica localizada a entrada da vagina, mais ou menos alta, tem consistência variável e apresenta formas variadas e dois bordos, o livre e o aderente.
- A cópula laceradora do hímen causa hemorragia; produz uma solução de continuidade traumática.
- O hímen com desfloramento recente apresenta uma solução de continuidade; os bordos da laceração apresentam-se desiguais, avermelhados ou equimóticos; edemaciados e as vezes com supuração ou exsudato. Sinais de ferida recente e equimoses nas paredes da vagina.
- Em casos de desfloramento não recente visualiza-se a cicatrização da laceração himenial.
- A vítima pode apresentar também sinais resultantes do coito como: infiltrações hemorrágicas ou equimoses nas paredes vaginais, de grande valor diagnóstico para o coito recente e vitalidade nos casos de homicídio precedido de violação.
- Deve-se efetuar a pesquisa de sémen no canal vaginal, no fundo de saco de Douglas num período que não exceda as 48 horas; questionar sempre a vítima se não se lavou.



Figura 2. Hímen normal



Figura 3 Sinais de cópula vestibular recente

Figura 4 Sinais de cópula vestibular recente

Fonte: Cortesia da Medicina Legal, HCM

4.3 Exame em casos de prática de sexo oral: (uma das formas de atentado ao pudor)

- **Introdução do pénis na cavidade oral:** os sinais que podem ser encontrados são: escoriações ou abrasões nos lábios; equimoses na mucosa labial; tumefação e/ou equimoses na abóbada palatina.
- A pesquisa do sémen deve ser feita por meio de uma zaragatoa na região alvéolo-gengival ou vestibular, precocemente antes de se completar 1 hora após o acto libidinoso.
- **Introdução da língua na cavidade vulvo-vaginal:** é um acto de manifestação libidinosa (mais frequente em adolescentes aliciados por mulheres adultas) em que os sinais ou lesões apareceram tardivamente como por exemplo a manifestação de uma ITS.



Figura. 4 Abrasões nos lábios

É importante lembrar ao TMG que nos locais onde houver médico especialista ou médico de clínica geral, o paciente deve ser encaminhado para lá. É igualmente importante lembrar que a função do TMG é reconhecer, encaminhar e denunciar os crimes sexuais as autoridades.

4.4 Reconhecimento das vítimas de violência sexual

É crucial que o TMG saiba reconhecer uma vítima de violência sexual quando esta procura atendimento na Unidade Sanitária. Geralmente os casos de violência sexual são reconhecidos através da anamnese e das lesões físicas expostas que o paciente apresenta.

O TMG deve fazer o acolhimento e aconselhamento do paciente, incentivando-o a efectuar a denúncia às autoridades policiais.

O TMG deve dar conforto, apoio psicossocial ao paciente e família.

É de salientar que a violência sexual constitui uma urgência Médico-legal e a vítima deve receber o pacote integral de atendimento.

BLOCO 4. PONTOS-CHAVE

- 4.1 Asfixia mecânica é definida médico-legalmente como uma síndrome caracterizado pelos efeitos de ausência do oxigénio de causa fortuita, violenta e externa.
- 4.2 Estupro é a cópula vaginal, por meio de sedução, com mulher virgem menor de dezoito e maior de doze anos.
- 4.3 No exame físico das vítimas de delitos sexuais é fundamental a descrição das lesões traumáticas genitais e extragenitais., o que requere um exame físico completo.
- 4.4 No exame físico da vítima de violação sexual, observam-se sinais resultantes do coito como: infiltrações hemorrágicas ou equimoses nas paredes vaginais, de grande valor diagnóstico para o coito recente e vitalidade nos casos de homicídio precedido de violação.

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	09
Tópico	Obstetrícia Forense	Tipo	Teórica

Conteúdos	- Gravidez, Aborto e Parto de Interesse Médico-legal - Infanticídio	Duração	2h
------------------	--	----------------	----

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Identificar as questões médico-legais que se podem apresentar no período obstétrico
2. Identificar os sinais de uma gravidez e parto recente
3. Definir aborto sob ponto de vista Médico-legal
4. Distinguir os tipos de aborto
5. Descrever os sinais sugestivos de aborto no vivo e no cadáver
6. Definir infanticídio
7. Descrever os sinais no infante que podem sugerir infanticídio
8. Descrever as situações em que se deve suspeitar de infanticídio

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Obstetrícia e Questões Médico-legais		
3	Gravidez e Parto recente		
4	Aborto		
5	Infanticídio		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia :

1. Temas de Medicina Legal e Seguros - António Zacarias, Imprensa universitária, 2004.
2. França – Medicina Legal, 9^a edição, GuanabaraKoogan editora, 1998.
3. Código Penal anotado – Republica de Moçambique, Clemente Rosa, Coimbra, 1996
4. <http://pt.scribd.com/doc/55501910/33/ABORTO-CRIMINOSO>

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2. OBSTETRÍCIA E QUESTÕES MÉDICO-LEGAIS

A Obstetrícia forense é o capítulo da Medicina Legal que trata de aspectos relacionados com a gravidez que tenham implicações legais ou jurídicas, em diversas áreas do Direito, desde a fecundação e concepção, modo ou forma como esta aconteceu, métodos utilizados, evolução, modo como ela terminou e o destino dado ao recém-nascido.

Do ponto de vista médico-legal é fundamental que o jurista saiba em que circunstância deve pedir o diagnóstico de gravidez.

O teste de gravidez é pedido nas seguintes situações:

- Após a comprovação de atentado ao pudor, estupro e violação;
- Aborto criminoso; ofensas corporais seguidas de aborto; traumas não intencionais seguidos de aborto, tais como acidente de viação, acidente de trabalho e outros;
- Infanticídio, em que se suspeita que a autora do crime seja a eventual progenitora da vítima;
- Investigação da paternidade;
- Simulação e dissimulação de gravidez;
- Legitimidade de nascimento, partos supostos;
- Impossibilidade de anulação de casamento e como meio para contrair novas núpcias;
- Execução de penas;
- Atestados de gravidez para fins administrativos e laborais.

BLOCO 3. GRAVIDEZ E PARTO RECENTE

3.1 Gravidez

Definição: a gravidez é definida como sendo o estado fisiológico durante o qual a mulher trás dentro de si o produto de concepção.

Diagnóstico de uma gravidez recente:

a) Sinais e sintomas de presunção

- Perturbações digestivas: desejos, inversões de apetite, vómitos, náuseas, etc.
- Cloasma ou máscara gravídica
- Hiperpigmentação da linha alba
- Hipertricose
- Estrias abdominais

b) Sinais e sintomas de probabilidade

- Amenorreia
- Cianose vulvovaginal
- Redução do colo do útero e do fundo de saco vaginal
- Aumento do volume dos seios com hipertrofia dos tubérculos de Montgomery, aumento da pigmentação das areolas mamárias com saída de secreção

- Aumento do volume do útero

c) Sinais e sintomas de certeza

- Movimentos fetais positivos
- Batimentos cardíacos fetais
- Aumento do volume uterino com palpação dos segmentos fetais.

d) Diagnóstico de certeza:

- Ecografia

3.2 Parto

Definição: parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos e mecânicos cuja finalidade é a expulsão do feto viável e dos anexos. Médico-legalmente o parto começa com a ruptura da bolsa amniótica.

a) Sinais de um parto recente

- Lacerações perineais, da fúrcula, dos pequenos lábios, da vagina
- Lacerações do hímen que se apresenta em retalhos com aspecto de cristas, de linguetas ou tubérculos carnosos designados de carúnculas mirtiformes
- Secreções vaginais, lóquios inicialmente hemáticos
- Útero aumentado de tamanho, lesões no colo
- Turgência dos seios
- Pigmentação areolar
- Presença de colostro nos primeiros dias
- Flacidez da parede abdominal

b) As circunstâncias em que se deve solicitar o diagnóstico médico-legal de parto são:

- Fins administrativo-laboral, direito a licença de parto
- Legitimidade de nascimento, partos supostos 340 e 341 do código penal
- Simulação, dissimulação, metassimulação da gravidez
- Sonegação e substituição de recém-nascidos
- Negação do crime de aborto e de infanticídio

BLOCO 4. ABORTO

O aborto é um tema polémico e discutido incansavelmente, de forma a legalizá-lo sem ferir susceptibilidade e preservando a integridade humana.

4.1 Definição Médico-legalmente: o aborto é definido como a interrupção da gravidez antes do termo, resultando na morte do produto da concepção

Este conceito difere da definição clínica ou obstétrica de aborto, sendo a interrupção da gravidez antes do sétimo mês. Epidemiologicamente é definido como sendo a interrupção da gravidez de um feto com peso inferior a 500 gr.

Aquele que, de propósito, fizer abortar uma mulher grávida (mulher que está grávida), empregando para este fim violência ou bebida, ou medicamentos, ou qualquer outro meio, se o crime for cometido sem consentimento da mulher, será condenado a pena de prisão maior de 8 anos de prisão.

A agravação da pena de aborto, a que refere o 4º do artigo 358 do código penal, abrange todos os indivíduos que exerçam profissões de medicina.

A definição médico-legal de aborto tem em vista proteger o que o Direito ampara, a vida humana, no sentido mais lato, considerando a vida o momento da concepção até o seu exitus ou terminus de causa natural.

Os abortos provocados podem ser classificados em: aborto lícito, ilícito, interrupção voluntária da gravidez, acidentais, terapêuticos, eugénico entre outros.

4.2 Aborto ilícito ou criminoso

Aborto ilícito ou criminoso é a morte dolosa do produto de concepção, que é o ovo, em qualquer fase da sua evolução gestacional, até o momento do parto ou até o termo da gravidez.

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

- Exame de aborto recente e de aborto antigo da vítima: o exame do aborto pode ser feito num

Indivíduo vivo ou morto.

- Exclusão de aborto espontâneo/traumático;
- Constatação de evidências de sinais de um parto recente;
- Identificação do meio empregue e se tem valor inestimável a fim de caracterizar o acto doloso;
- Se em consequência do aborto ou meio empregue para praticá-lo, sofreu a gestante incapacidade para as ocupações habituais durante 30 dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente; ou perda ou inutilização do membro, ou incapacidade permanente para o trabalho;
- Exame do feto ou dos restos fetais:- tamanho, morfologia, peso, cabeça (bossa, etc.);- ossificação;- cordão umbilical;- vernix caseosa; com a finalidade de diagnósticar se foi ou não infanticídio.

Os elementos da perícia de um aborto recente são:

- **No vivo**
 - o Se o aborto é recente, a perícia deve fundamentar-se nas modificações deixadas pela gravidez:
 - o Nos seios: pigmentação areolar, presença de secreção mamilar.
 - o Exame da genitália: edema dos grandes e pequenos lábios; líquidos serosanguinolentos ou serosos; lesões do períneo e da fúrcula; lesões do colo do útero; dilatação do canal cervical; presença do objecto usado.
- **No cadáver**
 - o Os sinais extragenitais externos são os mesmos descritos anteriormente. O estudo deve ser orientado para o exame dos órgãos genitais e os sinais gerais de outros órgãos.
 - o Se há indícios de deslocamentos de placenta por meio de violência, com persistência de fragmentos cotiledonares, de superfície rugosa;
 - o Verificar se há alguma porção de placenta retida, se tem ou não aderência ao útero

Examinar outros órgãos para verificar os sinais anátomo-patológicos existentes.

4.3 Aborto Lícito ou por sentença judicial

Este tipo de aborto foi alargado para as vítimas de crimes sexuais cujos autores são criminosos. Estando implicadas gravidezes indesejáveis, resultantes de violações ou estupro.

4.4 Interrupção voluntária da gravidez

É hábito a prática de aborto após manifestação formal por escrito da gestante e para menores dos representantes legais nas unidades sanitárias públicas no nosso país, sem que haja uma regulamentação ou legislação específica para a sua despenalização.

As motivações para justificar a interrupção da gravidez são várias, desde questões sociais até económicas.

Os critérios para a aceitação são clínicos e estabelecidos pelas autoridades sanitárias.

4.5 Aborto Accidental

Qualquer mecanismo que resulte na interrupção da gravidez sem que haja intenção (acidentes de viação, de trabalho, desportivos).

4.6 Aborto terapêutico

Aquele que é efectuado pelo Médico ou Técnico de Saúde quando diagnóstica alguma situação que põe em risco eminentemente a vida da gestante.

4.7 Aborto Eugênico

É a interrupção da gravidez efectuada pelo Médico ou Técnico de Saúde quando diagnostica que o feto é portador de alguma mal formação incompatível com a vida autónoma extrauterina.

BLOCO 5. INFANTICÍDIO

5.1 Histórico

A morte dos lactantes e recém-nascidos é tida desde a pré-história como um rito de sacrifício e como um método de control da população. Até alguns anos atrás era uma prática aceite por algumas culturas. Actualmente pratica- se de uma forma oculta em várias áreas do mundo.

O infanticídio - " lato sensu " - entendido como o assassinato de crianças nos primeiros 8 dias após o nascimento, é praticado em todos os continentes e por pessoas com diferentes níveis de complexidade cultural desde a antiguidade. Existe ampla evidência histórica para documentar a impressionante propensão de alguns pais a matarem seus próprios filhos sob a pressão de condições stressantes.

No Império Romano e entre algumas tribos bárbaras o infanticídio era uma prática aceite. Como a oferta de comida era pequena, uma das formas de se combater a fome era restringir o número de crianças. Ainda se a criança fosse malformada, ou mesmo se o pai tivesse algum outro motivo, a criança seria abandonada para morrer por falta de cuidados básicos. Se uma criança não era aceite, era como se ela não tivesse nascido. Assim o infanticídio não era encarado como um assassinato.

No século IV o Cristianismo torna-se a religião oficial do Império, e o infanticídio passa a ser encarado como um pecado. Mais e mais crianças são batizadas e os recém-nascidos passam a ter uma identidade na comunidade.

No mundo árabe o infanticídio seletivo de recém-nascidos do sexo feminino, oriundo do sexismo patriarcal, era muito comum no período pré-maometano (570-632 a.D). Com o advento do Alcorão, o infanticídio seletivo feminino foi considerado prática criminosa.

Contudo, ainda hoje, especialmente na China continental, esta modalidade de infanticídio é muito praticada.

Grande número de países tem introduzido legislações para evitar uma carga criminal de assassinatos quando uma mãe mata o seu filho logo depois do nascimento.

5.2 Definição

Infanticídio é a morte de um infante voluntariamente, durante o parto ou a primeira semana de vida (entre os oito primeiros dias).

A caracterização do infanticídio sob ponto de vista médico-legal só será possível após se demonstrar que o infante nasceu com vida para consubstanciar ou configurar o crime, porque se a violência for feita num infante nascido sem vida não há crime de infanticídio mesmo que o autor no momento desconhecesse tal facto, porque a personalidade jurídica adquire-se com o nascimento completo e com a vida, segundo o artigo 66 do código civil.

Segundo a legislação, são necessários os sinais abaixo mencionados para caracterizar ou sugerir infanticídio nomeadamente:

- Que se trate de um infante ou neonato;
- Que tenha idade não superior a 8 dias;
- Que tenha havido vida extra-uterina;
- Que o infante tenha respirado depois de ter nascido (se houve expansão pulmonar);
- Que a morte seja intencional;
- Que tenha havido intenção voluntária de matar o infante.

5.3 Sinais de infanticídio

É infante um recém-nascido com vida até 8 dias(neonato). Os sinais no infante que sugerem infanticídio (Perícia médica-forense no infanticídio) são os que a seguir se apresentam:

- Sinais de estrangulamento;
- Sinais de esganadura;
- Presença de equimoses no corpo;
- Presença de lesões na face e corpo;
- Fracturas cranianas;
- Fracturas dos membros;
- Fracturas da omoplata;
- Outros sinais de trauma.

O diagnóstico de infanticídio é feito através de dois tipos de provas:

1. Provas de comprovação de respiração (docimásias).

São provas baseadas na possível respiração extra-uterina ou nos seus efeitos.

As mais importantes são:

- Docimásia diafragmática de PLOQUET (se o diafragma está horizontal, o feto respirou; se convexo, o feto não respiro);
- Docimásia óptica ou visual de BOUCHUT (estudo do pulmão a olho nú), o que respiro apresenta, como característica, o desenho de mosaico alveolar, e o que não respiro tem aspecto compacto, liso e uniforme;
- Docimásia táctil de NERIO ROJAS (palpação do pulmão), no pulmão que respiro, sente-se, pela palpação, um crepitante característico e a sensação esponjosa, e, no que não respiro, uma consistência carnosa;
- Docimásia hidrostática pulmonar de GALENO (flutuação do pulmão que respiro). É a mais prática e a mais usada na perícia médico-legal. Fundamenta-se na densidade do pulmão que respiro e do que não respiro. O pulmão que não respiro não flutuaria, pois é mais pesado que a água. O que respiro sobrenadará



Figura 1. Prova hidrostática do pulmão

Fonte: Cortesia da Medicina Legal, HCM

Docimásia histológica (VEIGA DE CARVALHO), elaboração do estudo histológico do pulmão para verificar a presença ou não de células vivas.

2. Provas ocasionais (circunstâncias)

As mais comuns são:

- Presença de corpo estranho nas vias respiratórias. No infanticídio por sufocação ou soterramento, ocasionalmente podem estar presentes indícios evidentes de respiração (lama, pó, areia,);
- Presença de lesões corporais vitais. Demonstram a intencionalidade do infanticídio e a vida extauterina

Além das provas e devido a relevância que a lei dá ao grau de perturbação psicológica da puérpera (parturiente no período do parto até o 42º dia), deve o exame pericial avaliar:

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

5.4 Suspeita de Infanticídio

O técnico de medicina deve saber que está perante um caso de suspeita de infanticídio se estiver perante um feto de termo com as seguintes características:

- Que nasceu e respirou;
- Com diâmetro da cabeça dentro dos parâmetros normais;
- Peso entre 2500 e 3250 e comprimento de 50 cm;
- Com desenvolvimento dos órgãos genitais;
- Núcleos de ossificação e outras características: estado sanguinolento (corpo coberto de sangue de origem fetal ou materno), induto sebáceo que recobre grande parte do corpo do infante, tumor do parto (saliência em face de pressão exercida pelo anel do colo uterino), cordão umbilical, presença de meconíio (substância presente no intestino, podendo haver evacuação desta no sofrimento fetal), respiração autônoma.

As situações que podem levar em conta e suspeitar de infanticídio são:

- A mulher apresentar transtornos mentais e sinais de gravidez recente na presença de um nado morto.
- A mulher que esteve grávida e que se desconheça o destino da mesma.

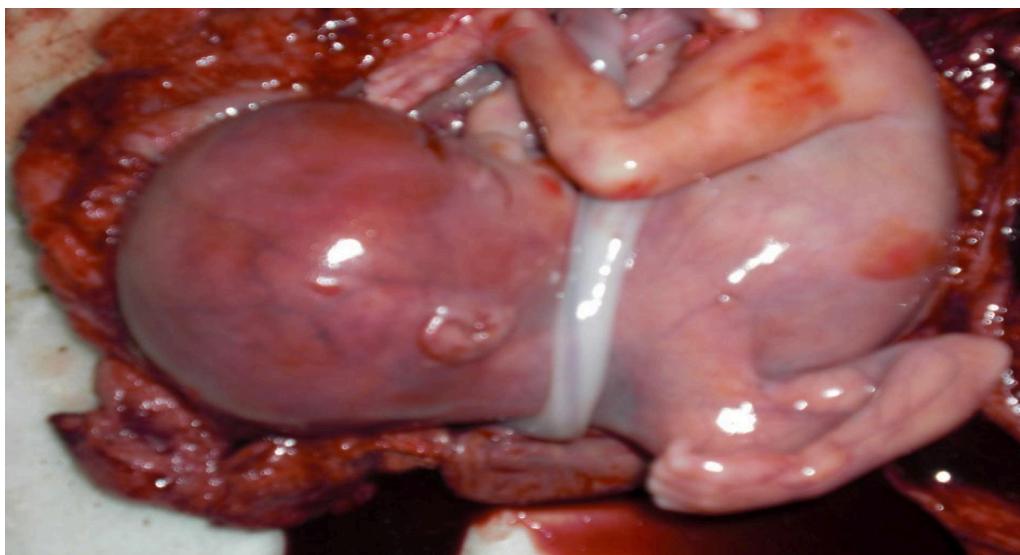


Figura 2. Imagem de um feto pré-termo
Fonte: Cortesia da Medicina Legal, HCM

5.5 Reporte de casos de Infanticídio

Os casos de infanticídio são de reporte obrigatório, visto ser um acto criminoso que deverá ser punido por lei. Para reportar este tipo de casos, faz-se o uso de uma notificação as autoridades policiais.

O reporte deverá ser dirigido a Policia de Investigação Criminal (PIC) ou a Procuradoria da república. Esta por sua vez dará início às investigações e apuramento da verdade.

BLOCO 6. PONTOS-CHAVE

- 6.1 Aborto ilícito ou criminoso é a morte dolosa do produto de concepção, que é o ovo até o momento do parto ou até o termo da gravidez.
- 6.2 Existem vários elementos periciais que confirmam a prática do aborto: modificações deixadas pela gravidez; pigmentação areolar e presença de secreção mamilar; alterações da genitália e colo uterino.

- 6.3 Pela legislação em vigor em Moçambique, todo o aborto é ilícito.
- 6.4 Infanticídio é a morte voluntária de um infante no acto do seu nascimento ou até oito dias, depois do seu nascimento, pela mãe ou familiares.
- 6.5 São necessários três sinais para caracterizar ou sugerir infanticídio: que se trate de um infante recém-nascido até 8 dias; que tenha havido vida extrauterina e que a morte seja intencional.
- 6.6 A confirmação de infanticídio é feita através de dois tipos de provas: provas de respiração (docimásias) e provas ocasionais (circunstanciais).
- 6.7 Das provas de comprovação de respiração a mais prática e usada na pericia médico-legal é a docimásia hidrostática pulmonar de GALENO (flutuação do pulmão que respirou).

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	10
Tópico	Medicina Legal do Trabalho e Seguro Médico	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Doença Profissional, Acidentes de Trabalho e Seguro Médico - Abusos e Maus tratos	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a anamnese e exame de um paciente
2. Transferir os casos de incapacidade permanente e doenças profissionais.
3. Identificar as vítimas de agressão em mulheres e crianças, violência doméstica, violência nos idosos, deficientes físicos ou mentais.
4. Encaminhar os pacientes para os serviços de apoio às vítimas de abuso

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Doença Profissional e Acidentes de Trabalho		
3	Identificação das Vítimas de Agressão e Violência Doméstica		
4	Papel da Unidade Sanitária e dos Profissionais de Saúde		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia :

1. Temas de Medicina Legal e Seguros - António Zacarias, Imprensa universitária, 2004
2. Manual de formação de em atendimento Integrado às Vítimas de Violência, 2011, Jhiego.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2. DOENÇA PROFISSIONAL E ACIDENTES DE TRABALHO

A exposição dos trabalhadores a factores de risco de natureza variada pode levar a sequelas ou enfermidades limitantes ou definitivas com repercussões graves para a sua vida e sobrevivência.

As lesões graves resultam em incapacidade permanente para o trabalho. Esta situação torna-se definitiva quando o individuo fica privado de exercer qualquer actividade lucrativa.

Por invalidez, são considerados danos graves permanentes e incapacitantes que impedem o servidor ou o trabalhador de exercer qualquer actividade lucrativa e eminentemente, tornando-o dependente de terceiros para actos essenciais da vida e da sua sobrevivência.

2.1 Definições

Medicina do Trabalho:

Área de atuação médica, integrada com outras ciências da saúde, que visa à preservação da saúde do trabalhador, com aspectos preventivos, curativos e de reabilitação e readaptação profissional.

Saúde Ocupacional:

Área de actuação de Saúde que visa à preservação da saúde do trabalhador, melhorando suas condições de trabalho e atenuando-lhe as consequências prejudiciais.

Saúde do Trabalhador:

Conjunto de atenções de saúde dirigidas para o trabalhador, no tocante a patologias profissionais e não profissionais.

2.2 Anamnese e Exame físico em casos de doença profissional e acidentes de trabalho

Para a caracterização de um quadro clínico, é necessário defini-lo por meio de: anamnese ocupacional, exame clínico, relatórios do médico responsável pela assistência.

Uma boa anamnese ocupacional deve incluir informações sobre:

- Queixa principal e outros sinais/sintomas;
- História Laboral actual;
- Antecedentes pessoais e familiares: Quando há predisposição para certas doenças devido a pré-existência de condições patológicas crónicas, como por ex: asma; enfisema; TB para as pneumoconioses (doenças pulmonares);
- Antecedentes laborais (questione factores de risco);
- Ambiente e trabalho: meios de proteção, percepção do segurado quanto à temperatura, ruído, poeiras, substâncias químicas e iluminação;
- Equipamentos: qualidade dos equipamentos e ferramentas, manutenção dos mesmos, necessidade de emprego de força decorrente de equipamento impróprio, desvios posturais impostos pelo equipamento, necessidade de repetição da tarefa por falha do equipamento;

- Organização do trabalho: ritmo, pausas, horas-extras, formações e informações, rotatividade de mão-de-obra.

Exame físico:

No exame físico devem constar todos os achados positivos e sugestivos para a patologia do trabalho em questão:

- Alterações lesionais e funcionais: por ex: tosse crónica; hemoptises; diminuição da acuidade auditiva, visual, tremores, redução da força muscular, amnésia; dor generalizada; falta de apetite, dermatites de contacto e outras;
- Repercussão das sequelas para a capacidade do trabalho em geral: por ex, lentidão na execução do trabalho; dificuldade de concentração; falta de precisão na execução das actividades; incapacidade de cumprimento dos prazos e metas estipulados e outras.

2.3 Transferência de pacientes com suspeita de doença profissional

O doente é transferido para estabelecer o diagnóstico partindo da relação nexo-causalidade, fazer avaliação do grau de incapacidade resultante da doença profissional, para fins indemnizatórios ou reforma compulsiva.

Caso clínico

AM, 39 anos de idade, sexo masculino, solteiro, dedetizador (alguém que trabalha com DDT na eliminação de insectos e roedores) na função pública.

História de trabalho e relações com o desenvolvimento de sinais e sintomas:

Trabalhou 10 anos, estando exposto a organofosforados, carbonatos e raticidas.

Quadro clínico: Há 2 anos, desenvolveu hipertensão arterial e distúrbio psíquico caracterizado por: falta de apetite, insónia, tristeza, depressão, tremores das extremidades, com recursos a fármacos para dormir.

Este quadro levou-o ao internamento no hospital psiquiátrico durante 30 dias, onde recebeu o diagnóstico de psicose.

Somente durante o acompanhamento ambulatorial pós-alta, o psiquiatra relacionou o quadro clínico com a actividade ocupacional do paciente e levou-o a fazer uma nova avaliação clínica, novos testes laboratoriais e neuro psicológicos.

Segundo a CID (Comissão Internacional Diagnóstica), foi diagnosticado um quadro psico-orgânico decorrente da exposição prolongada a organofosforados (grupo de químicos usados nos pesticidas). Alguns anos mais tarde acabou por falecer com diagnóstico de: infarto do miocárdio.

Como deve o TMG proceder perante um caso de enfermidade doença profissional?

Perante um caso de enfermidade comum ou de doença profissional o TMG deve proceder do seguinte modo:

- Com base na anamnese e exame físico suspeitar a patologia, relacioná-la com a exposição durante a actividade laboral e emitir um atestado de doença;
- Transferir o paciente, usando uma guia de transferência normal (a guia usada actualmente nos sistema nacional de saúde) para junta médica, onde será sujeito a uma avaliação clínica e pericial, com descrição do grau de incapacidade permanente ou doença profissional, com fins de mudança de actividade laboral ou reforma.

BLOCO 3. IDENTIFICAÇÃO DAS VÍTIMAS DE AGRESSÃO E VIOLENCIA DOMÉSTICA

3.1 Introdução

A violência, especialmente a doméstica é um tema que vem sendo a cada dia mais abordado como uma questão de saúde pública no mundo inteiro. Entretanto alguns profissionais desta área têm sérias dúvidas sobre a oportunidade de trabalhar num problema desta natureza numa rede de serviços de saúde, sociais e outros já bastante sobrecarregados.

Muitas vezes os profissionais têm pouco conhecimento sobre o que fazer nestes casos, já que a sua formação raramente inclui o tema na sua globalidade.

Intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva das esferas jurídica, policial e psicossocial, mas é também da área de saúde, pois há sofrimentos e doenças que acometem às vítimas de violência, alterando o seu estado de saúde, para além da produção de provas

Saúde é o estado de *completo* bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença.

Se este estado de doença não for imediatamente tratado ou prevenido, pode levar ao aparecimento de outras doenças ainda mais graves, muitas delas crónicas, Psicoses pós traumáticos, mau aproveitamento escolar em menores, traumas físicos.

Além disso, devido ao papel da mulher, ainda hoje quase que exclusivo na educação e prestação de cuidados às crianças, idosos e enfermos no âmbito doméstico, a mulher ocupa uma posição também central para lidar com a saúde dos membros da família. As mulheres vítimas de violência, devido à sua situação de stress tendem a ser menos efectivas na prestação de cuidados a si próprias e aos demais familiares sob a sua responsabilidade.

Há diversas propostas no plano internacional e também em Moçambique, para estabelecer protocolos de atenção específica para a violência contra a mulher e criança e/ou intra familiar, já que esta forma de violência é uma situação muito frequente e tem importantes repercussões nos direitos humanos e na saúde das pessoas.

Existem várias acções simples (por Ex: pacotes de atendimento às vítimas como acompanhamento psicológico por um período mais ou menos longo; tratamento clínico nos casos de lesões físicas) e tratamento profiláticos nos casos de sexo não consentido (violência sexual), que os profissionais da saúde podem realizar para apoiar a reposição dos direitos humanos violados e colocar-se contra a violência, de modo a prevenir episódios futuros, para além de tratar os episódios actuais.

Atender essas mulheres e crianças que sofrem de violência é zelar pelo gozo dos seus Direitos Humanos e valorizar, no espaço da Saúde, a realização desses Direitos. Promover os Direitos Humanos é neste caso, a melhor forma de garantir a saúde, e os profissionais de saúde estão numa posição privilegiada para esta tarefa.

3.2 Considerações relevantes.

A violência doméstica se enquadra no âmbito da violência interpessoal segundo a classificação tipológica da OMS, onde a vertente de gênero constitui a maior parte dos casos, a nível mundial.

- O conceito de gênero é diferente de sexo. O sexo refere-se às características biológicas de mulheres e homens.
- Gênero é o papel social que devem ter homens e mulheres numa determinada sociedade.
- As relações são construídas sobre os papéis que se espera que devem desempenhar as mulheres e os homens num determinado contexto social, ex: comportamentos, deveres e obrigações, atitudes, responsabilidades e direitos.

No contexto social, o conceito de gênero é definido como um conjunto de características, responsabilidades, papéis e padrões de comportamento que diferenciam as mulheres e os homens num contexto social. Desde o ponto de vista filosófico, se evocam dois tipos de modelo nomeadamente patriarcal e maternal, sendo o primeiro o que beneficia o homem, dando-lhe direitos, privilégios, autoridade e poder, em detrimento da mulher. O que resulta com que a mulher se torne dependente, subordinada, dominada e muitas vezes discriminada ou excluída. No nosso país o modelo patriarcal é o mais prevalente.

Ainda no âmbito doméstico a violência interpessoal tem ocorrido entre encarregados e tutelados (crianças), na vertente de maus tratos.

Maus tratos (Sevicias): é um elemento médico-legal qualificativo que agrava os crimes de ofensas corporais médico-legal quando a vítima é um menor de idade e o acto é praticado ou infligido por uma autoridade familiar (pais, encarregados de educação e outros membros adultos da família) ou por uma autoridade institucional (professor, encarregados dos lares, creches ou instituições afins).

É importante que exista uma relação familiar ou institucional entre a vítima e o agressor.

Violência doméstica

Entende-se por violência doméstica todos actos perpetrados contra a mulher que causem ou sejam capazes de causar danos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, incluindo a ameaça de tais actos ou imposição de restrições a privação arbitrária das liberdades fundamentais na vida privada ou pública.

São agentes da infração o cônjuge, ex cônjuge, parceiro, ex parceiro, namorado, ex namorado e familiares.

A violência doméstica é crime público, o que significa que não é necessário que seja a vítima a apresentar a queixa pessoalmente. Pode ser denunciada por terceiros e não exige queixa das partes envolvidas.

O Governo aprovou instrumentos legais importantes que protegem os direitos da mulher nomeadamente a Lei da Família, a Lei da Violência Doméstica contra a Mulher, a Lei contra o Tráfico e Abuso de Mulheres e Crianças, a Lei Anti discriminação contra pessoas vivendo com o HIV e SIDA e o Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado (Lei nº 14/2009).

Segundo a lei, qualquer pessoa que tenha conhecimento de algum caso de violência, deverá denunciá-lo à polícia, incluindo o pessoal de saúde. Toda a vítima de violência tem o direito a atendimento urgente e adequado (urgência Médico Legal) tendo em conta ou seguindo o pacote de atendimento integrado das vítimas de violência doméstica (paragem única) que consiste em apoio Médico-psicológico, apoio Jurídico e social. Em relação ao atendimento médico, a lei no seu artigo 22,

refere que a vítima deve ser informada sobre a necessidade, o tipo, o modo de execução do exame e ser esclarecida sobre o resultado deste:

Capítulo I Artigo 3	A presente lei visa proteger a integridade física, moral, psicológica, patrimonial e sexual da mulher, contra qualquer forma de violência exercida pelo seu cônjuge, ex-cônjuge, parceiro, ex-parceiro, namorado, ex-namorado e familiares
Artigo 11	<p>Circunstâncias agravantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Praticado na presença dos filhos ou outros menores; Haver ciclo de violência; Haver antecedentes de violência; For praticado contra uma mulher grávida; A mulher for portadora de deficiência; For praticado em espaço público; A impossibilidade da vítima pedir e obter socorro no momento da agressão.
Capítulo II	Tipificação da violência:
Artigos 13 a 20	<ol style="list-style-type: none"> Violência física simples; Violência psicológica; Violência moral; Cópula não consentida; Cópula com transmissão de doença; Violência patrimonial; Violência social.
Artigo 23	A denúncia pode, também, ser feita pelos membros da família, agentes de saúde, agentes de segurança social, membro da organização da sociedade civil ou qualquer outra pessoa que tenha conhecimento do facto
Artigo 35	Os processos relacionados com a violência doméstica contra as mulheres têm caráter urgente e prioridade sobre os demais.

A violência doméstica é punível com pena de prisão de um a cinco anos quando se trata de maus tratos entre cônjuges ou entre quem conviver em condições idênticas às dos cônjuges, bem como a quem infringir ao progenitor ou descendente comum em 1.º grau.

3.3 O diagnóstico dos Maus Tratos inclui:

- Elementos de informação da anamnese
- Observação do comportamento da criança
- Lesões corporais cutâneas em diferentes estádios de consolidação
- Discrepância entre a informação quanto à sua ocorrência e os mecanismos habituais da sua produção ou a desproporção entre o episódio traumático e a extensão/gravidade das lesões
- Longo intervalo de tempo decorrido desde o traumatismo até à observação da criança (o médico deve providenciar no sentido do internamento hospitalar):

A confirmação do diagnóstico é feita com base no seguinte:

- Detecção de lesões traumáticas antigas (osteo-articulares, oftalmológicas, neurológicas, etc.)
- Exclusão de doenças que possam manifestar-se com sinais ou sintomas semelhantes a situações de origem traumática
- Verificação do não aparecimento nem agravamento de lesões durante o período de internamento

3.4 Identificação das vítimas de agressão e violência doméstica (mulheres, crianças, idosos e deficientes físicos/mentais)

Ao examinar a vítima constatamos que esta padece de stress pós-traumático com as componentes ansioso-fóbico-depressivo isoladamente ou associado, caracterizados pelos seguintes sinais e sintomas:

- Alteração marcada do comportamento
- Sinais de depressão: Auto-Isolamento do seio da sociedade; falta de interesse pela vida; de cuidados de higiene, de auto-estima.
- Ansiedade
- Dificuldade em se firmar na escola ou no emprego
- Dificuldade em ter atenção
- Apresentação de sinais e sintomas físicos: por ex. cefaleia de repetição; dor abdominal; sudorese permanente.
- Sem ou com lesões traumáticas físicas, por ex: úlceras, cicatrizes, queimaduras.
- Vontades suicidas

BLOCO 4. PAPEL DA UNIDADE SANITÁRIA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Papel do Técnico de Medicina

- Se o TMG estiver perante um caso de maus tratos ou violência doméstica confirmado pelo depoimento da própria vítima ou diagnosticado por exame físico, deve proceder da seguinte forma:
- Garantir privacidade, segurança e confidencialidade da vítima
- Tratar as lesões leves/moderadas e transferir para um nível superior as graves, como por ex: traumatismos crânio-encefálicos, abdominais ou torácicos; queimaduras da face, membros e genitais, fracturas e outras.
- Se as lesões identificadas forem incompatíveis com a história contada, tanto pela criança/mulher como pelos pais/cuidadores ou acompanhantes, ou se não estiver de acordo com o nível de desenvolvimento da criança, o clínico deve investigar mais o caso e deve notificar as autoridades a suspeita de abuso.
- Não é necessário ter a certeza do diagnóstico pois a simples suspeita de maus tratos deve levar a uma avaliação clínica cuidadosa e deve ser motivo de envio a peritagens médico/legal, disponibilizar tratamento adequado; encaminhar e notificar às autoridades legais (nos gabinetes de atendimento dos casos de violência contra a mulher e da criança nas esquadras da Polícia).
- Registar nos livros de registo o diagnóstico de violência, para que esta comece a aparecer nas estatísticas. Isto constitui um passo muito importante para tornar este fenómeno visível.

- Dar seguimento clínico e apoio psicossocial a vítima e a família, encaminhando para o Gabinete de Apoio à Mulher e Criança (criado pelo Ministério da Mulher e Ação Social) vítimas de abuso.
- É necessária uma colaboração das estruturas administrativas locais e no caso específico da criança, pode ser necessária a separação da criança do seio familiar, com vista a segurança da criança, por uma das medidas abaixo listadas:
 - o Internamento, mesmo que a sua situação clínica não o justifique;
 - o Entrega da criança a outro membro da família que mereça confiança;
 - o Entrega a uma instituição social.

Sendo assim, a recuperação da criança, da mulher ou deficiente está dependente de uma estreita colaboração e interacção entre os técnicos de saúde, da acção social e da família. Tendo em conta que o objectivo primário da equipa de pessoas envolvidas consiste na protecção e bem-estar da criança e da mulher.

BLOCO 5. PONTOS-CHAVE

- 5.1 A medicina legal do trabalho é uma área da medicina que se dedica a preservação da saúde do trabalhador, com aspectos preventivos, curativos e de reabilitação e readaptação profissional.
- 5.2 As patologias profissionais podem causar danos irreversíveis e incapacitantes, que impedem o servidor ou o trabalhador de exercer qualquer actividade lucrativa e eminentemente, tornando-o dependente de terceiros para actos essenciais da vida e da sua sobrevivência.
- 5.3 É importante que o TMG seja capaz de suspeitar e ou fazer o diagnóstico de uma doença profissional que apresente algum risco e grau de incapacidade e transfira para um nível superior.
- 5.4 A história clínica do trabalhador deve incluir o meio de trabalho, as condições de trabalho e a organização do mesmo, de forma a permitir uma avaliação clínica mais completa e uma relação diagnóstica com as patologias profissionais.
- 5.5 A violência doméstica é crime público o que significa que não é necessário que seja a vítima a apresentar a queixa pessoalmente. Pode ser denunciada por terceiros e não exige queixa das partes envolvidas.
- 5.6 A vítima de maus tratos/abusos apresenta uma alteração marcada do comportamento; sinais de depressão; de stress pós-traumático; isolamento e tendências suicidas.
- 5.7 O TMG deve fazer uma avaliação clínica cuidadosa, tratamento adequado, encaminhamento e notificação às autoridades legais.
- 5.8 A recuperação da criança, da mulher ou deficiente está dependente de uma estreita colaboração e interacção entre os técnicos de saúde, da acção social e da família.

Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	11
Tópico	Asfixiologia/Sexologia	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Asfixia Mecânica	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Reconhecer as vítimas de asfixia mecânica
2. Elaborar certificado de óbito de asfixia mecânica

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	10 min
2	Introdução a Técnica (Revisão)	30 min
3	Demonstração da Técnica pelo Docente	20 min
4	Prática da Técnica pelos Alunos	60 min

Material e Equipamento:

- Data show
- Computador
- Quadro de anotações ou papel gigante; marcadores: 1 por cada grupo
- Bloco de notas e caneta (1 por estudante)

Preparação:

- Organizar com antecedência todo o material a ser usado
- Conferir se os meios audiovisuais estão em condições de serem usados
- Conferir se os slides estão completos e em ordem de projeção
- Preparar os cartazes a serem usados, pendurando-os em local adequado
- Conferir se os conteúdos a serem abordados foram totalmente leccionados

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA**10 min**

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação dos equipamentos e dos materiais

BLOCO 2. INTRODUÇÃO A TÉCNICA (REVISÃO)**30 min**

Na aula que se segue é de conciliar os conceitos abordados nas aulas 8 a 10 com a parte prática da disciplina bem como fazer o uso dos documentos médico-legais nas diferentes situações que possam surgir na prática clínica.

2.1 Asfixias

Asfixia literalmente significa "sem ou ausência do pulso", visto que os primeiros anatomicistas pensavam que nas artérias circulava ar ou pneuma. A expressão correcta seria anoxemia (deficit total de oxigénio) ou hipoxemia (deficit parcial de oxigénio).

Asfixia mecânica é definida médico-legalmente como uma síndrome caracterizada pelos efeitos de ausência de oxigénio no ar respirável de causa fortuita, violenta e externa. Pode ser definida também como a perturbação oriunda da privação, completa ou incompleta, rápida ou lenta, externa ou interna do oxigénio.

Este impedimento mecânico pode ocorrer nas mais diversas circunstâncias.

Fisiologia da respiração:

Para que a respiração decorra normalmente é fundamental que:

- O ambiente externo contenha ar respirável, com 21% de oxigénio. Quando a quantidade de oxigénio diminui até 7% começam a surgir distúrbios respiratórios graves e a partir de 3% pode ocorrer a morte.
- Permeabilidade dos orifícios respiratórios, boca e nariz
- Permeabilidade das vias respiratórias, laringe, traqueia e brônquios.
- Elasticidade do tronco, músculos auxiliares da respiração da parede torácica e parede abdominal se possam contrair e relaxar.
- Expansibilidade pulmonar. É importante que o tecido pulmonar esteja em boas condições, sem patologia ou outras situações clínicas que impeçam a expansibilidade pulmonar, por ex: hidrotórax.
- Circulação sanguínea normal, com volume circulatório em quantidade e qualidade suficientes para transportar oxigénio para os tecidos.

Sinais Gerais comuns nas asfixias mecânicas

As asfixias em geral, apresentam um conjunto de sinais que lhes são comuns, indicativos desta síndrome e geralmente são classificadas em sinais externos e sinais internos.

1. 1. Sinais externos

Dos variados sinais externos, alguns tem pouco valor, como as manchas de hipóstase, cianose da face, as equimoses externas e alguns fenómenos cadavéricos atípicos. Outros têm valor relativo, como o cogumelo de espuma, projeção da língua e exoftalmia.

- Livor mortis ou manchas hipostáticas

Aparecem precocemente, são abundantes e de tonalidade escura. Quando se localizam na face dorsal e nos membros inferiores são mais extensas. Aparecem nas asfixias por monóxido de carbono.

- Cianose na face ou máscara equimótica

É constante, mais frequente em tipos especiais de asfixia, principalmente nas sufocações e na compressão torácica, dando em consequência a máscara equimótica da face, por estase mecânica da veia cava superior.

- Petéquias: podem-se destacar na pele, mucosas e nas conjuntivas.

Na pele, são arredondadas e de pequenas dimensões, formando agrupamentos em determinadas regiões, principalmente na face, pescoço e tórax, tomando tonalidade mais escura nas partes de declive.

A nível das mucosas são sinais mais constantes, predominantemente na mucosa conjuntival palpebral, ocular e nos lábios.

- Fenómenos cadavéricos

Nas asfixias, em geral, alguns fenómenos cadavéricos se processam de forma diferente: os livres de decúbito são mais extensos, mais escuros e mais precoces; o esfriamento do cadáver se verifica em proporção mais lenta; a rigidez cadavérica mostra-se intensa e prolongada e a putrefação é muito mais precoce e mais acelerada que nas demais causas de morte.

O esfriamento geralmente é mais lento; a rigidez cadavérica também é lenta, mas depois de instalada é muito intensa e prolongada; a putrefação é precoce e rápida que nas demais causas de morte.

- Cogumelo de espuma

É formado por uma bola de finas bolhas de espuma que cobre a boca e as narinas e se continua pelas vias aéreas inferiores. É mais comum nos afogados, mas pode surgir em outras formas de asfixias mecânicas, no edema agudo do pulmão e de mortes precedidas de convulsões.

- Projeção da língua e exoftalmia

São achados comuns nas asfixias mecânicas mas pode aparecer nos cadáveres putrefeitos na fase gasosa ou enfisematoso.

2. Sinais internos

Podem-se observar internamente os seguintes sinais:

- Petéquias

São designadas por manchas de Tardieu, com a forma de cabeças de alfinete.

Estão sempre presentes em todos os tipos de asfixia mecânica e também nas asfixias de outros foros, predominantemente nos pulmões a nível da pleura visceral e coração. São de tonalidade violácea e de número variável.

- o Aspecto do sangue

Geralmente há fluidez do sangue, é de cor escura.

- o Congestão polivisceral

Ocorre em todos os órgãos.

3. **Sinais específicos** (enforcamento, esganadura, estrangulamento e afogamento).

A asfixia mecânica por constrição é a mais comum, sendo classificada em:

- Enforcamento: é a constrição passiva do pescoço por meio de um laço sujeito a um ponto fixo, em que o corpo da vítima actua como força activa.
Caracteriza-se pela interrupção da entrada de ar nas vias respiratórias, em decorrência da constrição cervical por um laço (ou corda, fio, corrente e outros) fixo.
- Estrangulamento: é a constrição activa do pescoço por meio de laço, objecto rígido geralmente de carácter homicida.
- Esganadura: é a constrição do pescoço pelas mãos e consequente obstrução da passagem de ar atmosférico pelas vias respiratórias.

Certificado de óbito

O certificado de óbito é um documento que juridicamente, transmite direitos e obrigações. É de importância sanitária e tem como principais finalidades:

- Confirmar a morte
- Definir as causas de Morte
- Permitir os trâmites dos direitos sucessórios
- Proceder a inumação
- Justificar as faltas dos enlutados
- Investigar se existe alguma documentação sobre a herança e a partir da data de morte que consta no certificado de óbito que esses direitos passam a fazer-se cumprir
- Servir para suspender e arquivar um processo judicial que estiver em curso
- Satisfazer o interesse médico-sanitário (possibilita aos organismos de saúde pública elaborar com precisão uma estatística perfeita de causa de morte).

BLOCO 3: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA PELO DOCENTE

(20 min)

Elaboração de certificado de óbito de morte por asfixia mecânica

- 3.1 O docente deve projectar alguns certificados de óbito de morte por asfixia para melhor percepção do aluno.
- 3.2 Explicar a importância e a relação com as autoridades judiciais.
- 3.3 Explicar a constituição do certificado de óbito.
- 3.4 Descrever com detalhe cada uma das partes constituintes e a função de cada uma delas.
- 3.5 Explicar como a família pode ter acesso ao certificado de óbito e como manuseá-lo.
- 3.6 Identificar as lesões específicas das asfixias mecânicas.

BLOCO 4: ENSAIO DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(60 min)

- 4.1 O docente deverá dividir a turma em 4 grupos e escolher um representante em cada grupo
- 4.2 Deve colocar a disposição de cada grupo os casos clínicos
- 4.3 O docente deve gerir o tempo de discussão de cada grupo, 30 min, agir como um mediador, controlando o tempo da intervenção

- 4.4 Distribuir o seu tempo entre os grupos, indo rodando de mesa em mesa, orientando a prática e chamando atenção para os erros identificados
- 4.5 Deve incentivar a cada aluno para que tire notas da aula e possíveis dúvidas para posterior discussão

Seguem-se alguns casos clínicos:

Caso clínico 1

A.C, sexo masculino, de 18 anos, estudante, solteiro, noivo, foi encontrado no quintal da sua casa por um vizinho, pendurado na mangueira, com uma corda ao pescoço e já sem vida. Desconhece-se as circunstâncias do facto.

A Polícia de Investigação Criminal foi imediatamente solicitada para intervir no caso e foram solicitados os serviços periciais do Instituto de Medicina Legal.

Durante o exame do cadáver observou-se o seguinte:

Especto do cadáver: cabeça voltada para o lado contrário do nó, para a esquerda; face cianosada; com a língua cianosada, projetada para fora da boca; presença de líquido sanguinolento na boca e narinas; membros inferiores e superiores suspensos, com as mãos fechadas.

Lesões decorrentes da constrição cervical: apresentava um sulco único, duro, apergaminhado, obliquo ascendente, localizado no terço superior do pescoço.

- Elabore um certificado de óbito (da morte por asfixia mecânica).

Caso clínico 2

P.A, sexo masculino, de 8 anos de idade, estudante, órfão de pais, a viver apenas com o tio há 1 ano, foi levado a uma consulta de medicina por apresentar um quadro de falta de apetite, tremores ocasionais, isolamento do meio de amizades, recusava-se a ir a escola, falta de atenção e introspecção.

Durante a consulta o paciente pouco falava, sempre de cabeça baixa e com uma lágrima no canto do olho. Inicialmente não aceitou tirar a roupa para fazer o exame objectivo, com medo de mostrar o corpo, mas mais tarde acabou por ceder.

Ao exame objectivo apresentava: manchas violáceas no céu-da-boca; manchas violáceas em ambas nádegas. Com muita dor a palpação da região perianal.

- Descreve a vítima
- Elabore um certificado ou atestado de agressão sexual
- Para onde deve ser encaminhado o paciente
- Como deve ser encaminhado o paciente

Slides com as imagens da aula prática:



Disciplina	Medicina Legal	Nº da Aula	12
Tópico	Sexologia forense	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Crimes contra a honestidade (violação sexual, estupro e atentado ao pudor)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Reconhecer as vítimas dos delitos sexuais
2. Fazer a história clínica nas vítimas de violência sexual
3. Identificar as lesões e sua topografia
4. Familiarizar-se com o pacote integral no atendimento as vítimas de violência sexual
5. Notificar os casos de delitos sexuais
6. Encaminhar os casos de delitos sexuais

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	5 min
2	Introdução a Técnica (revisão)	30 min
3	Demonstração da Técnica	25 min
4	Prática da Técnica pelos Alunos	60 min

Material e Equipamento:

- Data show
- Álbum seriado
- Papel gigante e marcadores
- Bloco de notas e caneta (1 por grupo)

Preparação:

- No trabalho para casa os alunos reforçarão os conhecimentos obtidos na sexologia forense e investigarão o pacote de atendimento integrado as vítimas de violência sexual.
- O docente deve organizar com antecedência todo o material a ser usado.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA**5 min**

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula Prática.
- 1.3. Apresentação dos equipamentos e dos materiais

BLOCO 2. INTRODUÇÃO A TÉCNICA (REVISÃO)**30 min****SEXOLOGIA - Delitos sexuais****Violação**

Violação é toda a cópula vaginal com qualquer mulher, contra a sua vontade, por meio de violência física, de intimidação, ou de qualquer fraude, que não constitua sedução, ou achando-se a mulher privada do uso da razão, ou dos sentidos.

Pode ainda ser cópula vaginal com menor de doze anos, mesmo com consentimento desta, mesmo que não haja penetração total do pénis.

Estupro

É a cópula vaginal, por meio de sedução, com mulher virgem menor de dezoito e maior de doze anos.

Atentado ao pudor

São todos os actos impúdicos (por ex: levantar a saia de uma mulher; sexo entre as coxas; sexo oral; sexo anal; introduzir objectos no ânus ou vagina) praticados em indivíduos de ambos os sexos, exceptuando o estupro ou violação que são entidades jurídicas bem definidas, exercidos em menores de dezasseis anos ou com violência depois daquela idade, com o fim de satisfazer um prazer venéreo, lascivo (sensual, libidinoso), por curiosidade, vingança, depravação (perversão) ou distúrbios de instinto sexual.

Exame físico (genital, anal e extra genital) em casos de suspeita de crimes sexual

O exame deve ser efetuado num gabinete ou consultório médico, em ambiente adequado, para preservar a privacidade da vítima, devidamente iluminado a luz natural ou artificial, com uma marquesa normal e marquesa ginecológica, sempre na presença de um familiar ou representante legal, se for da sua vontade.

- O TMG deve ser auxiliado por uma enfermeira ou outro técnico de saúde.
- O exame clínico deve ser completo, devendo ser observado o estado geral; o estado de consciência; a orientação no tempo e no espaço; o estado psicológico.
- A vítima deve estar completamente despida e em seguida descreve-se se o individuo examinado é ou não púbere, de consistência física regular de acordo com a idade, avaliando o desenvolvimento físico.
- A seguir a descrição se a vitima apresenta ou não lesões traumáticas extra-genitais, dando particular atenção ao tipo de lesões de ataque a nível da face, do pescoço (chupões), dos seios (escoriações a volta dos mamilos), das coxas e nádegas (rubor, escoriações); lesões de defesa nos membros superiores (antebraço e mãos) e de outras regiões do corpo.
- O TMG deverá precisar a ausência de lesões traumáticas extra-genitais pois tipificariam outro tipo de crime.

2.1 Exame em casos de sexo por via anal:

A introdução do pénis ou de um objecto pontiagudo pode ser por:

Sodomia passiva: que consiste na introdução do pénis ou de um objecto pontiagudo de diversa natureza tal como: dedos, pénis artificiais, garrafas, bananas, no ânus de um indivíduo, sem o consentimento da vítima ou mesmo com anuimento (consentir, aprovar) da mesma, causando lesões a nível dos músculos anais.

Sodomia activa: Pratica este tipo de sodomia o sujeito que introduz o seu pénis no ânus do sujeito passivo (penetrado).

- O exame anorectal deve ser feito com a vítima na posição genopeitoral ou de "prece maometana".
- Deve se verificar se o paciente apresenta:
 - o Sinais de sodomia violenta recente: estes sinais devem-se as lesões agudas produzidas por roturas das fibras musculares, caracterizam-se por contractura dolorosa do esfíncter anal com hemorragias das paredes anorectais e perineais; fissuras anais; equimose na mucosa ano-rectal e relaxamento doloroso do esfíncter anal;
A descrição das lesões deve ser feita por quadrantes: superior ou inferior ou seguindo o sentido horário do relógio.
 - o Sinais de sodomia passiva: apresenta os mesmos sinais dos indivíduos que praticam frequentemente este género de actividade sexual e caracterizam-se por: relaxamento do esfíncter anal com cicatrizes ou; desaparecimento das pregas anorectais –; feridas; equimoses; fissuras na mucosa anorectal, I.T.S;
 - o Verificar a existência de sémen na vítima antes das 24h;
 - o Questionar se a vítima defecou ou não;
 - o Exame das manchas encontradas no corpo;
 - o Conservar a roupa da vítima e aconselhar a não serem lavadas até a observação do médico.

2.2 Exame em casos de sexo genital:

- O objecto de exame e o hímen e a região vulvovaginal.
- O hímen é uma membrana fibro-elástica localizada a entrada da vagina, mais ou menos alta, tem consistência variável e apresenta formas variadas e dois bordos, o livre e o aderente.
- A cópula laceradora do hímen causa hemorragia; produz uma solução de continuidade traumática.
- O hímen com desfloramento recente apresenta uma solução de continuidade; os bordos da lacerção apresentam-se desiguais, avermelhados ou equimóticos; edemaciados e as vezes com supuração ou exsudato. Sinais de ferida recente e equimoses nas paredes da vagina.
- Em casos de desfloramento não recente visualiza-se a cicatrização da lacerção himenial.
- A vítima pode apresentar também sinais resultantes do coito como: infiltrações hemorrágicas ou equimoses nas paredes vaginais, de grande valor diagnóstico para o coito recente e vitalidade nos casos de homicídio precedido de violação.
- Deve-se efetuar a pesquisa de sémen no canal vaginal, no fundo de saco de Douglas num período que não exceda as 48 horas; questionar sempre a vítima se não se lavou.

2.3 Exame em casos de prática de sexo oral: (uma das formas de atentado ao pudor)

- **Introdução do pénis na cavidade oral:** os sinais que podem ser encontrados são: escoriações ou abrasões nos lábios; equimoses na mucosa labial; tumefação e/ou equimoses na abóbada palatina.
- A pesquisa do sémen deve ser feita por meio de uma zaragatoa na região alvéolo-gengival ou vestibular, precocemente antes de se completar 1 hora após o acto libidinoso.
- **Introdução da língua na cavidade vulvo-vaginal:** é um acto de manifestação libidinosa (mais frequente em adolescentes aliciados por mulheres adultas) em que os sinais ou lesões apareceram tardivamente como por exemplo a manifestação de uma ITS.

É importante lembrar ao TMG que nos locais onde houver médico especialista ou médico de clínica geral, o paciente deve ser encaminhado para lá. É igualmente importante lembrar que a função do TMG é reconhecer, encaminhar e denunciar os crimes sexuais as autoridades.

Reconhecimento das vítimas de violência sexual

É crucial que o TMG saiba reconhecer uma vítima de violência sexual quando esta procura atendimento na Unidade Sanitária. Geralmente os casos de violência sexual são reconhecidos através da anamnese e das lesões físicas expostas que o paciente apresenta.

O TMG deve fazer o acolhimento e aconselhamento do paciente, incentivando-o a efectuar a denúncia às autoridades policiais.

O TMG deve dar conforto, apoio psicossocial ao paciente e família.

É de salientar que a violência sexual constitui uma urgência Médico-legal e a vítima deve receber o pacote integral de atendimento.

BLOCO 3. DEMONSTRACAO DA TECNICA PELO DOCENTE

25 min

Reconhecimento das vítimas de delito sexuais, encaminhamento e notificação

- 3.1 O Docente deve explicar como identificar uma vítima de delito sexual com base na anamnese (entrevista) ;
- 3.2 Deve projectar algumas imagens que ilustram lesões genitais e anais resultantes de cópula não consentida; fissuras anais; lesões extra-genitais;
- 3.3 Deve explicar aos estudantes como e para onde encaminhar as vítimas de delito sexual e fazer a notificação para as autoridades policiais.

BLOCO 4. ENSAIO DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

60 min

- 4.1 O docente deverá dividir a turma em 4 grupos e escolher um representante em cada grupo
- 4.2 Deve colocar a disposição de cada grupo os casos clínicos;
- 4.3 Os alunos, através das imagens do álbum seriado das lesões, devem fazer a descrição das lesões, enfatizando o tipo e sua localização topográfica assim como a conduta Médica a seguir;
- 4.4 Os alunos devem elaborar o relatório Médico-legal;
- 4.5 O docente deve gerir o tempo de discussão de cada grupo (30 min), agir como um mediador, controlando o tempo da intervenção;
- 4.6 Deve distribuir o seu tempo entre os grupos, indo rodando de mesa em mesa, orientando a prática e chamando atenção para os erros identificados;
- 4.7 Deve incentivar a cada aluno para que tire notas da aula e possíveis dúvidas para posterior discussão

Seguem-se alguns casos clínicos:

CASO CLÍNICO 01

Uma auxiliar de enfermagem de um hospital psiquiátrico manteve conjunção carnal (vaginal) com um doente mental.

1. Que tipo de crime se trata?
2. Liste os sinais genitais que podem ser observados.

CASO CLÍNICO 02

- **Identificação.** I. M. 20A/F/N, natural da Beira, residente no 7º bairro, estudante de 12ª classe
- **Informação policial:** segundo o pedido de exame ginecológico, suspeita de violação sexual
- **Informação da vítima:** refere que por volta das 02horas do dia 04/02/13 um grupo de assaltantes (05) introduziu-se no interior da sua casa através da janela da casa de banho, onde para além de retirarem vários bens, apertaram-lhe o pescoço e quatro (04) deles mantiveram relações sexuais por via vaginal sem uso de preservativo.
- DUM: 20/01/13
- **Informação hospitalar:** observada hoje dia 04/2/13 no serviço de urgência de Ginecologia com história de violação sexual, vindo transferido do Banco de Socorros. Feito teste de HIV com resultado negativo.
- **Exame objectivo:** consciente, orientada no tempo, espaço, deprimida (chora durante a entrevista), colaborante.
- **Cabeça:** apresenta duas feridas contusas na região occipital direita, equimose subconjuntival bilateralmente.
- **Pescoço:** estigmas ungueais em ambas faces antero-laterais de aspecto recente.
- **Exame genital:** ver figura.
- **Exame ano-rectal:** sem alterações.
- **Exame paragenital:** sem alterações.

Perguntas:

- 1 Faça o levantamento dos aspectos importantes no caso acima.
- 2 Tendo em conta os aspectos levantados, qual deve ser a conduta a seguir?
- 3 Faça as conclusões Médico-legais pertinentes.

CASO CLÍNICO 03

- **Identificação:** C. B. C, 04A/F/N, natural de Maputo, residente no 2º bairro.
- **Informação policial:** segundo o pedido de exame ginecológico da 5ª esquadra da PRM – cidade da Beira suspeita de violação sexual.
- **Informação da vítima:** a mãe refere que há uma semana que a menor não aceita que lhe toquem a região genital, razão pela qual suspeita de violação sexual.
- **Informação hospitalar:** observado no dia 07/01/13 no serviço de urgência de ginecologia do HCB, feito teste de HIV com resultado negativo.
- **Exame objectivo:** bom estado geral, alerta, impúbere de constituição física regular de acordo com a idade.
- Não apresenta lesões traumáticas extragenitais
- **Exame genital:** ver figura.
- **Exame ano-rectal:** sem alterações.
- **Exame paragenital:** sem alterações.

Perguntas:

- 1 Faça o levantamento dos aspectos importantes no caso acima.
- 2 Tendo em conta os aspectos levantados, qual deve ser a conduta a seguir?
- 3 Faça as conclusões Médico-legais pertinentes.

CASO CLÍNICO 04

- **Identificação:** M. A, 17A/F/N, natural da Beira, residente no bairro da Munhava.
- **Informação policial:** segundo o pedido de exame ginecológico da 14ª esquadra da PRM foi vítima de violação sexual.
- **Informação da vítima:** refere que no dia 10/02/13 por volta das 22 horas quando regressava da escola, um indivíduo que se identificou como sendo agente da polícia comunitária, teria primeiro lhe agredido fisicamente com recurso a um chamboco porque esta não trazia o Bilhete de Identidade e posteriormente levou-lhe a um local isolado onde obrigou-lhe a manter relações sexuais por via anal e vaginal por duas ocasiões sem uso de preservativo. Actualmente queixa-se de corrimento vaginal amarelo-esbranquiçado com cheiro desagradável.
- **História sexual e ginecológica:**
- Menarca aos 11 anos, gesta zero.
- D.U.M: 26/01/13
- Início da actividade sexual aos 15 anos
- Nega uso de anticoceptivos.
- **Informação hospitalar:** foi observada hoje dia 15/02/12 no serviço de urgência de ginecologia do HCB com história de violação sexual. Feito teste de HIV com resultado negativo.
- **Exame objectivo:** consciente, orientada no tempo, espaço, fácies deprimida, colaborante, púbere de constituição física regular de acordo com a idade.
- Apresenta equimoses em banda de cor violácea escura em ambas regiões glúteas e na face anterior da coxa esquerda
- **Exame genital:** ver figura.
- **Exame ano-rectal:** ver figura

Perguntas:

- 1 Faça o levantamento dos aspectos importantes no caso acima.
- 2 Tendo em conta os aspectos levantados, qual deve ser a conduta a seguir?
3. Faça as conclusões Médico-legais pertinentes.

ALBUM SERIADO.

